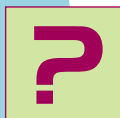


La régionalisation du système de santé

Dans le cadre de son plan "Hôpital 2007", lancé fin 2002, le gouvernement multiplie les groupes de travail sur le système de santé, notamment sa régionalisation, souhaitée dans une optique de cohérence, de clarté - et d'égalité de traitement entre les citoyens.

LE PROBLÈME POSÉ



Imposer la région comme niveau pertinent, à condition de savoir qui - de l'État ou des collectivités territoriales - mettra en œuvre la politique publique de santé

> A SAVOIR

LA COLLECTIVITE REGIONALE APPELEE A LA RESCOUSSE

L'article L 4221-1 du code général des collectivités territoriales énonce que le "conseil régional règle par ses délibérations les affaires de la région. Il a compétence pour promouvoir le développement économique, social, sanitaire, culturel et scientifique de la région et l'aménagement de son territoire (...). Il peut engager des actions complémentaires de celles de l'État, des autres collectivités et des établissements publics situés dans la région, dans les domaines et les conditions fixés par les lois déterminant la répartition des compétences entre l'État, les communes, les départements et les régions". Un autre article de ce même code rappelle que "la répartition de compétences ne peut autoriser l'une de ces collectivités à établir ou exercer une tutelle, sous quelque forme que ce soit, sur l'une d'entre elles".

A l'occasion de son discours de politique générale, en juillet 2002, Monsieur Raffarin déclarait vouloir mettre en place une "nouvelle gouvernance du système de santé et d'assurance maladie", passant par "une régionalisation accrue, afin de favoriser une prise en charge plus cohérente et plus adaptée". Dans les propos du Premier Ministre, "régionalisation" signifie en substance redistribution des rôles entre Etat et régions afin d'incarner la "République des proximités" qu'il appelle de ses vœux.

Le système de santé français est particulièrement complexe. L'Etat y joue un rôle prépondérant (fixation des règles de fonctionnement, objectifs à atteindre, contrôle et évaluation) qu'il partage avec de nombreux organismes - sécurité sociale (pour la partie financière), institutions spécialisées (ANAES, ARH, Haut conseil de la santé et conférences de santé, comités de l'organisation sanitaire et sociale, ordres professionnels, etc.). Système dans lequel se mélangent pêle-mêle gestion directe et déléguée, **déconcentration (pouvoirs de décision confiés aux représentants de l'Etat répartis sur tout le territoire)** et **décentralisation (pouvoirs de décision transférés à des organismes autonomes régionaux ou locaux)** ; cette réflexion mérite d'être approfondie, sauf à prendre le risque d'accroître les inégalités - par habitant et par région - entre citoyens en matière d'offre de soins et de services.

CE QUI FAIT DÉBAT



Déconcentration, décentralisation... : et si la région prenait en compte certaines priorités sanitaires, en lien avec le Conseil Régional ?

Les vingt dernières années ont été riches en publications de lois et autres règlements sur les relations entre Etat et collectivités territoriales. Dans le secteur de la santé, il est de notoriété publique que la régionalisation est toujours d'actualité. La loi du 31 juillet 1991 était censée donner plus de souplesse et de marges de manœuvre aux établissements publics d'hospitalisation en faisant apparaître la notion d'établissement public de santé (E.P.S.), catégorie d'établissement créée dans le cadre de l'article 34 de la Constitution, qui n'est ni un établissement public administratif, ni un établissement public industriel et commercial.

Ses caractéristiques ? Les établissements publics de santé présentent un lien territorial fort (communal, intercommunal, départemental, interdépartemental ou national) mais une création qui résulte exclusivement d'une autorisation de l'Etat. A ce jour, aucun établissement public de santé n'a de rattachement "régional", même ceux dont ce terme est compris dans l'appellation (CHR ou CHRU)... La réforme introduite par l'une des ordonnances du 24 avril 1996 – au travers de la création des Agences Régionales d'Hospitalisation (ARH) – procédait quant à elle plutôt de la "re-centralisation".

Explication : à un groupement d'intérêt public était associés fonctionnaires des services extérieurs de l'Etat et organismes d'assurance maladie régionaux, l'échelon départemental étant de fait dessaisi de ses prérogatives en matière d'hospitalisation.

> A SAVOIR

TRANSFORMER LES A.R.H. EN A.R.S. ? OUI, MAIS...

Dans le cas de la transformation des ARH (Agences régionales d'hospitalisation, institutions "déconcentrées" relevant directement de l'autorité de l'Etat) en ARS (Agences régionales de santé) dotées de compétences sur le secteur hospitalier, le champs médico-social et l'ambulatoire, les choses se compliquent. Le secteur des handicapés est tout à la fois soit complètement financé par l'assurance maladie (Maisons d'Accueil Spécialisé), soit par cofinancement avec le Conseil général (Foyers double tarification), soit à la seule charge de ce dernier (Foyers de vie). Par ailleurs, certaines activités (CAT, CHR) sont financées par des crédits d'aide sociale de l'Etat. Avant de muter en A.R.S., comme le souhaite le gouvernement actuel, le champ d'action des A.R.H. pourrait évoluer, intégrer l'ambulatoire et tout ce qui a trait à la prévention et à l'éducation sanitaire. A terme, une structure régionale de coordination pour la mise en œuvre locale de cette politique pourrait voir le jour avec un statut juridique de type GIP, mais placé sous la tutelle du préfet.

S'il n'est pas totalement égalitaire, un processus de déconcentration présente néanmoins l'avantage de permettre à l'Etat de mettre en œuvre les priorités définies au plan national en matière de politique de santé, tout en laissant une marge de manœuvre à la région pour prendre en charge ses spécificités sanitaires locales. Comment articuler intelligemment "déconcentration" et "décentralisation"? Dans cette logique de mixité bien comprise entre deux approches, une partie du financement de la santé pourrait faire l'objet d'enveloppes déconcentrées au niveau régional, tandis qu'une autre partie pourrait être financée sous la forme d'un contrat de plan Etat/région.

LA POSITION DE LA CFDT



A défaut d'améliorer le système de santé au plan stratégique, si régionalisation il doit y avoir, elle doit s'incarner sous forme d'une déconcentration et non d'une décentralisation.

Au stade actuel, il convient de rappeler le point de vue de la Fédération CFDT Santé sociaux sur la régionalisation, lequel s'articule autour des 7 points-clés suivants :

- 1. Seul l'Etat a compétence pour définir la politique sanitaire** qui justifie réponse aux besoins de la population, à la planification des équipements, à l'allocation des ressources ;
- 2. Si l'Etat souhaite associer les collectivités territoriales au financement des investissements**, il ne peut le faire que **dans un cadre défini** (contrat de plan, par exemple) ou dans le cadre d'engagements du type "Plan Université 2000" ;
- 3. Le contenu de la politique de santé doit permettre d'aller vers un régime universel de santé** intégrant la prévention, reposant sur le développement de l'épidémiologie (**décliné au plan régional**), élargissant le champ du curatif aux pathologies chroniques et dégénératives, à la dimension palliative des soins, etc. ;
- 4. La région est le niveau pertinent pour une coordination cohérente des politiques publiques**, pour l'organisation de l'offre de soins et de services ;
- 5. Pour les secteurs relevant du financement par l'assurance maladie, hospitalisation publique et privée, ambulatoire et médico-social, il convient de créer une Agence Régionale de Santé (A.R.S.)** ayant compétence sur l'ensemble du champ ;
- 6. Les Conférences régionales de Santé devrait être le lieu de réflexion**, d'élaboration, de veille, d'évaluation et de mise en œuvre de l'organisation sanitaire, sociale et médico-sociale au niveau territorial ;
- 7. Le sanitaire et le social doivent développer des liens et s'inscrire dans un travail de réseau** en réponse à l'intérêt général, y compris en privilégiant la notion de "service de proximité" ; la mise en œuvre de réseaux de soins coordonnés au niveau local du territoire de santé devrait permettre une articulation efficace entre les structures et entre les professionnels.

DÉFINITIONS

Le terme “régionalisation” recouvre généralement deux acceptions différentes : d’un point de vue juridique, il renvoie à la notion de décentralisation, et donc de transfert de compétences vers les régions ; d’un point de vue commun, il caractérise la région comme le niveau d’appréciation des problématiques sans préjuger du mode de gestion des politiques publiques. Les notions de “décentralisation” et “déconcentration” ont pour objectif la proximité entre le pouvoir de décision administrative et les administrés. En voici les définitions précises, avec leur mise en perspective dans le contexte de la politique de santé hexagonale :

- **Décentralisation** : “système d’organisation des structures administratives de l’Etat qui accorde des pouvoirs de décision et de gestion à des organes autonomes régionaux ou locaux, tels que collectivités locales ou établissements publics” ; *dans le champs de la santé, la décentralisation est à l’ordre du jour depuis plusieurs années, sous des formes variées (notamment création de l’Etablissement Public de Santé en 1991, de l’Agence Régionale de l’Hospitalisation en 1996).*

- **Déconcentration** : “système d’organisation des structures de l’Etat dans lequel certains pouvoirs de décision sont donnés aux agents du pouvoir central répartis sur le territoire” ; *pour la CFDT santé-sociaux, il est indispensable de maintenir une logique de déconcentration, nécessitant une clarification des rôles respectifs de l’Etat et de l’assurance maladie, et de conserver le niveau régional comme niveau pertinent d’appréciation des problématiques de santé de la population.*

CONTACT

Directrice de la Publication : Yolande Briand
Fédération CFDT santé-sociaux :
47/49, avenue Simon Bolivar - 75950 Paris Cedex 19
Tél.: 01 56 41 52 00 - Fax : 01 42 02 48 08
E-mail : santesociaux@cfdt.fr
Internet : www.fed-cfdt-sante-sociaux.org
Impression : Imprimerie SIEP, Bois-le-Roi (77)

MULTIPLE : CPPAP : 1494 D 73 - ISSN : 0993-9636 - Dépôt légal : janvier 2004

Cfdt
des choix, des actes
Santé Sociaux