

LETTRE du COLLÈGE

COLLÈGE DES ÉCONOMISTES DE LA SANTÉ

LE MOT DU PRÉSIDENT

Pour le CES, l'année 2009 s'est terminée sur la 31^{ème} session des JESF qui ont été excellemment accueillies, - c'était une première - par l'ENSAI à Rennes sur son campus de Ker Lann. Nous avons eu l'occasion de remercier chaleureusement son Directeur Alain Charraud et notre collègue Eric Delattre, en charge de l'organisation matérielle des journées. Il y avait un côté symbolique dans ce choix de l'ENSAI à Rennes. Ce n'est d'abord pas une région où nous avons l'habitude d'aller, comme Lille, Dijon, Lyon ou Marseille. Il faudra renouveler cet effort d'extension de notre périmètre habituel et trouver des partenaires pour aller à Bordeaux, Toulouse ou Strasbourg, par exemple. Autre innovation, nous n'étions pas accueillis par une institution spécialisée dans la santé - qui propose toutefois une filière statistique en économie de la santé - mais par une grande école qui a vocation à former des ingénieurs statisticiens pour la vie économique. La santé représente pour ces derniers un vrai débouché à la fois pour les biostatistiques et les analyses économiques. C'est pour nous un autre sujet de satisfaction. Mais si ces JESF ont été un succès - accueil chaleureux, bon niveau scientifique, conférences invitées passionnantes - il existe cependant quelques points qui devraient à mon sens être améliorés. D'abord, le nombre de participants a été légèrement inférieur aux sessions précédentes. Peut-être le choix d'une « terre moins connue » de l'économie de la santé a-t-il pesé sur l'assistance. Il faudra en tout cas surveiller la relation lieu-assistance. Ensuite, la plupart des interventions étaient tirées de thèses en cours. Que les JESF accueillent de « jeunes chercheurs » et de futurs collègues heureux de se faire connaître à travers leurs travaux, c'est très bien. Pour autant les « vieux » chercheurs ne doivent pas désertier les JESF qui ne doivent pas devenir un vaste « séminaire de thèses ». D'autant que sous l'effet des critères des « jurys » de recrutement, les thèses ont, à mon sens, une fâcheuse tendance à se standardiser. Un modèle tend à émerger depuis quelques années avec des travaux prenant prétexte de la disponibilité de vastes bases de données individuelles (parfois les mêmes), souvent issues d'enquêtes, pour chercher à tester une relation statistique qui ne présente pas toujours un intérêt évident pour la politique de santé ou la santé publique mais qui a le « mérite » d'être testable à partir des données disponibles. Ils mettent en œuvre une méthodologie sophistiquée avec multiplicité de tests de causalité, de variables instrumentales, de spécifications, etc. qui débouche finalement sur des résultats aussi nombreux qu'incertains, appelant souvent des interprétations contradictoires et fragiles, et mettant finalement souvent en cause les limites imposées par des données sollicitées au-delà de leur portée réelle ! Je ne mets en cause ni l'usage des méthodes quantitatives, ni le talent de nos jeunes collègues. Mais plutôt une forme de paresse intellectuelle de notre profession qui tend à considérer qu'en dehors de ce modèle canonique, il n'y a point de salut possible, conduisant des étudiants « *risk adverse* » à se couler dans un moule dont ils ne sont heureusement pas toujours dupes. J'ai bien conscience que ce petit éditorial d'humeur ne changera pas la situation. Mais comme le disait Marx à la fin de sa Critique du programme de la social démocratie-allemande : « *dixi et salvavi animam meam* ».

Claude LE PEN

LEGOS, Université Paris Dauphine

ÉDITORIAL :

DECENTRALISATION, DECONCENTRATION, TERRITORIALISATION OU NATIONALISATION ?

Depuis le 1^{er} avril dernier, les ARS sont officiellement en place. Après une phase de gestation finalement assez courte (septembre-avril), les « préfigurateurs » des 26 ARS ont été transformés en « directeurs », recevant à cette occasion leur feuille de route ministérielle pour les mois à venir : constitution des « instances de gouvernance territoriale » (conseil de surveillance, conférence régionale de santé, etc.), lancement du projet régional de santé qui devra être adopté avant la fin de l'été 2011 et amélioration sensible « *dès les premiers mois* » de la permanence des soins.

L'instauration des ARS - dont Sandrine CHAMBARETAUD et Benoît PERICARD retracent la genèse dans ce numéro - marque sans aucun doute une date importante dans l'histoire du système de santé. Mais pas nécessairement pour les raisons invoquées officiellement.

D'abord, ce n'est en rien une rupture. C'est une réforme « *incrémentale* » par rapport à la réforme « *radicale* » qu'a été le Plan Juppé de 1996 ! C'est lui qui a mis en place la double démarche d'étatisation institutionnelle et d'encadrement budgétaire qui a été poursuivie et renforcée avec constance par tous les gouvernements successifs, à travers la loi CMU, la réforme de 2004 et la Loi HPST de 2009. C'est également lui qui a mis en place la plupart des institutions régionales fusionnées dans les ARS. C'est encore lui qui a affirmé la prédominance de la régulation étatique sur celle exercée, par voie conventionnelle, par les caisses d'assurance maladie. Le projet des ARS se situe donc dans une certaine continuité, avec un élargissement à la médecine ambulatoire et au médico-social du périmètre initial des ARH qui avait déjà absorbé les cliniques privées en 1999.

De même, ce n'est pas une « *décentralisation* », puisque les ARS suivent le modèle traditionnel d'une administration locale exercée par des représentants désignés de l'Etat, hauts fonctionnaires ou assimilés, nommés en Conseil des ministres, sans participation directe des élus locaux. Les directeurs d'ARS sont clairement des représentants de l'Etat et ils sont aussi « *décentralisés* » que peuvent l'être les préfets de région, avec, d'ailleurs

semble-t-il, ça et là, quelques petits problèmes de délimitation de compétences qui sont apparus dans la phase de préfiguration. Il sera intéressant de voir qui, du préfet de région ou du directeur d'ARS, gèrera les futures crises sanitaires... au nom de l'Etat !

Ce n'est pas non plus exactement une « *déconcentration* », terme qu'on oppose à celui de « *décentralisation* » pour désigner la simple application au niveau local de décisions prises au niveau national, sans délégation de pouvoir aux élus. Mais, au sens strict, une *déconcentration* suppose que les pouvoirs *déconcentrés* existent préalablement au niveau central. Or, ce n'est pas le cas des ARS. La Loi HPST ne transfère pas aux régions des compétences nationales existantes. Au contraire, elle établit une tutelle administrative publique sur la médecine libérale qui n'existait pas. Le véhicule traditionnel des relations entre les professionnels libéraux et la collectivité est depuis les années 70 le fameux système des « *conventions nationales* ». Même si la tutelle des ARS se limite, pour l'instant, à la question de la permanence des soins et de l'accès aux soins, on peut se demander si leur création ne va pas à terme vider de son sens cette logique conventionnelle ou, à tout le moins, en atténuer la portée en la limitant à son domaine initial, la nomenclature et la tarification et en la privant des questions liées à l'installation, aux conditions d'exercice, à la régulation démographique, etc. Mais même ce domaine traditionnel pourrait être menacé à terme si, comme cela est prévisible, le poids de la rémunération à l'acte venait à diminuer au sein de la rémunération des médecins au profit de forfaits, de paiements à la performance ou de capitations. L'instauration de certains forfaits (pour la permanence des soins, l'installation en zone sous-denses, les missions de santé publiques) pourraient relever en effet du niveau régional, au moins en partie, réduisant d'autant le périmètre conventionnel. La création des ARS ouvre ainsi une voie de régulation étatique concurrentielle à celle exercées par les caisses nationales.

Une possible « *déconcentration* » au sens propre pourrait en revanche s'installer par le biais d'une déclinaison régionale de l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM), voté annuellement par le Parlement dans le cadre de la PLFSS, qui pourrait être décomposé en Objectifs régionaux de dépenses d'assurance maladie (ORDAM), sur le modèle de ce qui existe au Royaume-Uni. Mais cette perspective - plausible voire probable dans le futur - n'a pas été prévue par la Loi HPST.

Ni *décentralisation*, ni véritable *déconcentration*, la création des ARS n'est évidemment par une « *fédéralisation* » analogue à celle qui prévaut en Espagne et tend à s'instaurer en Italie. Une logique fédérale, outre qu'elle implique une très large autonomie des décisions régionales, repose sur l'idée d'une différenciation entre régions et de l'instauration de systèmes locaux de santé. L'exemple de la Catalogne est exemplaire. A l'inverse, la logique des ARS vise à résorber ou à atténuer les « *inégalités régionales* » de santé en

France. La Loi HPST ne « *régionalise* » que pour mieux homogénéiser l'accès aux soins et les indicateurs de santé, là où une logique fédéraliste accepterait de les différencier au nom des identités locales.

Ce n'est pas non plus une « *régionalisation* » en ce sens que l'unité territoriale qui focalisera l'attention des ARS est surtout le « *territoire* » de santé, comme le souligne avec justesse Yann BOURGUEIL et comme l'indique sans ambiguïté le titre de la Loi HPST. Le « *territoire de santé* » est un découpage géographique à visée fonctionnelle, plus qu'administrative, et s'il ne s'insère pas entre les communes, les cantons, les départements, s'il n'en est même pas une subdivision puisqu'un territoire peut s'étaler sur plusieurs départements, voire plusieurs régions, il constitue néanmoins le cadre dans lequel doit s'organiser l'accès aux soins primaires, qui constitue une des priorités des ARS. Plus que d'un projet de « *régionalisation* » au sens propre, la Loi HPST et les ARS sont donc porteuses d'un projet de « *territorialisation* » conçu au plan national et piloté au niveau régional.

Ni *décentralisation*, ni *déconcentration*, ni *fédéralisation*, ni *régionalisation*, les enjeux des ARS ne se situent pas au plan géographique. La loi HPST et la création des ARS s'inscrivent plutôt comme une étape supplémentaire et importante dans le processus d'étatisation du système de santé, qui ne prend la forme officielle d'une « *décentralisation* », uniquement parce que le territoire, l'unité géographique où se gère aujourd'hui la santé de la plupart des Français, ne peut faire l'objet d'un pilotage national. L'Etat met donc en œuvre son dispositif classique de délégation d'autorité au niveau qui lui semble le plus approprié. Une *régionalisation* par défaut en quelque sorte.

En réalité, la véritable importance de la Loi HPST et de la création des ARS réside dans la fusion des organes régionaux de l'assurance maladie et de l'Etat. C'est la première étape d'un processus de « *beveridgisation* », c'est-à-dire d'assimilation de l'assurance maladie à un service public. Cette logique n'est elle-même pas nouvelle. Elle a été préparée par la Loi CMU de 1999 et par la fiscalisation d'une partie des recettes à travers la CSG créée en 1990. Mais elle n'avait pas reçu de transcription institutionnelle. La Loi HPST innove dans ce domaine.

De son côté, l'assurance maladie a également évolué, mais dans un sens inverse. Elle fut, avant 1945, mutualiste et privée, et après 1945, paritaire et gérée par des représentants élus des salariés et des employeurs au Conseil d'administration des CPAM. Elle était donc au sens strict du terme « *décentralisée* ». Le mouvement de centralisation s'est amorcé progressivement, notamment avec la création au début des années 70 des grandes caisses nationales au sein du régime général. Cette centralisation n'a cessé, le niveau national affirmant petit à petit son autorité sur le « *réseau* » de caisses primaires dont il n'était, au départ, qu'un simple coordinateur, un simple mandataire. Parallèlement le déclin du paritarisme et l'aban-

don de l'élection comme mode de désignation des assurés sociaux ont contribué à l'affaiblissement d'un puissant contrepoids à la centralisation. La création de l'UNCAM en 2004 et le renforcement du pouvoir de son Directeur général ont précipité le mouvement.

Bien entendu, cette inversion institutionnelle trouve son origine dans la transformation même du rôle de l'assurance maladie, de son implication dans la régulation économique des soins de santé ainsi que dans l'atténuation de son rôle de payeur passif et aveugle. Et là encore, le Plan Juppé a initié le mouvement. En renforçant ses structures (une des trois ordonnances de 96 était exclusivement consacrée à l'organisation de l'assurance maladie), en donnant du pouvoir aux caisses sur les soins ambulatoires - mais pas sur les soins hospitaliers -, le Plan Juppé a préparé les étapes suivantes conduisant au rapprochement, voire à la fusion, de l'assurance maladie et de l'Etat. Cela permet, au passage, d'unifier les tutelles de la ville

et de l'hôpital, l'Etat ne pouvant se résigner à abandonner le contrôle des hôpitaux à l'assurance maladie.

Reste que l'édifice actuel, avec une fusion Etat-Caisses au plan régional mais un maintien de la distinction traditionnelle au niveau local et au niveau national n'est pas stable. De même qu'il existe une contradiction entre la planification et la coordination des soins que les ARS devraient exercer au niveau régional et la « gestion de risque » que pratique de plus en plus l'assurance maladie au niveau local, à travers ses CPAM. L'étape suivante devrait logiquement conduire à une fusion plus complète au sein par exemple d'une Agence nationale de santé (Ans) qui achèverait le processus de « beveridgisation » en créant un NHS à la française. Cette perspective impensable naguère est désormais dans l'agenda.

Claude LE PEN

LEGOS, Université Paris Dauphine
* article rédigé en avril 2010

TERRITORIALISATION ET SOINS DE PREMIERS RECOURS : UN CADRE A REMPLIR, UNE DYNAMIQUE PROFESSIONNELLE A PRENDRE EN COMPTE

Après l'hôpital, engagé depuis de nombreuses années dans un processus de territorialisation, il est désormais question de définir des territoires de premiers recours dans une visée planificatrice globale au travers de schémas régionaux d'organisation sanitaires ambulatoires (SROS).

Le projet de visant à inscrire les soins ambulatoires dans un cadre territorial et populationnel, n'est pas nouveau. Les SROS de 3^{ème} génération envisageaient explicitement la notion de territoires de proximité. De fait, ces territoires n'ont pas été ou sinon rarement mis en œuvre par les Agences Régionales d'Hospitalisation qui ont généralement cantonné les SROS aux territoires de recours hospitaliers¹.

Plus récemment, la thématique de la territorialisation des soins de premiers recours a pris de l'ampleur pour deux raisons principales. La nécessité d'organiser la permanence des soins par manque de médecins volontaires et le sentiment d'une crise de la démographie médicale en cours mais surtout à venir renforcée par le désintérêt pour l'exercice libéral tel qu'il se présente actuellement. Seuls 10% des médecins généralistes récemment inscrits à l'Ordre s'installent d'après le CNOM et les médecins sur le départ ne sont pas remplacés. Le spectre des déserts médicaux en

milieu rural et dans les zones urbaines mobilise les élus locaux et les organisations professionnelles. Cette situation a conduit le régulateur public à intervenir en définissant les zones à problèmes et en proposant des mesures visant à inciter les médecins à s'installer dans ces zones.

Les territoires des soins primaires définis à ce jour sont donc d'abord ceux des zones déficitaires qui ont accompagné la mise en place de mesures visant à éviter les déserts médicaux. Ils ont tout d'abord été définis nationalement selon des méthodes variées², à partir des territoires des pseudo-cantons ou des bassins de soins, pour l'ensemble des professionnels ou uniquement les omnipraticiens à partir de critères prenant en compte la densité des professionnels, leur activité et la consommation de soins des habitants. Il y a désormais 5 ans qu'a été mise en place la politique visant à augmenter de 20% la valeur des actes dans les zones définies comme démedicalisées³ pour les professionnels exerçant en groupe. Si les bilans relatifs à cette politique n'ont pas à ce jour été publiés, la définition des zones déficitaires a été abondamment critiquée notamment par les élus locaux et les représentants des professionnels de santé, qui contestent les critères utilisés et les déclinaisons régionales des zones définies

¹ Les territoires de santé : des approches régionales variées de ce nouvel espace de planification ; Magali Coldefy, Veronique Lucas-gabrielli - Document de travail IRDES - mai 2008.

<http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsDeTravail/DT10TerritoireSanteA pprRegion.pdf>

² Une typologie des configurations de l'offre de soins de premier recours au niveau cantonal : Sabine Bessières, Magali Coldefy, Marc Collet - DREES - Rapport annuel de l'ONDPS - Tome 1 - 2005.

³ Une zone démedicalisée est caractérisée par une densité médicale inférieure de 30% à la moyenne et une activité médicale de 30% supérieure à la moyenne.

nationalement. Ces dernières ne rendent pas bien compte d'éléments plus dynamiques comme l'âge des médecins, leurs projets personnels et les effets sur ces derniers d'évènements pouvant survenir dans les zones voisines non identifiées comme démedicalisées.

Les territoires de la permanence des soins constituent également un autre découpage des soins de premiers recours, plus en lien avec la capacité des médecins à s'organiser collectivement pour assumer la réponse à la demande des patients en dehors des heures d'ouverture des cabinets. La récente enquête du CNOM, publiée en janvier 2010⁴ met en évidence une diminution régulière du nombre de secteurs pour la permanence des soins. La territorialisation de la fonction de la permanence des soins primaires apparaît donc dynamique et tend vers une rationalisation croissante.

Dans le cadre de la réduction de l'offre de soins médicale qui s'annonce pour les 10 ans à venir, la définition d'un Schéma Régional de l'Organisation des Soins ambulatoires concerne une gamme de soins plus étendue, que la seule permanence des soins doit pouvoir s'envisager dans une vision plus large que celle visant à combler les manques de médecins. Si la loi HPST définit les soins de premiers recours dans leurs grandes lignes comme des soins comprenant la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement, le suivi des patients, la dispensation des médicaments et des produits, le conseil pharmaceutique, l'orientation dans le système de soins, et l'éducation pour la santé, qu'en est-il de leur définition opérationnelle ? S'agit-il de définir des critères de temps d'accès ? S'agit-il de décrire une gamme de services à offrir sans préjuger de la qualification des acteurs, ouvrant ainsi la voie aux possibilités d'évolution des rôles professionnels par les coopérations au sein de structures qui délivrent ces services ? Sans aller jusqu'à définir les services précisément, souhaite-t-on au contraire définir des ratios de professionnels par habitants qui est à ce jour l'approche choisie par la définition des zones déficitaires ? Souhaite-t-on intégrer le recours aux spécialistes et notamment les dimensions d'accès financier qui vont peser de façon croissante dans l'accès aux soins au vu des revendications relatives au secteur 2 ? Comment est-il envisageable d'intégrer et à quel niveau les services sociaux avec les services de soins comme la plupart des pays tentent de le faire au niveau des soins primaires ? Enfin quels seront les moyens d'action des ARS pour orienter la structuration de l'offre de soins ?

Le cadre posé par la loi laisse ainsi en filigrane de nombreuses questions en suspens qui ne manqueront pas de se poser au moment de la mise en

œuvre concrète. En résumé, les SROS ambulatoires constituent aujourd'hui une page blanche dont l'écriture semble laissée aux initiatives régionales.

Or les régulateurs que seront les ARS auront besoin rapidement d'un cadre opérationnel si elles souhaitent pouvoir s'appuyer sur les évolutions actuelles du monde professionnel lui-même en cours de réorganisation.

Il est désormais généralement admis que les jeunes médecins en formation n'envisagent pas, en majorité, d'exercer dans le secteur ambulatoire comme leurs aînés. Maîtriser son temps de travail, exercer dans un cadre collectif, sont autant de revendications des syndicats d'internes qu'ils se destinent à la médecine générale ou aux autres spécialités. La féminisation de la profession entraîne des stratégies d'installation très différentes, quand il s'agit de prendre en compte l'emploi du conjoint comme d'envisager l'exercice en cabinet solo. Ce mouvement qui concerne les médecins dans l'ensemble des pays développés se traduit, par l'émergence de formes nouvelles ou de formes anciennes réactualisées de l'exercice médical ambulatoire. Le cabinet de groupe de médecine de famille au Québec, les polycliniques dans les Länders de l'ex-Allemagne de l'est, le concept plus flou de Medical Home aux USA, ou les maisons de santé pluridisciplinaires en France témoignent d'une évolution similaire. En France, les maisons et pôles de santé présentent l'intérêt d'être portés par des médecins généralistes acteurs et leaders de réalisations concrètes. Ces réalisations paraissent aujourd'hui vouées à se multiplier et font l'objet d'annonces volontaristes de la part des pouvoirs publics désireux de s'appuyer sur des initiatives professionnelles pour répondre aux problèmes de désertification médicale, et d'attractivité de la profession de médecine générale.

Il semble exister en France de nombreuses créations de maisons et de pôles de santé pluridisciplinaires⁵, faisant l'objet de soutiens financiers divers aussi bien municipaux que régionaux. L'évaluation menée auprès d'un échantillon de MSP limitées dans les régions de Bourgogne et Franche Comté⁶ montre que ces organisations permettent aux professionnels d'aménager leur temps de travail tout en élargissant les amplitudes d'ouverture dans la journée, la semaine, et l'année. Cette étude montre également que ces organisations se sont dotées de règles de fonctionnement collectives et de moyens informatiques permettant de partager les dossiers des patients et

⁴ Enquête du Conseil national de l'Ordre des Médecins sur l'état des lieux de la permanence des soins en janvier 2010 - février 2010.

<http://www.web.ordre.medecin.fr/actualite/enquetepds2010.pdf>

⁵ 160 maisons de santé et 25 pôles de santé auraient reçu un financement du FQSV et devraient fonctionner fin 2009 - le bilan des maisons et pôles de santé et les propositions pour leur déploiement - Juilhard, Crochemore, Touba, Vallancien - janvier 2010.

⁶ Une évaluation exploratoire des maisons de santé pluridisciplinaires de Franche-Comté et de Bourgogne Questions d'économie de la santé IRDES n°147. Octobre 2009 Bourguet Y. (IRDES, PROSPERE), Clément M.-C. (IRDES, PROSPERE), Couralet P.-E. (IRDES), Mousquès J. (IRDES, PROSPERE), Pierre A. (IRDES) <http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/Qes2009.html#n147>

donc de garantir la continuité des soins aux patients qui acceptent dans le même temps de ne pas nécessairement voir leur médecin traitant à chaque consultation. L'ensemble des promoteurs soulignent un surcoût lié à l'investissement et une perte de revenus due à l'importance des charges consécutives au respect des normes de construction (largeur des portes pour accès handicapés, toilettes, système informatique etc...).

Augmentation semble-t-il compensée par un accroissement d'activité du à un plus large recrutement des patients. L'évaluation des dépenses de santé des patients suivis par les médecins traitants de ces maisons n'a de son côté pas montré de surcoût net, procès régulièrement intenté aux formes pluridisciplinaires d'exercice. L'évaluation menée par l'IRDES, sur un échantillon de petite taille a surtout révélé une forte hétérogénéité des situations liée aux histoires singulières des maisons de santé, certaines ayant bénéficié de soutiens financiers alors que d'autres étaient entièrement autofinancées dans une démarche entrepreneuriale. Au stade de la connaissance actuelle de ces formes d'organisations et en l'absence de données financières et cliniques complètes et détaillées, il est très difficile de conclure dans le cadre actuel du paiement à l'acte à une efficacité supérieure de ces formes d'organisations par rapport à l'exercice traditionnel individuel. En revanche, la satisfaction des professionnels, qui y exercent y est élevée et ces structures semblent bien attirer les jeunes médecins qui y voient une forme d'exercice compatible avec leurs attentes.

Malgré le manque de recul et d'informations valides sur ces structures de santé pluridisciplinaires, les conditions paraissent réunies pour qu'émerge en France une politique volontariste de renforcement des soins de premiers recours prenant appui sur les formes pluridisciplinaires d'exercice. La reconnaissance de la médecine générale et l'arrivée prochaine de très nombreux internes de médecine générale en formation, consécutive au doublement du numérus clausus en 10 ans depuis 1998, paraît devoir logiquement s'articuler avec le développement des contextes de travail, de formation et de recherche autour des structures pluridisciplinaires de santé⁷. On peut d'ailleurs s'interroger sur les conditions d'accueil et de formation des quantités importantes des futurs internes de médecine générale qui sont actuellement en premier et deuxième cycle de formation. Alors qu'il y a aujourd'hui consensus pour reconnaître qu'ils doivent être formés largement en ambulatoire pour être incités à s'y installer plus tard, les moyens d'accueil et d'encadrement paraissent aujourd'hui très insuffisants.

Enfin, les expérimentations de nouveaux modes de rémunération inscrites à l'article 44 du PLFSS 2008, se mettent en place au sein de ces structures collectives qu'il s'agisse de maisons de santé, de pôles, voire de centres de santé. Au-delà de la connaissance que l'évaluation de ces expérimentations permettra d'apporter à ces formes collectives d'organisation en soins de premiers recours, les expérimentations dessinent également les contours de contrats locaux ou régionaux qui pourront être passés entre les futures Agences Régionales de Santé et ces organisations collectives.

Le déploiement effectif d'une politique nationale de soutien au développement des structures de santé pluridisciplinaires ne peut se faire sans un investissement conséquent aussi bien financier que de connaissance. Les pays qui ont mené de telles politiques ont consacré des sommes conséquentes à ces programmes (Ontario, Québec, Royaume-Uni). Les conditions de déploiement d'une telle politique - articulation avec la politique des systèmes d'informations, la formation et la recherche en soins primaires, et les programmes de disease management - et les modalités financières d'une telle politique n'apparaissent pas clairement à ce jour dans un contexte de déficit majeur. Néanmoins sans préjuger des politiques à venir, il paraît raisonnable d'anticiper une tendance naturelle au regroupement des professionnels de santé plus ou moins soutenue par les collectivités locales soumises à la pression des populations locales.

Il nous semble dès lors crucial pour les Agences Régionales de Santé, d'être en mesure de comprendre d'une part les dynamiques professionnelles à l'œuvre et de se doter d'autre part par le biais des SROS ambulatoires d'un cadre clair et légitime pour canaliser les initiatives locales sans leur opposer des arguments de procédures bureaucratiques, là où il s'agit de convaincre et d'accompagner. Selon la loi, les SROS ne sont pas opposables mais ils peuvent constituer un outil de la politique des ARS qui peut à terme guider les stratégies de soutien au développement des structures de santé pluridisciplinaires qui semblent constituer aujourd'hui un projet porté par les professionnels. Les ARS pourront également par ce biais réguler à terme l'installation des médecins généralistes ces derniers n'étant pas intéressés aujourd'hui à poser leur plaque de façon isolée.

Yann BOURGUEIL

* article rédigé en février 2009

IRDES

⁷ L'annonce récente du Président de la République sur le doublement des maisons de santé en milieu rural, associé à l'octroi de bourses et de mesures visant à faciliter la formation des médecins en milieu rural illustre cette orientation quoique seulement limitée au milieu rural.

REGIONALISATION DU SYSTEME DE SANTE : LES ARS, VRAI PROGRES OU TROMPE L'OEIL ?

La loi HPST qui devait s'intituler Santé et territoires puis Patient, santé, territoires, puis, in fine, sous l'effet de l'irruption massive de la question de la gouvernance des hôpitaux publics, HPST, constitue-t-elle une étape décisive d'une évolution inéluctable sur la voie d'une régionalisation du système de santé français ? La question mérite d'être posée pas seulement sous l'angle, cher aux constitutionnalistes hexagonaux, de savoir s'il s'agit d'une déconcentration ou d'une décentralisation, mais aussi parce que, les auteurs de cet article en sont convaincus, la conservation de notre modèle de protection sociale solidaire passe par une proximité plus grande entre besoin et offre, entre régulateurs et acteurs de santé, entre mesures et corrections des inégalités.

Une prospective décentralisatrice

La régionalisation du système de santé a fait, en France, l'objet de nombreux rapports depuis les années quatre-vingts. Le commissariat général du Plan a, en particulier abordé cette question à plusieurs reprises : en 1982 à l'occasion des travaux autour du IX Plan, en 1986 avec le rapport Humbert, en 1993 avec le rapport Santé 2010 (rapport Soubie), en 1996 avec le Livre Blanc sur la Santé et, enfin, en 2005, avec le rapport du groupe de travail dirigé par les auteurs du présent article.

Ce dernier rapport, qui s'inscrivait dans la lignée des travaux antérieurs, soulignait la pertinence, en prospective, de la responsabilité des régions sur les politiques de santé. Son titre l'évoquait explicitement : « Pour une régionalisation du système de santé en 2025 ». Pour le groupe de travail, ce principe devait aller de pair avec la possibilité de diversifier les modes de gestion, ce qui permet de conjuguer, par exemple, décentralisation et agences régionales de santé.

Cette décentralisation avait été « projetée » en 2025 et analysée selon trois dimensions : l'organisation de l'offre des soins ; la régulation et le partage des compétences ; les jeux d'acteurs.

Concernant l'offre de soins, l'une des principales recommandations du rapport était de mieux articuler politiques de santé et autres politiques publiques. Une bonne organisation de l'offre de soins doit en effet s'inscrire dans une démarche plus globale d'aménagement du territoire. Pour ne citer qu'un exemple, la question de la répartition géographique des professionnels de santé est une question d'attractivité globale des territoires.

Par ailleurs, la bonne articulation entre les politiques de santé et les autres politiques publiques est déterminante en termes d'amélioration de l'état de santé de la population. De nombreux travaux montrent en effet que les déterminants de l'état de santé sont loin de ressortir des seuls services offerts par les professionnels de santé, l'édu-

cation, le logement, l'action sociale jouant aussi un rôle majeur.

En termes de régulation et de partage des compétences, les conclusions du rapport préconisaient deux évolutions majeures :

- un Etat garant et non pas gérant qui édicte des normes législatives peu nombreuses, établit une péréquation durable, lisible et démocratiquement débattue et évalue les politiques régionales et locales ;
- des autorités régionales de santé passant de la tutelle à la posture d'acheteur avisé ce qui suppose que l'appareil normatif cède le pas au principe de la contractualisation et de son corollaire, l'évaluation.

Enfin, le rapport se penchait sur le rôle des élus locaux. Si ces derniers apparaissent encore aujourd'hui, à quelques exceptions près, assez réticents à s'emparer des questions de santé et d'organisation des soins, l'importance de ce secteur en termes de dépenses publiques et de richesses créées implique que le mouvement de fond que constitue la décentralisation depuis plus de vingt ans ne pourra exclure encore longtemps ce domaine. Démocratiser, au sens politique, la santé ne peut se limiter à une délégation expresse aux usagers et à leurs représentants, nonobstant leur rôle majeur et indispensable de contre-pouvoir.

Une loi ambitieuse sur le périmètre, conservatrice sur l'organisation

L'élaboration de la loi créant les ARS prend racine dans le constat assez largement partagé que l'action des ARH et des URCAM (même si la lisibilité de ces dernières est restée faible depuis leur création) a trouvé ses limites dans le morcellement des institutions en charge de la régulation du système dans son ensemble (les ARH pour les hôpitaux et cliniques, les URCAM pour l'ambulatoire, les services de l'Etat restés sous l'autorité des préfets pour la prévention et la veille sanitaire et les mêmes plus les départements pour le secteur médicosocial).

Des observateurs plus avisés encore ajoutent qu'un Etat jacobin n'a eu de cesse que de reprendre les rênes d'une autonomie accordée à contre-cœur : en ce qui concerne les ARH, elles ont été autant victimes d'un acharnement textuel que d'un interventionnisme croissant du politique et de l'administration centrale.

La loi HPST répond clairement à la question du périmètre : celui-ci est large, de la prévention aux soins palliatifs, serait-on tentés d'écrire. Les tenants d'une efficacité immédiate prônaient de commencer par unifier les champs hospitaliers et ambulatoires, pour régler la question criante de la mauvaise répartition des médecins sur le territoire

et celle, non moins choquante au plan de la qualité de la prise en charge et de l'efficacité économique des urgences et de la permanence des soins.

Le dossier distribué par le Ministère de la santé le jour de la nomination des 26 directeurs préfigurés des Agences régionales de santé (DGARS) l'affirme : les objectifs des ARS constituent une feuille de route ambitieuse ! Créées par la loi du 21 juillet 2009, les ARS sont en effet chargées de relier entre eux les tuyaux d'orgues de la prévention, du soin ambulatoire, du soin hospitalier, de la prise en charge du handicap et du vieillissement et même des crises sanitaires, le tout, si l'on ose dire, à un coût acceptable pour les individus et la collectivité.

La mise en place des agences constitue un triple pari : institutionnel, managérial et programmatique :

- le bon fonctionnement de l'ARS reposera sur une organisation et une logistique fiable : les premiers mois des directeurs doivent être consacrés à fonder l'agence sur un projet d'organisation des services, à négocier un contrat d'objectifs et de moyens avec l'Etat et à organiser le transfert des agents de leur institution d'origine vers l'ARS.
- l'efficacité de l'Agence sera directement proportionnelle à l'environnement managérial qui s'instaurera : cet enjeu socioculturel s'illustre plus particulièrement dans le rapprochement des équipes venant de la sphère Etat et de celles venant de l'assurance maladie.
- rapidement, l'ARS devra convaincre quant à ses principes d'action et ses orientations, notamment dans les nouveaux champs couverts par son institution. Sa capacité à atteindre ses objectifs par des réponses spécifiques et adaptées au territoire sera aussi une attente des interlocuteurs des ARS.

Comme lors de toute création, les premières marques sont décisives et les empreintes durables : il s'agit de réussir au-delà de ce qui a été fait jusqu'ici. L'objectif n'est pas d'être des supers ARH ou des supers URCAM ou DRASS ou DDASS ou CPAM ou ORS, car globalement chacune de ces institutions a jusqu'ici rempli sa mission dans leur cadre imparti. Il s'agit de tirer profit de la synergie, de la fusion pour faire naître des projets nouveaux, encourager de nouveaux comportements, en ayant constamment à l'esprit le bénéfice de l'utilisateur, du patient voire du cotisant.

Un jugement négatif ou, peut-être pire, indifférent, de l'opinion après un an de création des ARS signifierait naïvement l'échec de la réforme. Les ARS, encore naissantes, sont dès lors exposées à deux dangers :

- la perte de sens si le projet était étouffé par une démarche trop technocratique et ce, malgré la vision portée par ceux qui ont fait la réforme avec ténacité ;
- la neutralité, l'excès de prudence, de leur principal partenaire, l'assurance maladie (tout à la

fois au sein et en dehors de l'agence elle-même) à venir appuyer leur développement dans ses différentes dimensions.

Pour porter une dimension pleine de sens d'une politique publique de santé, les ARS devront relever de front trois défis, celui du partage, de la performance et de la transversalité.

La construction est-elle à la hauteur de l'enjeu ? On peut légitimement en douter en analysant la place de la région et la méthode choisie pour la mise en place :

- les régions ont une portion congrue dans le dispositif institutionnel : représentées de manière minoritaire au sein du conseil de surveillance de l'agence, elles n'y gagnent ni en influence ni en capacité d'intervention. On peut y déceler un faible appétit de celles-ci à s'engager sur le champ de la santé, conforté en miroir par un étatsisme grandissant arguant de la volonté des citoyens à faire de la santé un sujet régalien. C'est ainsi qu'aux modestes propositions alternatives émises par quelques parlementaires, a répondu la consécration du préfet de région en tant que président du conseil de surveillance des ARS !
- la méthode choisie pour mettre en place les agences s'inscrit en exact contrepied de celle initiée treize ans plus tôt : à la confiance faite à des créateurs basée sur le contrat et l'évaluation s'oppose aujourd'hui une lourde machine pilotée d'une main de fer par le Ministère de la Santé ; beaucoup de raisons objectives l'expliquent notamment le fait d'être passé d'une administration de mission à une entité (trop ?) consistante et (trop ?) complexe.

Il n'est bien sûr pas question de faire un procès d'intention aux metteurs en scène d'une réforme utile et nécessaire. Il peut être question en revanche de rappeler, en guise de conclusion, les 6 recommandations qui formaient l'envoi de notre rapport il y a quatre ans et qui gardent toute leur acuité :

- 1) Poursuivre la gradation de l'offre de soins et la spécialisation avec un continuum des soins de premier recours aux soins les plus techniques ;
- 2) Affirmer le rôle majeur des régions dans une démarche de planification ouverte sur la base d'appels d'offres et de délégation des tâches ;
- 3) Choisir résolument la régionalisation selon un principe unique mais des modalités diversifiées ;
- 4) Recentrer le rôle de l'Etat sur l'évaluation et la péréquation ;
- 5) Privilégier le niveau régional dans les négociations avec les professionnels de santé ;
- 6) Conforter la légitimité du politique en santé.

Sandrine CHAMBARETAUD,
Macif-Mutualité
Benoît PERICARD,
KPMG

* article rédigé en décembre 2009



COLLÈGE DES ÉCONOMISTES DE LA SANTÉ

Les Coordonnées du Collège

Si vous souhaitez joindre le Collège des Économistes de la Santé,
adressez votre courrier au :

CES - 7, rue de Cîteaux, 75012 Paris.

Tél: +33 (0)1 43 45 75 65 - Fax : +33 (0)1 43 45 75 67

E-mail : ces2@wanadoo.fr

Site internet : <http://www.ces-asso.org>

La Lettre du Collège :

Directeur de rédaction : Claude Le Pen.

Secrétariat de rédaction : Thomas Barnay, Olivia Clement, Nelson Pereira.

Tirage : 550 exemplaires.

Réalisation : Louyot.

ISSN : 1953-6755