

Elan Social

No. 64
1^{er} trimestre
2 0 0 6



LE SYSTÈME DE SANTÉ À L'HORIZON 2025

POUR UNE REGIONALISATION DU SYSTEME DE SANTE EN 2025 OFFRE, REGULATION ET ACTEURS : ESSAI DE PROSPECTIVE

COMMISSARIAT GÉNÉRAL AU PLAN (DEVENU DEPUIS CONSEIL D'ANALYSE STRATÉGIQUE)

EXTRAITS DU RAPPORT DU GROUPE POLES
NOVEMBRE 2005

Voilà un rapport qui innove vraiment dans sa forme.

Il s'agissait d'examiner l'organisation territoriale du système de santé et d'imaginer son avenir.

Le groupe mis en place par l'ex-commissariat au Plan, après avoir interrogé de nombreux acteurs et experts du système de santé (dont G. Arcéga à l'époque Président de l'association des anciens élèves de l'EN3S) a scénarisé ses différentes hypothèses concernant l'organisation future de notre système de santé.

Nous sommes en 2025 : voilà ce qui se passe dans un Conseil de surveillance de CHU, lors de l'inauguration d'une Maison du Bien-être, ou d'une soutenance de thèse à Rennes ; voilà ce qui s'écrit dans le SROSDS d'Eduanie ou dans un examen du Master Santé Publique à l'Université de Bordeaux ; voilà, aussi, vingt ans après, comment l'on juge le système de santé français en 2005 ?

Les éclairages proposés sous forme de saynètes sont, dans certains cas, incompatibles les uns avec les autres ; c'est tout simplement parce que les auteurs ont refusé de choisir un seul scénario, préférant explorer plusieurs pistes.

Nous avons choisi de reprendre dans leur quasi intégralité trois de ces scénarios.

Le bilan préalable

Les auteurs notent avec inquiétude que malgré les diagnostics sévères émis dans les années 80 l'organisation du système de santé n'a en rien permis de déterminer le niveau approprié des responsabilités permettant d'assurer la fonction de régulation.

Ont été maintenus, voire accentués :

- la centralisation des instruments de régulation et de ges-

tion du dispositif par la puissance publique ;

- la définition au niveau national de règles de fonctionnement pour chacune des catégories de service et d'établissements ;
- la détermination et la mise en oeuvre de l'action publique dans le domaine de la santé selon une logique « verticale » (ou top down) ;
- l'absence de clarification des rôles respectifs de l'Etat et des



caisses d'assurance maladie ;

- le renvoi des décisions importantes au niveau ministériel et le manque de coordination au niveau local.

Pour autant, on ne peut prétendre que l'immobilisme a été total. La territorialisation des politiques de santé est, sans nul doute, une des évolutions majeures de la dernière décennie du XX^{ème} siècle avec la loi hospitalière de 1991 instituant les schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS), la création des Unions régionales des médecins libéraux (URML) en 1993, des Agences régionales d'hospitalisation (ARH) et des Unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM) en 1996. Cependant cette affirmation du bien fondé d'une cohérence régionale ne préjuge pas de l'organisation du système de santé qui demeure enchevêtré et donc confus. Actuellement, trois modes de régulation co-existent avec un triple résultat : un Etat proche de l'omnipotence, une Sécurité sociale marginalisée et une forme de déconcentration hybride. Le centralisme excessif décourage l'innovation, la distinction entre délégation de gestion et responsabilité financière induit un manque de transparence et une confusion entre les rôles des différents acteurs et la déconcentration telle qu'elle est pratiquée reste fragile. La combinaison de ces trois modes de régulation est donc source d'incohérence et d'inefficacité.

L'Etat s'est toujours intéressé de près au système de santé bien au-delà du champ de la définition des politiques de santé et de la régulation des grands équilibres de la protection sociale. L'incapacité politique et juridique des administrateurs de la caisse nationale d'assurance maladie à fixer des niveaux de recettes du régime et de dépenses -ou leur refus de cette responsabilité- a laissé le champ grand ouvert aux gouvernements successifs. Le rôle désormais joué par le Parlement depuis l'instauration des lois de financement de la Sécurité sociale a certes constitué un progrès démocratique mais le flou relatif quant à la nature même de la décision parlementaire lors du vote du projet de loi de financement de la Sécurité sociale, la place somme toute modeste au sein des travaux parlementaires du PLFSS si on le compare avec la loi de finances du budget de l'Etat, le nombre relativement res-

treint de parlementaires spécialistes et assidus des finances sociales sont autant d'éléments qui confortent le pouvoir prééminent du Gouvernement dans le processus législatif. Par ailleurs, l'existence d'une fonction publique hospitalière, de près de 800 000 agents, régie par des règles uniques, est un puissant vecteur de l'intervention au niveau central. Le ou les ministre(s) de la Santé et de la Sécurité sociale apparaissent ainsi comme les chefs d'une entreprise « Hôpital France », tous les échelons régionaux et même les chefs d'établissements eux-mêmes étant relégués à faire de la figuration ou à gérer les miettes d'un processus décisionnel pyramidal.

La gestion déléguée aux caisses de Sécurité sociale traverse, quant à elle, une période troublée. L'édifice complexe et non hiérarchisé de plus de 120 caisses primaires, 16 caisses régionales, une caisse nationale (pour le seul régime général) auquel il convient d'ajouter les 22 unions régionales des caisses d'assurance maladie est, sans doute pour une part responsable de l'inefficacité constatée ou supposée...

L'existence même de l'institution « Sécurité sociale » est désormais sérieusement discutée quand, aux arguments tenant à l'équilibre institutionnel, s'ajoutent des considérants techniques mais évidents : à l'heure de la généralisation de la carte Vitale qui deviendra certainement une carte de paiement à plus ou moins brève échéance, à l'heure de la généralisation de l'assurance maladie, on peut légitimement s'interroger sur l'intérêt de vérifier des droits que tout le monde possède et de décaisser des paiements de plus en plus invisibles. La réforme d'août 2004 (Douste Blazy) constitue sans doute le dernier avatar d'une remise en selle de l'institution Sécurité sociale, dans la recherche d'une cohérence accrue du rôle assurantiel, sans toutefois clarifier les relations avec l'Etat.

Enfin, l'idée de déconcentration et/ou de décentralisation connaît un tournant avec les ordonnances de 1996 qui créent les ARH – dans une moindre mesure les URCAM – qui sont une forme de déconcentration hybride (selon les classifications internationales qui décrivent les formes de décentralisation, elles ressortissent à la délégation). L'idée qui prévaut en 1996 est que la géographie hospitalière est un pur produit de l'histoire, de l'influence politique des élus locaux et du dynamisme individuel de quelques médecins et qu'il convient désormais d'y insuffler une dose massive de rationalité, source d'économie de gestion et d'échelle susceptibles d'être utilisées pour servir les vraies priorités de santé. A cette tâche, ne peut s'atteler un corps préfectoral nécessairement lié aux élus locaux.

La création d'une institution neuve, dotée d'une légitimité forte et d'une collégialité réelle mais d'où sont absents les élus et les représentants sociaux ou professionnels, s'est donc imposée. Pourtant, depuis 1996, l'option décentralisatrice a de facto reflué. On en voudra pour preuves l'évolution des ARH et URCAM, la création en 2005 de Missions Régionales de Santé (MRS) en lieu et place d'Agences Régionales de Santé ou encore le poids à nouveau prépondérant du Ministère de la Santé et de la CNAM dans les mécanismes de financement.



Les scénarios explorés par le Groupe

Un présent compliqué peut-il permettre de présager aisément d'un futur simple ?

La résurrection de la Sécurité sociale

Si un nouveau pacte social venait à conférer une légitimité renouvelée aux partenaires sociaux, celle-ci ne pourrait s'exercer sans un profond changement d'une part dans les processus de régulation et d'autre part dans l'architecture actuelle des caisses. Deux voies sont généralement envisagées : la mise en concurrence des trois grandes caisses nationales et la mise en concurrence des producteurs – selon le principe de l'acheteur avisé. Ce scénario suppose l'abandon d'une planification administrative de l'offre, la suppression des agences de l'hospitalisation et a contrario nécessairement l'existence d'un échelon régional amplifiant les attributions des actuelles Urcam. Au contrôle de l'État central sur les caisses nationales correspondrait celui, rénové et renforcé, des services déconcentrés sur les échelons déconcentrés des caisses. Ce tableau tient pour l'essentiel de la délégation de gestion assortie d'une déconcentration à l'intérieur de la galaxie de la Sécurité sociale. En termes de légitimité, il implique le rétablissement des élections à la Sécurité sociale.

L'an II de la décentralisation

Les collectivités régionales se voient confier les missions de régulation, de planification de l'offre et de financement du système de santé. L'État central garde ses prérogatives en matière de fixation des priorités de santé, fixe les règles communes, alloue aux régions des enveloppes de péréquation et négocie avec elles des programmations pluriannuelles. Les caisses nationales de Sécurité sociale disparaissent purement et simplement.

Au plan régional, selon le principe de libre administration des collectivités territoriales, chaque région gère le système de santé soit en direct par une direction ad hoc soit par le truchement d'une agence régionale. Les agences régionales d'hospitalisation et, pour partie, les services déconcentrés de l'État sont intégrés aux services de la région. L'État déconcentré se recentre sur le contrôle de légalité et d'évaluation des politiques régionales.

La « déconcentration »

Dans ce scénario, l'agence régionale de santé (ARS) intègre dans son champ de compétences la planification elle-même, la définition de programmes et d'objectifs de santé publique ainsi que l'allocation des ressources. L'ARS se concentre sur les outils contractuels qui peuvent, à terme, être appliqués au secteur ambulatoire et aux réseaux.

Par ailleurs, l'ARS peut avoir pour mission de concilier démocratie sanitaire et efficacité. Concept hybride, la démocratie sanitaire peut s'analyser comme le carrefour de trois légitimités : politique, exprimée par les élus ; sociale, représentée par les partenaires sociaux ; de l'acteur ou du bénéficiaire, en l'espèce celle des professionnels de santé d'une part et des usagers de l'autre. Un organe composé de manière équilibrée entre les représentants de ces trois légitimités, se voit confier un rôle d'orientation, d'arbitrage, de décision sur les options essentielles. Quant à l'efficacité, elle prend racine dans la création d'un exécutif fort, doté de pouvoirs propres, inspiré des prérogatives des directeurs d'ARH ou des diverses agences nationales en santé.

Le « chariot des desserts »

Fortement empreint d'un esprit de déconcentration, sans toucher l'architecture et les compromis implicites actuels, le système régional se scinde en trois opérateurs :

- L'État déconcentré, sous la houlette du préfet, définit les politiques de prévention et les programmes de santé
- L'ARH gère l'offre de soins en établissements en s'inscrivant dans les politiques et les programmes définis ci-dessus ;
- L'Urcam renforcée se constitue en véritable interlocuteur du secteur ambulatoire, qu'elle régule ou avec lequel elle contracte en empruntant aux outils actuels des ARH.

Ce scénario ne bouleverse pas les équilibres, il spécialise et renforce les blocs de compétence. La forte opérationnalité apparente s'inspire du principe de réalité : elle reste néanmoins fragile si elle fait l'impasse sur la régulation des régulateurs. On imagine mal, en effet, que les trois opérateurs fonctionnent en tuyau d'orgue, sans que personne n'occupe le pupitre de chef d'orchestre. Le principal défaut dans la cuirasse de cette organisation se situe cependant sur un autre terrain : découpé selon une logique institutionnelle, elle fait fi de l'unité de l'utilisateur final, le patient.



L'OUVERTURE DE LA 500^{ÈME} MAISON DU BIEN-ÊTRE : RETOUR SUR UNE INNOVATION MAJEURE DES ANNÉES 2010

REPORTAGE

Inauguration de la maison du bien-être (MBE) du pays de l'étang de Crau par le ministre de l'Équilibre des Territoires

L'idée avait été lancée plusieurs années auparavant d'essayer de regrouper en un lieu unique ensemble des services apportés par différentes institutions : la maison du bien vieillir, le site pour la vie autonome, la maison de l'enfance et bien sûr la maison de santé qui avait vu le jour à l'initiative des Docteurs Le Minter et Sabiano. Nos concitoyens pouvaient légitimement s'étonner en effet de devoir contribuer au fonctionnement de chacune de ces structures alors même qu'il était peut-être plus cohérent de regrouper en un lieu unique l'ensemble des services. Ouverte de 8h à 21h, cette maison du bien-être constitue un véritable lieu d'échange et d'aide pour les 20 000 habitants du pays. En dehors des heures d'ouverture, la permanence des soins est assurée au niveau régional avec une orientation par les médecins régulateurs.

Quand on détaille la liste des services proposés par la nouvelle maison, on ne peut qu'être impressionné. Elle comporte toutes les activités de gymnastique physique et mentale, mais également la diététique, l'ergonomie et naturellement au premier chef l'ensemble des soins de premier recours. Certains regretteront que le nom des professionnels ne figure pas à l'entrée de la maison et que les patients ne puissent pas choisir le professionnel qu'ils désirent consulter en son sein. On leur répondra qu'ils peuvent toujours consulter en cabinets privés mais qu'ils y seront alors totalement de leur poche.

Entrons dans cette maison et dessinons les portraits croisés des personnes que nous y avons rencontrées.

Éducation à la santé et responsabilisation : Laurent, diabétique

Laurent est un habitué de la maison. Diabétique de

type 2 non insulino-dépendant depuis plusieurs années, il fait régulièrement le point avec la diététicienne qui, ensuite, rend compte au médecin. Laurent se déclare assez satisfait parce que les examens qu'il pratique lui-même de façon régulière ne font pas apparaître d'évolution particulière de sa maladie (prise du taux de glycémie et d'hémoglobine glyquée). Après le point fait avec la diététicienne, il retrouve le groupe d'éducation thérapeutique. Aujourd'hui, lors d'une séance gratuite, les participants apprendront à préparer un repas festif mais raisonnable ! La participation de Laurent à ce groupe lui permet non seulement de mieux connaître sa maladie et d'éviter des complications qui pourraient résulter d'un mode de vie mal adapté mais aussi de bénéficier d'une réduction de son abonnement à la maison du bien-être.

La prise en charge du grand âge : Sébastien, aidant familial d'une personne âgée dépendante

Sébastien, 55 ans, lui aussi est venu pour participer à une réunion mais il s'agit de tout autre chose. Depuis deux ans, Sébastien accompagne sa mère qui est venue habiter à côté de chez lui compte tenu de son très grand âge. Sébastien a provisoirement cessé de travailler.



Son employeur lui garantit 50 % de son salaire (l'employeur bénéficiant de mesures fiscales idoines) et la collectivité le reste dans la limite d'un plafond. Le jour où Sébastien le souhaite, il peut reprendre son emploi d'origine. Néanmoins, la perspective de bénéficier d'une formation accélérée d'aide à domicile et surtout de ne pas être seul pour s'occuper de sa mère l'a amené à sauter le pas. Ce ne fut pas facile, mais finalement il se montre satisfait car il n'arrivait pas à tout faire de front et avait peur de le regretter plus tard.

Il sait, en outre, que l'équipe mobile gériatrique qui passe tous les trimestres faire le point sur l'état de santé de sa mère compte beaucoup sur lui pour signaler toute évolution, même minime. Ces informations sont partagées régulièrement lors de la réunion de coordination qui va avoir lieu tout



L'explosion du Très Grand Âge

Le très grand âge est une réalité massive de santé publique. Considérant que les 2/3 de l'aide étaient assurés autrefois par les aidants naturels, la collectivité a fait le choix d'aider ceux-ci dans le rôle qu'ils assumaient naturellement mais avec de plus en plus de difficultés. Pour autant, il existe toujours des structures d'accueil collectif qui répondent aux besoins des personnes dépendantes qui ne peuvent pas compter sur l'aide d'un proche. Les aidants ne sont pas seuls. Ils disposent en particulier de l'appui de services dit « de répit » qui leur permettent d'équilibrer leur vie personnelle et familiale avec l'aide apportée. Ces services sont localisés dans des structures (accueil temporaire de jour...) et au domicile même (services de remplacement...). En fonction de l'état de dépendance de la personne évaluée par l'équipe médico gériatrique, une somme annuelle est attribuée. Ces sommes sont surveillées très étroitement par des associations de retraités extrêmement puissantes. Chaque fois que possible, la personne âgée est associée à la mise en oeuvre du plan d'aide et de soins qui la concerne.

Ce plan d'aide et de soins repose d'abord sur les éléments essentiels de la prise en charge (alimentation, activité physique, vie sociale et culturelle) ; le volet technique (prise en charge médicalisée) est programmé au maximum afin d'éviter les situations de crise.

Un dispositif particulier a pour mission de recueillir la parole des personnes âgées par rapport aux services rendus. Il est assuré par des professionnels spécialisés dans l'écoute des personnes âgées. Ils se rendent régulièrement chez les usagers et à la demande de ces derniers. Ils sont rattachés au médiateur de la MBE mais disposent d'une véritable indépendance dans l'exercice de leur fonction et peuvent notamment saisir directement l'autorité judiciaire.

à l'heure. Il a vraiment le sentiment de ne pas être seul et c'est pour lui l'essentiel. Avant de partir, il rencontrera Norbert, le nouvel agent de répit, et Simone, la psychologue. Le rôle de Norbert est de remplacer Sébastien lorsque celui-ci doit s'absenter. Norbert intervient aussi au centre d'accueil de jour qu'a longtemps fréquenté la mère de Sébastien avant qu'elle ne puisse plus se déplacer.

Simone est psychologue, son rôle est de rencontrer les personnes âgées à leur domicile et de les faire parler sur la qualité de l'aide apportée et sur leurs attentes. Simone restitue cette parole à chaque intervenant lors de la réunion de coordination. Le statut de Simone lui assure une grande indépendance ; elle dispose de moyens de droit importants en cas de difficulté forte.

Sébastien repartira tout à l'heure de la MBE en emportant les médicaments conditionnés pour le mois qui vient. Chaque jour, il les remet à sa mère. Au début il avait peur de se tromper mais en fait les conditionnements sont très pratiques et il n'y a pas de risque d'erreur.

Accès aux soins de second recours : Amandine doit porter des lunettes

Amandine, 3 ans, a, pour sa part, rendez-vous avec un ophtalmologiste à la maison du bien-être. Lors de la visite médicale à l'école, on s'est aperçu qu'Amandine avait un problème de vue. Sa maman a téléphoné à la maison du bien-être et le médecin régulateur l'a orientée vers une consultation avec un ophtalmologiste afin qu'un diagnostic puisse être posé sur les troubles dont elle souffre. Évidemment, il n'y a pas de spécialistes à plein temps dans les maisons du bien-être mais la maison de l'étang de Crau a signé un contrat avec un professionnel libéral qui s'engage à faire quelques vacations au sein de la maison. Cette organisation évite ainsi aux patients de se déplacer jusqu'au cabinet des spécialistes qui est situé dans la ville la plus proche, à une trentaine de kilomètres.



Nouvelles technologies et délégation des tâches

Robert, infirmier, prend sa voiture pour se rendre chez un malade dialysé car l'Unité Centrale de Régulation (UCR) vient de lui signaler des anomalies dans les paramètres concernant ce malade. Celui-ci est en effet suivi 24h sur 24 et en l'espèce, si la situation est anormale, elle ne nécessite cependant pas l'intervention de l'UCU (Unité Centrale des Urgences). Les nouvelles technologies permettent d'assurer des soins de qualité pour tous les patients, même ceux qui habitent loin de la maison du bien-être et qui n'ont pas de moyens de locomotion. Une fois chez le malade, Robert consultera à distance le dossier médical de celui-ci, le protocole qui a été élaboré le concernant et, dans le cadre de ce protocole, il pourra lui administrer un ou plusieurs des médicaments préconisés par le médecin. Si nécessaire, il fera appel au médecin à l'origine de ce protocole.

Pratique collective et organisation du travail

Derrière cette porte, se trouve le cabinet du docteur Brune ; travaillant autrefois en cabinet privé à son domicile, son cabinet était ouvert 12 heures par jour. Aujourd'hui le docteur Brune ne reçoit les malades que le soir entre 17 et 21 heures. C'est commode pour tous ceux qui travaillent. C'est également bien pratique pour tous les jeunes confrères du docteur Brune qui préfèrent recevoir pendant la journée les personnes qui ne travaillent pas et, en particulier, les retraités afin de pouvoir être avec leurs enfants le soir. Pour le docteur Brune, c'est aussi un moyen de conserver une activité professionnelle tout en préparant son départ à la retraite : à 65 ans, elle n'imaginait pas se retirer totalement de la vie active mais souhaitait cependant disposer de plus de temps pour profiter de ses petits enfants dans la journée.

Le docteur Brune nous a confié beaucoup apprécier son travail de coordonnatrice d'équipe de santé. Avec les autres professionnels, ils font des analyses conjointes de la situation des malades, élaborent des protocoles de soins et l'ensemble des démarches de prévention nécessaires, à charge ensuite aux malades de s'inscrire dans ces orientations.

Le docteur Brune apprécie ainsi beaucoup de pouvoir faire régulièrement le point avec ses collègues médecins et les autres professionnels de la santé.

Rémunération des professionnels et certification

Dans le bureau d'à côté au contraire, le jeune docteur Carier se demande s'il va pouvoir tout assurer. Dans le cadre de son internat, le docteur Carier avait déjà fait un stage dans une maison du bien-être et il savait quelles seraient ses fonctions. Quand il a répondu à l'appel d'offre lancé par la maison de l'étang de Crau qui recherchait un praticien, il pensait arriver dans des conditions favorables. En effet, ses certifications

obtenues après ses études de médecine lui assurent d'emblée un salaire horaire intéressant.

A ceci, s'ajoute le fait que la zone étant difficile à cause des déplacements et des indices de précarité, le forfait s'en trouve majoré.

Cependant le docteur Carier n'ignore pas qu'une partie de sa rémunération dépendra de l'évaluation que fera de sa pratique la tutelle régionale au bout de 12 mois. Il espère bien en tout cas être maintenu dans son poste et pouvoir très rapidement développer d'autres activités complémentaires : à l'école, pour l'UCU, pour la médecine du travail, etc.

Quand il se compare à son collègue de promotion qui a voulu tenter l'aventure du pur libéral, il trouve bien agréable de ne pas avoir de problèmes de logistique et de pouvoir se consacrer entièrement à des tâches médicales. De plus, la Maison du bien être paye une partie de ses assurances professionnelles. S'il encourt le risque du malus celui-ci peut être atténué si l'évaluation de la tutelle régionale est positive. Et puis, au final, s'il additionne tout, le Docteur Carier est persuadé qu'il ne gagne plus que son collègue qui a vissé sa plaque.



LES ÉLUS TERRITORIAUX ET LA DÉCENTRALISATION DE LA SANTÉ

Les auteurs nous invitent ici à lire une thèse consacrée à ce sujet...

Les partis pris sont les suivants :

- *Dix ans après la promulgation de la loi de dévolution régionale de 2015 -ou « Acte IV de la décentralisation »- les Conseils régionaux se sont appropriés la compétence santé. Ils sont aujourd'hui responsables de la programmation, de la gestion et du financement de l'offre de soins et de la politique de santé publique sur leur territoire.*
- *La décentralisation s'est accompagnée du transfert des moyens financiers et humains correspondants et les régions sont désormais libres de lever des impôts spécifiques pour le financement du système de santé*
- *L'État opère une péréquation inter-régionale, assure la veille sanitaire avec l'Union européenne, évalue les actions de santé et veille au respect du socle commun que les régions doivent proposer.*

Extrait de la thèse soutenue par Clara Chermentas,
Université de Rennes 1, septembre 2025

UNE AFFAIRE D'ÉTAT LES ÉLUS TERRITORIAUX ET LA DÉCENTRALISATION DE LA SANTÉ EN 2005

Ce texte est le résumé de la première partie d'une thèse de science politique consacrée à l'analyse sur le temps long de la décentralisation du système de santé en France. Nous avons cherché à analyser le rôle des élus territoriaux dans une réforme qui constitue un renversement majeur dans l'histoire du système de santé français. Cela a donc impliqué de s'intéresser aux interactions entre les élus territoriaux et l'État et, plus généralement, aux interactions entre l'espace politique et l'espace de la santé. Dans une première partie, nous nous sommes attachés à déterminer les positions des élus territoriaux par rapport à la décentralisation de la santé et à dégager les points d'appui entre politique et santé dans les territoires.

Cette première partie demandait un travail de terrain auprès des élus en exercice en 2005 mais vingt ans plus tard l'exercice était difficile. Nous nous sommes donc appuyés sur les archives d'un groupe de prospective du Commissariat général du Plan – Poles ou Prospective de l'organisation locale en santé – qui imaginait en 2005 ce que pourrait être le système de santé territorialisé en 2025. En particulier, nous avons utilisé des entretiens réalisés en 2005 avec des élus territoriaux impliqués dans des démarches pratiques et réflexives sur la santé dans les territoires. Ces entretiens visaient à recueillir la vision des élus quant à l'évolution du rôle des collectivités locales et des structures intercommunales.

Méthodologie : les entretiens avec les élus territoriaux, janvier à juin 2005 (Archives du groupe POLES, Commissariat général du Plan)

Les entretiens visaient à recueillir l'opinion et l'analyse des élus quant à la territorialisation et à un éventuel approfondissement de la décentralisation de la gestion et de la régulation du système de santé.

Les entretiens ont donc été dirigés en priorité vers des élus qui s'étaient impliqués fortement, d'une façon ou d'une autre, dans la politique de santé pour leur territoire.

Trois entretiens ont été réalisés avec des personnalités d'envergure nationale, dont la réflexion sur la régionalisation de la santé paraissait incontournable.

Si en 2025 les élus territoriaux assument pleinement la responsabilité « santé », ils étaient très réservés vingt ans avant, refusant de porter le poids financier et politique de la décentralisation. En effet, en 2005, les dépenses de santé étaient croissantes et la délégation de compétences n'avait pas toujours été suivie du transfert de moyens dans de nombreux domaines. Afin d'identifier les éléments qui ont toutefois favorisé la mise en oeuvre de la décentralisation de la santé, il convient donc de repérer les fondements des politiques territoriales de santé. Pour cela, nous proposons de revenir en



détail sur la manière dont les élus territoriaux percevaient et pratiquaient la décentralisation de la santé en 2005, bien avant que l'État ne l'impose. En effet, dès 2005, certains avaient adopté des politiques volontaristes visant à améliorer l'état de santé de la population dans leur territoire, non seulement dans les régions, mais aussi dans les villes, les intercommunalités et les pays. Nous avons donc cherché à savoir qui étaient ces élus, ce que la santé représentait dans leurs territoires, pourquoi ils s'étaient impliqués et quelles étaient leurs attentes et leur vision prospective en matière de santé. Comment percevaient-ils leur rôle d'élu dans un système de santé décentralisé et quelles conclusions pouvons-nous en tirer au regard de la situation actuelle ?

1. Les trois piliers de la légitimité des élus territoriaux en matière de santé.

La légitimité des élus territoriaux à investir le domaine de la santé ne va pas de soi en 2005, d'une part parce que la loi ne leur accorde que peu de compétences en la matière et, d'autre part, parce que la santé est le plus souvent perçue du point de vue de la relation patient - médecin. Leur légitimité repose alors sur trois piliers principaux : l'élection, les compétences légales des collectivités territoriales et un discours sur la « santé globale », qui replace l'action au cœur de la société, au-delà du système de soins.

1.1 La légitimité démocratique, entre représentation et participation

En démocratie, l'élection est une source indiscutable de légitimité. Tous les élus le rappellent : la santé est la première préoccupation des Français en 2005. En tant que représentants des Français, il est alors légitime qu'ils interviennent dans ce domaine, même s'ils ne disposent pas explicitement de cette compétence. De plus, les maires s'appuient sur leur qualité de président du conseil d'administration de l'hôpital pour s'engager sur des questions d'offre de soins et de démographie médicale.

Il convient, cependant, de ne pas surestimer la considération accordée à la santé dans la politique locale en 2005. D'une part, la santé n'est pas toujours perçue comme un thème de débat dans la sphère politique locale et peu d'élus affirment faire campagne sur ce thème. S'il est valorisant pour un élu de se prévaloir du succès d'un dispositif de dépistage du cancer du sein, par exemple, aborder le sujet au cours d'une campagne électorale s'avère parfois délicat. On peut, en effet, considérer qu'il s'agit là d'une affaire privée ou encore d'un argument peu porteur, car trop connoté à « la douleur, la maladie et la mort ». De même, le poste « santé » dans le budget régional ou départemental est extrêmement modeste et rarement évoqué dans les entretiens menés en 2005 : « *Ce sont des compétences qui ne coûtent pas cher, dans un budget de Conseil Général, (...) mais ce sont celles qui rapportent le plus d'un point de vue médiatique. C'est-à-dire qu'au niveau des PRS (...) on est parfaitement identifié, les gens savent que c'est le Conseil général qui donne de l'argent.* » (Conseiller général)

D'autre part, à l'intérieur même d'un conseil municipal ou régional, les élus délégués à la santé se heurtent à l'indifférence, voire à l'opposition, des autres élus. La difficulté à obtenir des crédits pour la mise en place d'actions hors des compétences de la collectivité résulte parfois d'un certain scepticisme vis-à-vis de la pertinence d'actions territoriales de santé. Un élu note ainsi un décalage entre la perception du problème dans la population et la mobilisation des élus : « *Je pense que dans l'opinion publique, en général, le thème de la prévention, du risque environnemental, de tout ce qui peut peser sur la santé des gens (...) les associations de consommateurs jouent aussi un rôle finalement, qui n'est pas anodin. Autant c'est quelque chose qui est en train de monter dans la population en termes de sensibilité de l'opinion, autant chez les élus on est sur: « ça ne sert à rien, on ne voit pas ce que c'est.* » (Conseiller régional)

Enfin, les expériences de démocratie participative restent localisées à des forums de débat spécialisés, tels que les États généraux de la santé de 1999 ou les conférences régionales de santé. La question de la démocratie participative ne soulève ni opposition ni enthousiasme, mais plutôt une incertitude quant aux moyens d'y parvenir. Certains élus considèrent que le rôle des usagers relève de l'information plutôt que de la décision. D'autres considèrent que les citoyens, et parfois les élus, ne sont pas compétents pour prendre des décisions dans un domaine aussi complexe et suggèrent d'instaurer des formations. Ces réticences face à la participation des citoyens rejoignent une tendance présente chez nombre d'acteurs des politiques de santé, à savoir le fait de considérer la santé comme un domaine à part, que seuls des spécialistes seraient à même de réguler. Néanmoins, le parcours des élus rencontrés souligne l'ouverture de ce champ à des acteurs qui ne sont pas professionnels des soins. Rappelons, en outre, que nombre d'actions locales impliquent les citoyens. Par exemple, la ville de Grasse a instauré un dispositif de médiateurs santé dans le but d'améliorer la communication entre l'institution et les habitants. Ces médiateurs, issus des associations locales, diffusent les informations santé auprès de la population d'un quartier et transmettent les demandes de cette dernière à la municipalité.

1.2. La transversalité des actions de santé

Les politiques de santé mises en place au niveau des territoires en 2005 relèvent de quatre domaines principaux : la prévention et la promotion de la santé ; l'accès aux soins ; l'information en santé avec le financement d'observatoires régionaux et locaux de santé ; la formation. Selon les territoires et les collectivités, l'accent est mis sur l'un ou l'autre de ces domaines.

Les élus évoquent ainsi spontanément les politiques de prévention et de promotion de la santé auxquelles ils participent à travers les programmes régionaux de santé. Sans agir directement sur l'offre de soins, ils se préoccupent aussi de l'organisation des soins dans les territoires de proximité, en particulier l'articulation entre soins et prévention, l'amélioration de l'accès aux soins ou encore la mise en relation des diffé-

rents partenaires afin d'assurer, ou de recréer, une unité des services autour de la personne. C'est l'objectif, en Nord-Pas-de-Calais par exemple, des maisons de santé dans les territoires ruraux. Ces structures favorisent un exercice médical de groupe, permettent d'assurer une continuité entre médecine de ville et hôpital et de lier soins et activités de prévention.

« Rétro-prospective » 1 : vous avez dit « maisons du bien-être » ?

« *Maison du bien-être comme vous dites... et la maison du bien-être, moi ça me fait penser un peu à la thalasso (...). Le bien-être, c'est bien, être bien dans sa peau, mais moi ça me fait penser à quelque chose d'un peu superficiel. Déjà le nom... mais enfin je ne pense pas que c'est le nom que vous avez arrêté ?* » (Conseillère municipale)

« *Ou alors il faut les prendre tout jeune, avant qu'ils soient installés. Dans ma commune, on était 7 médecins, maintenant, il n'y en a plus que 6 parce que j'ai abandonné mon métier il y a 7 ans maintenant, je ne pouvais plus tout faire. Je peux vous dire que ça fait 30 ans que les médecins discutent pour essayer de faire un cabinet médical de groupe tous ensemble. Ils n'y sont toujours pas arrivés.* » (Conseiller général)

Par ailleurs, en 2005, la santé ne correspond pas à une compétence obligatoire et la politique mise en oeuvre dépasse les compétences de l'institution en question. **La politique de santé prend donc appui sur les compétences légales des collectivités, notamment l'action sociale, l'aménagement du territoire, le transport ou le développement durable** : « *Les Conseils régionaux doivent mailler le territoire pour qu'en tous points la population puisse avoir accès aux soins, donc moi je pense que les Conseils régionaux doivent se positionner sur ses fameuses maisons médicales. (...) La compétence transport du Conseil régional doit lui permettre de... déléguer des fonds aux communes ou aux intercommunalités pour que des transports soient mis en place pour chercher ces personnes chez elles, les amener à la maison médicale en consultation et les ramener.* » (Conseillère régionale)

Les Conseils régionaux utilisent leurs compétences transports et aménagement du territoire pour faciliter l'accès à la prévention et aux soins, tandis que les Conseils généraux s'impliquent dans des actions de prévention. Dans le Vaucluse, par exemple, le Conseil général propose des actions itinérantes de dépistage, de prévention et de promotion de la santé grâce à un « Centre mobile de santé », qui se déplace dans les collèges ou sur les lieux de manifestations sportives notamment. De même, les projets de territoires des pays et des agglomérations incluent cette préoccupation. La communauté d'agglomération du Grand Dijon est dotée d'un observatoire santé social, tandis que le pays Nivernais Morvan a créé, avec le concours des partenaires régionaux et de l'État, une école d'aides soignants, gratuite pour les élèves, dans le but de combler le déficit d'aides-soignants sur son territoire.

En Alsace, le pays de Saverne a élaboré, à l'initiative du président du pays, un projet de santé qui vise à « renforcer l'at-

tractivité démographique du territoire ». La santé est aussi devenue un volet important de la politique de la ville, avec le développement des Ateliers Santé Ville. Dans le même registre, le réseau français des Villes-Santé de l'OMS contribue à la visibilité de l'action des villes en matière de santé, auprès de la population mais aussi auprès des différents services municipaux et des élus. Son action repose, en effet, sur la prise en compte de la santé dans tous les domaines de l'action publique.

1.3. La santé globale pour une action locale

A travers les entretiens, il est apparu que les élus opèrent le plus souvent une distinction entre soins et santé : « *On est dans un contexte de maladies chroniques, des maladies qui sont de plus en plus liées à des modes de vie, la sédentarité, l'alimentation, à des caractéristiques aussi de notre environnement, les maladies professionnelles, le cancer, le diabète, la problématique du handicap, de la dépendance, etc. C'est-à-dire des choses qui ne concernent plus seulement le soin dans le sens du curatif, mais le soin dans le sens de la prise en charge des personnes.* » (Conseiller régional)

Ce raisonnement s'appuie sur les travaux des observatoires régionaux de santé qui mettent en évidence les corrélations entre la situation socio-économique et l'état de santé de la population et l'émergence de pathologies liées à l'environnement et au mode de vie. Une telle conception de la santé peut aussi être rapprochée de la philosophie de l'Organisation mondiale de la santé : « *la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.* » Cette définition a pu servir de fondement à l'intervention des collectivités territoriales : « *Tant que la santé c'était l'absence de maladie, c'est-à-dire le soin, il est évident que nous n'avons pas compétence au niveau d'une ville. (...) Donc on n'avait pas, il a fallu en fait, peut-être poussé par l'international, qu'on prenne le sens « santé » avec une autre vision, qu'on avait de la charte d'Ottawa, la santé pour tous, et tout ça. Pour modifier. Et il a fallu aussi se greffer sur toutes les politiques de développement durable pour s'apercevoir que la santé était forcément indissociable des questions de soins, des... pardon, des questions d'environnement* » (Conseillère municipale)

Ainsi, l'approche territoriale autorise une vision écologique de la santé des individus qui invite à une action globale sur l'ensemble des déterminants de la santé, au-delà du système de soins. Si les interventions des collectivités territoriales et des structures intercommunales ressortissent à cette définition, c'est une conception sectorielle de la santé (identifiée au système de soins) qui domine chez les parlementaires. Le plus souvent médecins, ils sont attachés aux soins, aux compétences spécifiques des médecins, à la connaissance de la complexité des dossiers, etc. et évoquent rarement la prévention et la promotion de la santé. Alors que les élus territoriaux abordent les problèmes de santé à travers leurs déterminants généraux, les parlementaires sont directement impliqués dans la politique d'offre de soins et votent la loi de finances de la Sécurité sociale.



Cette différence entre parlementaires et élus territoriaux se double d'une distinction entre les professionnels de santé et les autres. Les parlementaires et plus de la moitié des élus territoriaux rencontrés en 2005 sont, en effet, des professionnels de soins et ils considèrent que leur légitimité à prendre en charge la délégation santé découle de leurs compétences professionnelles et de leurs connaissances du système de santé. Les autres élus territoriaux délégués à la santé -issus de l'enseignement, de la recherche, de l'administration ou encore de la santé publique- revendiquent leur indépendance à l'égard des lobbies médicaux, leur capacité à fédérer l'ensemble des acteurs et leur responsabilité dans la détermination des orientations politiques pour le territoire. Toutefois, certains médecins partagent aussi ces positions. Ils distinguent entre activité de soignant et activité politique, soulignant que la responsabilité politique s'exerce au regard de la santé à un niveau global : « *Vous êtes médecin ? Oui. C'est un défaut hein. C'est un défaut au sens où je ne considère pas que les médecins ont vocation à s'occuper de la santé en politique. Sûrement pas. Moi je fais de la politique. Je ne mélange pas les choses. Sauf que j'ai une sensibilité par rapport aux questions de santé, ce qui est lié à mon parcours professionnel, mais en tout cas, moi je ne défends pas les soins par exemple. Ah oui, c'est très clair, moi, acteur politique, je défends une politique de santé publique.* » (Conseiller général)

En 2005, l'appartenance territoriale et le rôle politique priment sur l'appartenance professionnelle et le rôle médical. L'intitulé des délégations est également révélateur de la conception globale de la santé telle qu'elle prévaut dans les territoires : la santé y est associée à la prévention, à la solidarité et aux affaires sociales, à l'environnement ou encore à l'éducation et à la citoyenneté. Ces délégations, cependant, n'existent que depuis peu et encore pas dans toutes les collectivités territoriales. Quelques villes, comme Rennes, se sont distinguées en créant une délégation santé dès les années 1980, mais la plupart datent de la seconde moitié des années 1990. De plus, ces délégations récentes ont souvent été créées à l'initiative personnelle de ceux à qui elles ont ensuite été attribuées. L'engagement pour la santé précède parfois l'engagement politique pour ces élus, qu'ils soient professionnels des soins ou non : « *Alors, je suis expert*

en santé publique. Et lorsque j'ai accepté de m'engager en politique et d'être élue, je l'ai fait pour essayer de porter la santé publique à un niveau plus haut qu'elle n'avait jusqu'à présent et pour faire avancer l'ensemble des possibilités de la santé publique. C'est pour ça que j'ai choisi d'avoir la délégation santé publique dans les trois collectivités territoriales. » (Conseillère régionale, communautaire et municipale)

L'engagement personnel des élus en faveur de la santé souligne à la fois le volontarisme des actions engagées et la fragilité de ces postes. **En 2005, la légitimité des élus territoriaux reste donc largement à construire, dans la mesure où peu de collectivités territoriales ont développé leur propre politique mais aussi parce que la légitimité et la responsabilité de l'action en santé sont plus volontiers attribuées à l'État.** Les élus eux-mêmes sont pris dans des exigences apparemment contradictoires, entre un souci d'égalité de tous les citoyens face à la santé et un besoin de proximité pour conduire des actions adaptées aux caractéristiques de chaque territoire.

2. Égalité et proximité, des exigences contradictoires ?

Le conflit potentiel entre égalité et proximité s'exprime à travers les réticences des élus territoriaux à prendre en charge la politique d'offre de soins et à travers leurs craintes d'un accroissement des inégalités territoriales de santé. La territorialisation apparaît alors comme un moyen de concilier ces doubles exigences en facilitant la coordination entre les acteurs d'un territoire et en offrant la possibilité d'adapter la politique aux problèmes spécifiques de ce territoire. C'est, à terme, sur ces expériences que s'appuiera la décentralisation.

2.1. La République et ses territoires ou comment garantir l'égalité de tous en matière de santé ?

La décentralisation est une tendance lourde des réformes des systèmes de santé européens depuis les années quatre-vingt dix. Ses partisans la présentent comme un moyen pour « améliorer l'efficacité et la réactivité du système, mieux adapter les réponses aux besoins en rapprochant les décisions des populations et favoriser l'implication et la participation citoyennes ». L'analyse de diverses expériences étrangères montre que ces objectifs (efficacité, maîtrise des dépenses, démocratie) ne peuvent être atteints du seul fait de la décentralisation : il est nécessaire de combiner plusieurs instruments de régulation comme la rémunération des professionnels et la péréquation entre les régions. Les élus territoriaux construisent leur opposition à la décentralisation autour de la notion d'égalité. Les inquiétudes portent d'abord sur des enjeux financiers : comment les dotations seront-elles attribuées aux régions en cas de décentralisation ? Quelles modalités de péréquation seront mises en place, sur quels critères et seront-elles suffisantes pour garantir l'égalité de traitement d'une région à l'autre ? Les élus sont certes attachés à l'adaptation des politiques aux caractéristiques des territoires mais ils redoutent un accroissement des inégalités territo-

riales de santé ou des inégalités dans l'accès à la prévention et aux soins. En filigrane perce la crainte d'une concurrence entre les régions qui jouerait sur l'offre de services ou le tarif de cotisations ou de remboursements. Face à la perspective d'une régionalisation, les élus rappellent alors qu'il revient à la République de garantir l'égalité de tous en matière de santé sur le territoire national. La santé, selon eux, relève en dernier ressort de la responsabilité de l'État. Certains la qualifient même de compétence régalienne. Pour autant, les élus territoriaux ne veulent pas non plus sacrifier leur autonomie, comme en témoigne cette réaction au mouvement de recentralisation amorcé avec les groupements régionaux de santé publique en 2004 : « *Vieux principe, la vieille aporie de la décentralisation, si on décentralise pour adapter les politiques au territoire, mais dès qu'il y a des différences qui surgissent, la République revient en disant : « Égalité, égalité », donc on n'est pas encore sorti de ça. Voilà. Ceci dit, recentralisation, pourquoi pas ? Je trouve que c'est bien que l'État se préoccupe de santé publique, ça ne me gêne pas du tout, par contre je doute qu'il ait les moyens d'assumer cette politique, et je suis convaincu que ce ne sont pas des politiques qu'on peut mener centralement.* » (Conseiller régional)

Défenseurs d'une politique nationale de santé comme partisans de la décentralisation, les élus rappellent leur attachement au principe d'égalité républicaine, qui va de pair avec une faible tolérance à l'égard des différences de contenu des politiques publiques d'un territoire à l'autre. Mais, parallèlement, les élus territoriaux insistent sur la nécessité d'une action de proximité pour atteindre des objectifs de qualité et d'efficacité. Ces effets ne vont pourtant pas de soi. Il arrive que la proximité souligne les liens d'interdépendance entre les élus et les groupes d'intérêts locaux. La « politisation » des enjeux liés à l'organisation du système de santé contribue alors à décrédibiliser les élus dans leur rôle de régulation territoriale du système. Cela peut être le cas lorsqu'ils sont amenés à se positionner sur la fermeture d'une maternité ou d'un hôpital, par exemple. Ces événements prennent souvent un aspect dramatique pour les territoires et illustrent le conflit d'intérêt entre la qualité et la rationalité de l'organisation de l'offre de soins d'une part, et le souci de préserver l'emploi local, d'autre part. La parole des élus est alors soupçonnée d'être avant tout l'expression d'un intérêt politique local. La coordination entre les différents acteurs de santé du territoire, y compris les administrations déconcentrées de l'État, peut être un moyen de se prémunir contre la pression des intérêts locaux.

2.2. La territorialisation, « détour de l'égalité » et voie de la coordination

La territorialisation est un instrument permettant de concilier les objectifs d'égalité et de proximité. En France, elle a traditionnellement été utilisée et justifiée en tant que moyen de créer des différences de traitement temporaires, avant de revenir à une situation uniforme. C'est ainsi que la péréquation interrégionale, si elle peut être vécue comme injuste par les régions contributrices, est un moyen d'agir sur l'offre de soins et de remédier, au moins partiellement, aux inégalités

entre régions. Les entretiens menés en 2005 sont, à cet égard, éclairants. Ils montrent ainsi une différence très nette entre les régions bénéficiaires de la péréquation dans lesquelles un discours politique sur la santé apparaît alors que les régions contributrices restent encore en retrait. Ainsi, en Nord-Pas-de-Calais, les acteurs de la politique de santé, Conseil régional en tête, ont construit un discours sur le retard régional, dans lequel la péréquation est revendiquée et justifiée au nom de l'état de santé alarmant de la population et du manque de professionnels de santé sur le territoire. Ce discours s'articule autour du rappel de la responsabilité de l'État en matière de santé et de la mise en avant de l'action volontariste des acteurs régionaux pour combler les manquements de l'intervention étatique.

Par contraste, les collectivités territoriales interviennent de façon plus isolée en région PACA : si elles travaillent régulièrement avec les services déconcentrés de l'État, elles ne coopèrent au niveau régional que ponctuellement sur des enjeux thématiques. La territorialisation de la politique de santé paraît moins cruciale pour le Conseil régional, qui ne s'est pas posé en leader d'une stratégie régionale de santé. Sans doute faut-il y voir l'effet d'une situation financière et épidémiologique plus favorable qu'en région Nord-Pas-de-Calais.

En 2005, le souci de cohérence de l'action publique au niveau des territoires est déjà bien présent chez les élus auditionnés. Ils soulignent ainsi les avantages de la proximité en termes d'écoute de la population, d'adaptation des priorités aux problèmes de santé locaux, de respect des initiatives et des habitudes de travail local et, aussi, une reconnaissance de leur implication par les électeurs. Ces attentes se retrouvent autour de la volonté de (re)créer une unité entre les différentes dimensions de la politique de santé, notamment entre hôpital et médecine de ville. Pour y parvenir, les villes, agglomérations et pays se positionnent en coordonnateurs des acteurs de santé sur leur territoire et en lieux d'interface entre les institutions publiques et les citoyens : « *Donc nous sommes les interlocuteurs vraiment premiers sollicités par les populations. Surtout. C'est pour ça que nous devons prendre non pas un rôle d'acteur primordial, mais de coordinateur.* » (Conseillère municipale) « *Un pays c'est un réseau de collectivités (...). De ce point de vue, c'est un bon territoire pour travailler en réseau, pour mutualiser les compétences.* » (Président de pays)

Par exemple, le pays Centre Ouest Bretagne a développé un projet pour l'amélioration de la santé de ses habitants avec le soutien de l'Association hospitalière de Bretagne, de la DATAR et de la DRASS. Le pays se positionne donc en interlocuteur privilégié des organismes et institutions responsables en matière de santé. Une des premières actions de ce type de projet consiste souvent à recenser les acteurs de santé du territoire, des professionnels de soins aux associations de quartiers, pour en faire un annuaire à la disposition de ces acteurs et du public, et ainsi faciliter les échanges entre eux.



« Rétro-prospective » 2 : le maillage du territoire

« Oui, je pense que pour le Conseil régional, la mission d'un Conseil régional, qui est en premier lieu l'aménagement du territoire, doit considérer que la santé c'est un élément majeur de l'aménagement territorial. On ne peut pas demander aux populations de vivre sur des territoires si elles ne peuvent pas y avoir accès à la santé. Donc il faut se donner la possibilité de mailler le territoire, bien sûr avec des établissements de soins, mais aussi avec des professionnels de santé libéraux, et comme on est en période de démographie médicale difficile, eh bien aux conseils régionaux de créer des maisons de santé, des maisons médicales où vont pouvoir être confortés sur un même lieu des médecins généralistes, des médecins spécialistes, des infirmiers, des kinés, d'autres professionnels de santé, voire des services de soins à domicile et tout ceci relié par des structures de télémédecine à des CHU par exemple qui pourraient leur servir d'aide, d'aide technique et de conseils, et puis avec aussi des réseaux pour mettre en place des protocoles de soins. » (Conseillère régionale)

A la suite des différentes expériences de régionalisation en 2005, l'implication des collectivités territoriales dans la politique de santé semble incontournable. A tel point que même les élus opposés à la décentralisation tiennent pour acquis le principe d'une régulation territorialisée de la politique de santé. En termes institutionnels, la question est donc celle de la responsabilité pour la politique de santé : doit-elle revenir à un acteur unique, État ou Région ? Ou bien à un groupe de pilotage en partenariat entre les acteurs régionaux ?

2.3. Vers un modèle interactif de régionalisation

Les entretiens de 2005 montrent une gradation des préférences, certains préconisant un système où l'État a la maîtrise de la politique de santé et associe les collectivités territoriales à une politique déconcentrée, d'autres, moins nombreux, se prononçant pour un système décentralisé. Il convient de souligner que les préférences pour la décentralisation ne se déduisent pas nécessairement de l'appartenance institutionnelle des élus : on retrouve des partisans de la décentralisation aussi bien parmi les parlementaires que parmi les conseillers généraux. En 2005, les élus territoriaux peinent à imaginer un système institutionnel de régionalisation et privilégient une approche fonctionnelle. S'il fallait dégager une tendance, les élus territoriaux privilégieraient plutôt le scénario « déconcentration » de l'agence régionale de santé. Toutefois, son contenu et son fonctionnement ne sont pas précisément décrits et les termes d'ARS ou de Conseil régional de santé ne recouvrent pas toujours la même idée. On peut retenir deux points communs à la plupart des propositions : la volonté d'associer l'ensemble des acteurs régionaux, y compris les collectivités territoriales, et la volonté d'intégrer les différents enjeux constitutifs de la politique de santé, notamment les soins, la prévention et l'information. Pour analyser le sens de la régulation régionale que ces élus préconisent, nous nous appuyons sur un rapport du Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (Gris) de l'Université de Montréal, qui envisage la décentralisation selon trois scénarios : le scénario de la délégation, qui repose sur une ligne hiérarchique claire

entre les niveaux central, régional et local ; le scénario interactif qui s'appuie sur les réseaux d'acteurs ; le scénario démocratique fondé sur la participation des citoyens à la formulation de la politique publique. Ce dernier scénario correspond à une approche participative qui est encore peu utilisée en 2005, à l'exception de la procédure de détermination des priorités régionales de santé (conférences régionales de santé). Certes, les élus posent le principe d'une plus grande participation des usagers pour l'avenir, mais ils soulignent surtout les difficultés pratiques de la participation. Les préférences pour l'égalité entre les territoires et pour une territorialisation qui favoriserait la coordination entre les acteurs de la politique de santé, que nous venons de décrire, se rapprochent du scénario de la délégation et du scénario interactif. Alors que le poids de la délégation -c'est-à-dire d'une relation hiérarchique entre le central et le régional- dans la régulation de l'offre de soins est actuellement fort, les entretiens soulignent que les préférences vont vers plus de régulation par interactions entre les acteurs régionaux. Dans ce modèle, le rôle du niveau central consiste surtout à déterminer « les balises à l'intérieur desquelles se déroulera le jeu de la négociation et de l'échange ». Il revient ensuite aux acteurs du niveau régional de formuler des priorités et d'élaborer des stratégies de mise en oeuvre de la politique de santé au cours d'un processus de négociation. Ce scénario de décentralisation repose donc sur la constitution d'un réseau des acteurs de la politique de santé, dans lequel l'instance régionale cherche à « favoriser l'émergence de coalition, c'est-à-dire à favoriser les interactions et la négociation ». Ainsi, ce qui semble se dessiner, c'est un schéma de décentralisation fonctionnelle, dans lequel l'État aurait pour rôle de garantir l'égalité entre les territoires, les acteurs régionaux déterminant leurs stratégies pour la politique de santé dans leur territoire.

Conclusion

Comment, partant de cette situation où les élus territoriaux souhaitent contribuer à la politique de santé sans en porter toute la responsabilité politique et financière, est-on parvenu à une situation où la politique de santé est décentralisée ? Les élus n'ayant pas tranché eux-mêmes la question, c'est l'État qui s'en est chargé avec la loi de dévolution régionale de 2015. Cependant, l'analyse des positions d'élus territoriaux déjà impliqués dans des politiques de santé en 2005 suggère quelques réponses. Pour s'approprier la compétence santé, même à titre de partenaire ou à titre subsidiaire, les élus ont souligné la nécessaire cohérence de la politique de santé, des soins à la prévention, en passant par l'information. Ils se sont appuyés sur une conception élargie de la santé leur permettant d'utiliser leurs compétences à des fins d'amélioration de la santé de la population. Cela a entraîné des changements en termes d'organisation, puisque la transversalité des enjeux nécessitait des efforts de coordination entre les acteurs. En 2025, les Conseils régionaux assument la responsabilité politique et financière de la politique de santé, mais la négociation et la coordination entre les acteurs locaux sont toujours des principes du fonctionnement des politiques régionales de santé.

DÎNER ANNUEL DES ANCIENS DE LA PROMOTION 2005 DE L'INTERNAT DE RENNES

Un restaurant à Rennes, où le groupe se retrouve pour sa réunion annuelle, comme d'habitude depuis leur sortie d'internat il y a vingt ans.

Personnages

Sept anciens internes et cinq conjoints ; sur les sept médecins, quatre viennent de la même région (celle où ils ont fait eurs études) et les autres de trois régions différentes.

Nicolas : *Médecin généraliste à Lannion, chargé de la négociation de la convention régionale en tant que représentant des médecins à l'union régionale des professions de santé*
Épouse, *Laure* : kinésithérapeute

Émilie : *Cardiologue au CHU de Brest avec un cabinet en ville*
Époux, *Damien* : consultant en ressources humaines

Vincent : *Spécialiste, chirurgie générale, Lens*
Épouse, *Charlotte* : dentiste

Clara : *Médecin généraliste, Rennes, dans une grosse unité de santé (US), en l'occurrence, une maison du bien-être*

Rafaël : *MEP, 100% libéral, Paris puis Lyon (acuponcteur, homéopathe)*

Marie Caroline (*femme au foyer*), *ex psycho-motricienne de formation (pas d'expérience professionnelle)*. Organise des séminaires de relaxation-sophrologie dans le Lubéron. Sa fille, *Victoire* vient de terminer ses études de médecine et consulte internet pour trouver un poste. Son copain, *Antoine* ne veut pas la suivre si elle choisit de s'installer en rural.

Sarah : *Médecin généraliste rural Pyrénées Atlantique.*
Époux, *Alexis* (ébéniste) : mère médecin

Adrien : *Médecin généraliste, rural dans le Finistère à Carhaix.*

Laure : Salut tout le monde, désolée du retard ! Je suis toute seule parce que Nicolas est en négociation sur la convention et j'ai l'impression que ça va durer un certain temps avant qu'ils arrivent à s'entendre sur cette fameuse déclinaison régionale... Mais il va venir, hein !

Marie-Caroline : Oh oui, comme d'habitude, pour le désert... ! Tout ça pour des discussions qui ne servent à rien ! En plus, cette déclinaison régionale, franchement, je n'en vois pas l'intérêt. Quand on voit les différences qui existent dans une même région ! Regardez ma fille, *Victoire* vient de terminer son internat à Lyon et elle cherche un poste dans la région : en épluchant les fiches de poste sur le site internet Rhône-Alpes (chez nous c'est très bien organisé pour ça), elle a vu tout et son contraire. Vraiment ! En fait, tout dépend de la localisation du cabinet. Dans les campagnes, c'est terrible : les médecins doivent s'engager à suivre TOUS les diabétiques dans leur clientèle alors qu'en ville, ce sont les spécialistes qui les suivent ! Pareil pour les politiques de prévention... Elle

qui voulait travailler comme ses copines qui sont en ville à 30H/ semaine ! Et puis, si elle prend un poste à la campagne, c'est *Antoine* qui va être content : il ne va jamais la voir. Parce qu'il faut pas rêver : il ne trouvera jamais un poste d'ingénieur de recherche au fin fond de l'Ardèche ! Enfin, je suppose qu'au moins elle serait mieux payée à la campagne...

Adrien : Ça, c'est pas sûr. Ça dépend vraiment des cas. Parfois, les médecins sont à 100% salariés. Dans certains cas, c'est l'unité de santé qui perçoit le total des actes de tous les médecins de l'unité et ensuite, seulement, ils se partagent le gâteau. Enfin, après avoir payé toutes les dépenses de fonctionnement et les salaires des autres professionnels de santé, le secrétariat et le manager, bien sûr. Et il y aussi des unités qui font un peu des deux, comme les commerciaux avec un fixe et un intéressement. J'ai même vu une unité de santé qui distribuait des stocks options à ses membres ! Alors tu vois un peu, tout est possible dans une même région ! Sous réserve bien sûr que ça rentre dans la convention régionale



que ton mari, ma chère Laure, est en train de nous négocier avec brio !

Damien : Tiens, en parlant de manager ? C'est un bon plan, ça ? Il fait quoi au juste ? Et il a quoi comme formation ?

Vincent : Écoutez-le un peu, notre « consultant en ressources humaines » ! Tu cherches de nouveaux clients ou quoi ?

Clara : Eh bien, ce ne serait pas une mauvaise idée, figure-toi ! A Rennes, moi je suis dans une maison du bien-être et c'est plutôt intéressant comme poste. Le manager, chez nous, c'est un ancien infirmier qui a suivi un Master de management des organisations de santé. Ceci dit, c'est plutôt une exception. Pour la plupart, ils ont une formation initiale sans lien avec la santé. D'ailleurs, Marie-Caroline, c'est avec un manager que Victoire devrait discuter pour faire ses choix : c'est lui qui gère tous les contrats individuels entre la maison et ses membres. En fait, il s'occupe de tout... quand je pense à mon père et sa paperasserie ! Il va même jusqu'à nous rappeler les dates pour nos dossiers de certification ! Et il gère les conflits individuels quand il y en a !

Rafaël (ironique) : Ah oui... il y a des conflits... Surprenant, j'aurais jamais cru !

Clara : Moque-toi Rafaël... Vous avez lu le dossier spécial de la revue "Innovation et Santé publique" pour fêter l'ouverture de la 500ème maison du bien-être le mois dernier ? Moi, je me suis bien marrée : un bon copain a été interviewé et il a parlé des bienfaits des relations confraternelles et tout le blabla habituel... ça a peut-être un avantage dans le boulot, mais faut quand même pas exagérer ! Ça ne les empêche pas de se bouffer le nez régulièrement !

Damien : Et ton manager, alors, il est en relation avec le niveau régional ?

Clara : C'est le moins qu'on puisse dire ! En fait, c'est lui qui s'occupe de la négociation et du respect du contrat avec l'autorité régionale. Et à mon avis c'est vraiment le plus important dans son travail... Il recalcule ce qui est dû sur la base de la capitation et les sommes allouées pour les objectifs quand ils sont atteints.

Damien : Mais, concrètement, c'est quoi, ces objectifs ?

Clara : Alors ça, ça dépend vraiment de l'unité de santé et des besoins de la population couverte : chez nous, par exemple, on s'est engagé sur le taux de couverture vaccinale des enfants, et sur le dépistage du cancer du sein...

Damien : Et ils sont vraiment capables de vérifier que les objectifs sont atteints pour vous payer ?

Clara : Tout à fait ! Il y a une évaluation avec des indicateurs de performance prévue dans le contrat et en plus des vérifications aléatoires. Et leurs protocoles d'évaluation sont très fins, très détaillés. Donc c'est risqué de tricher : ça peut coûter cher et maintenant, c'est l'autorité régionale qui sanctionne. Il y a même des indicateurs de qualité et de satisfaction des patients. On compte, dans les réclamations des patients au médiateur régional, celles qui sont réglées à l'amiable et celles qui vont devant les tribunaux.

Adrien : Ouais, enfin, les managers, c'est bon pour les

grosses unités de santé ! Moi j'exerce seul et mon unité de santé est trop petite pour que je paye un manager !

Clara : Mais pourquoi tu ne t'es pas mis en groupe ?

Adrien : Ben t'es gentille, ma grande, mais quand tu es le seul médecin à vingt kilomètres à la ronde...c'est plus dur ! Ceci dit, comme je suis rémunéré au forfait sur les services rendus à la population et qu'en plus, j'ai bénéficié des primes régionales d'incitation à l'exercice rural, j'ai quand même pu recruter une secrétaire médicale et deux infirmières. Le luxe ! La secrétaire prend en charge les renouvellements d'ordonnance, les deux infirmières se partagent le programme de prévention contre l'alcoolisme et le suivi de l'hypertension artérielle et du diabète. Pour la permanence des soins, heureusement, il y a des équipes de volontaires organisées par l'autorité de santé sur les territoires définis par le SROS et je ne suis réquisitionné qu'en cas de congestion. Mais n'allez pas croire que je me la coule douce, je bosse quand même mes 50 heures par semaine !

Vincent : Je ne comprends pas : ils n'ont pas mis d'incitations assez fortes pour attirer les médecins à Carhaix ?

Adrien : Ben tu sais, moi je suis célibataire, alors ça va, mais quand il faut déplacer toute la petite famille, c'est une autre histoire. Il faudrait construire des cinémas, des théâtres, des écoles...

Vincent : Chez nous, dans le Pas-de-Calais, ils ne se sont pas trop mal débrouillés... je ne sais pas s'ils ont créé des "réserves à blondes" en pleine campagne, mais les médecins sont venus !

Sarah : C'est malin ça encore... Ce serait pas plutôt parce qu'ils ont empêché les jeunes d'exercer en ville dans le Nord-Pas-de-Calais ? En tout cas, dans les Pyrénées Atlantiques, il n'y a rien de tout ça. Le seul truc, c'est le numerus clausus régional !

Charlotte : Ça n'a pas l'air de te satisfaire, mais c'est pas rien ce numerus régional ! Il y a vingt ans à cause du numerus clausus national, j'ai été obligée de choisir dentaire. Aujourd'hui, j'aurais peut-être choisi de faire des études de médecine à Limoges parce que là-bas, comme ils manquent de médecins, le numerus clausus régional est super élevé. Bon c'est sûr qu'après, c'est difficile de quitter Limoges quand tu as déjà passé entre 8 et 10 ans dans une région... souvent tu trouves un mari sur place !

Alexis : C'est sûr... Ma mère était généraliste à Tulle : on peut pas dire que les patients pouvaient vraiment choisir leur médecin là-bas... Aujourd'hui ils sont obligés de s'inscrire auprès d'une unité de santé mais faut pas se leurrer ça n'a pas changé grand chose : il n'y a toujours pas le choix.

Damien : Enfin ça dépend parce qu'à Brest, par exemple... (Alexis commence à bondir de sa chaise)

... oui bon, je sais, t'énerves pas, il y a plus de médecins et plus de choix à Brest qu'à Tulle ! La preuve, on a des potes, ils étaient dans une unité de santé branchée médecine du sport et kiné, mais depuis qu'ils ont des gamins, ils ont changé et ils sont inscrits auprès d'une unité plus orientée « bébés » qui a engagé une puéricultrice super compétente : imaginez

un peu, elle leur envoie des mails pour leur rappeler les dates de vaccination des enfants.

Rafaël : Eh bien chez moi, au moins, les patients n'ont pas besoin de s'inscrire. Je suis en pur libéral ! Et je suis bien plus tranquille : pas de contrat, pas de sécu, pas de contraintes !

Charlotte : Oui mais vu ce qu'ils payent, tes patients, ils ont intérêt d'avoir un compte en banque bien garni ! C'est facile quand on soigne des mamies qui sont stressées par la dépression de leur caniche !

Laure : Ah ! mais voilà mon homme ! Toujours au bon moment ! Alors mon amour, cette négociation ?

Nicolas : Ben je crois que j'ai bien mérité un petit verre de blanc !

Adrien : Alors, raconte un peu, vous avez négocié quoi pour le financement des innovations ? Le projet pour « baguer » les patients cardiaques tu crois qu'il va pouvoir passer ?

Marie-Caroline : Tu veux baguer tes patients toi ? Tu les prends pour des tourterelles ou quoi ? On est en plein délire avec vous autres !

Adrien : Ce que j'aime chez toi Marie-Caro c'est ton sens de l'humour !

En fait, il s'agit de proposer aux patients cardiaques, et notamment à ceux qui habitent dans des zones reculées ou qui ont des difficultés pour se déplacer, de porter une bague de monitoring qui enregistre leurs paramètres vitaux. En cas d'anomalie, ces paramètres sont envoyés par satellite automatiquement et l'information est ensuite traitée par le logiciel « Cardéval » qui alerte l'infirmière responsable. Elle a le choix alors entre les différentes prises en charge protocolisées qui ont été mises au point en fonction des caractéristiques des patients, leurs coordonnées GPS, leur médecin traitant... En fait, où qu'ils soient, on peut les localiser et déterminer la structure de santé la plus proche en fonction de la gravité.

Émilie : C'est vraiment un super projet, vous savez, mais c'est vrai que quand on a mis tout ça au point avec le CHU et les unités de santé, on ne savait pas trop si ça allait passer... La convention nationale était un peu ambiguë, c'était pas gagné qu'on puisse utiliser l'enveloppe innovation régionale pour autre chose que l'équipement... et le projet, il tient pas si on ne peut pas rémunérer l'infirmière en télétravail.

Clara : On est loin des FAQSV de 2005 qui n'étaient même pas pérennes. Je me souviens d'un de mes maîtres de stage qui, à l'époque, participait à un réseau d'éducation des patients à l'auto-suivi de leur tension artérielle en Bretagne. Au bout de trois ans ils n'ont plus eu de financement... Le projet aivoté avec du bénévolat et après quelque temps, il est mort de sa belle mort !

Nicolas : Rassurez-vous, ça a été dur, mais on y est arrivé ! On a obtenu tous les financements nécessaires au projet.

Laure : Merveilleux ! Si on levait notre verre en l'honneur de la nouvelle négociation ?

Sarah : J'espère que vous avez mieux négocié que dans les Pyrénées Atlantiques, parce que nous, on doit faire un dépistage d'au moins 40% des personnes susceptibles de déve-

lopper une pathologie du canal carpien et c'est lourd dans la pratique quotidienne !

Nicolas : Attention ! Tu confonds tout Sarah ! C'est pareil dans toutes les régions ça... C'est dans la convention nationale, on ne négocie rien là-dessus !

Nicolas : Les trois. Mais ce n'est pas si compliqué que ça en a l'air ! Quand une unité de santé passe un contrat avec l'autorité régionale, il y a une partie des objectifs et des indicateurs qui sont imposés dans la convention nationale, une partie dans la déclinaison régionale que je viens de négocier, et, enfin, une partie qui est propre à l'unité de santé en fonction de ses priorités et des programmes qu'elle veut mettre en place.

Damien : Tu ne vas quand même pas nous faire croire que tout se passe aussi simplement. Je veux bien qu'il y ait un système à trois étages mais cette négociation avec l'autorité régionale de santé ne doit pas toujours aller de soi.

Nicolas : C'est quand même plus facile de négocier régionalement. Je n'ai jamais participé aux négociations nationales mais d'après ce qu'on m'en a dit, ça n'a pas l'air triste : nuits de négociations, suspensions de séance, accord à l'arraché au petit matin... Au niveau régional, à partir du moment où on propose des projets fondés sur des vrais besoins et qui sont d'un coût efficace... La directrice régionale cherche à suivre financièrement, et en tous cas donne une réponse claire. C'est une femme très ouverte, très compétente. Et puis c'est moins politisé qu'au niveau national, on peut plus facilement viser des résultats à moyen et à long terme. On est sorti de la dictature des résultats financiers à court terme !

Sarah : Et avec les autres professionnels de santé ça se passe comment ?

Nicolas : Une fois que nous autres, les médecins, nous acceptons de travailler dans le cadre de relations moins hiérarchisées et que nous reconnaissons les compétences des autres professionnels, tout se passe bien. Dès qu'il y a des enjeux financiers ça se tend toujours un peu. Mais là, avec la mise en place de nouveaux indicateurs de qualité, qui intègrent la satisfaction des patients, et la priorité donnée au salariat, on limite les risques de conflit. En tous cas, je vois bien la différence : depuis la mise en place de l'union régionale des professions de santé on est bien obligé de travailler ensemble en abandonnant les étiquettes syndicales. Alors que dans les anciennes unions régionales de médecins libéraux c'était la guéguerre permanente entre les différentes organisations, qui de toutes les façons étaient les seules à négocier.

Vincent : Bon, assez parlé boutique, je propose qu'on passe à autre chose ! Qu'est-ce que vous en dites, on trinque et on commande ? Vous faites quoi pendant les vacances ? Et toi, Marie-Caro, quand est-ce que tu nous invites tous dans ta super maison "Born again" dans le Lubéron ?



CONCLUSION

La tonalité de ce rapport mériterait un épilogue. Celui-ci ne pourrait être écrit qu'en 2025, au vu de la réalité d'alors. Le groupe a donc choisi d'émettre six recommandations, susceptibles de répondre aux défis de la santé et des territoires.



LES SIX RECOMMANDATIONS DE POLES

Evolution de l'offre de soins

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.

La spécialisation de l'offre de soins (tant des personnels soignants que des matériels) est inéluctable mais bénéfique, malgré la concentration territoriale à laquelle elle conduit. La nécessité d'une prise en charge de qualité à proximité des patients s'impose également. Devant ce double constat, le groupe Poles préconise de renforcer et d'accélérer la démarche de territorialisation de l'offre, contenue dans l'actuel schéma d'organisation sanitaire. Assurer un continuum de soins signifie « déstructurer » l'actuel système d'offre, basé aujourd'hui quasi-exclusivement sur les entités juridiques et géographiques des établissements de santé, pour organiser et financer de véritables filières et réseaux.

2. Affirmer le rôle majeur des régions dans une démarche de planification ouverte sur la base d'appel d'offres et de délégation des tâches.

Les autorités régionales en santé doivent définitivement abandonner toute posture de tutelle, tant sur l'hôpital que sur l'ambulatoire, pour s'engager résolument dans des appels d'offres « de soins », définis par un cahier des charges médical, médico-social et territorial. Cela suppose une (r)évolution culturelle (et partant juridique) profonde, de sorte que l'appareil normatif cède le pas au principe du contrat évaluation. Par ailleurs la délégation des tâches entre les différents intervenants dans l'acte de soins (médecins, infirmières, aides-soignantes, etc..) doit être systématisée en tenant compte de la diversité des situations territoriales en termes de moyens humains, techniques et d'habitudes sanitaires.

Le système de régulation

3. Choisir résolument la régionalisation selon un principe unique mais des modalités diversifiées :

En dépit du reflux, momentané et paradoxal, de l'orientation décentralisatrice en matière de santé, constaté depuis quelques années, le groupe Poles est convaincu, en prospec-

tive, de la pertinence de la responsabilité des Régions sur les politiques de santé. Ce principe simple doit aller de pair avec la possibilité de diversifier les modes de gestion, ce qui permet d'articuler par exemple décentralisation et agence régionale de santé.

4. Recentrer le rôle de l'Etat sur l'évaluation et la péréquation :

Véritable corollaire du principe de décentralisation, l'Etat stratège en matière de santé doit être un législateur économe, établir une péréquation durable, lisible et démocratiquement débattue et, enfin, évaluer les politiques régionales et locales. Edictée aussi clairement, cette évolution relève plus du « centrage » que du recentrage car l'appareil d'Etat n'a jusqu'ici jamais exercé ces prérogatives.

Les jeux d'acteurs

5. Privilégier le niveau régional dans les négociations avec les professionnels de santé :

Les nombreuses réformes du secteur sanitaire se sont toutes appuyées sur des négociations nationales malgré des résultats peu probants. Prenant acte de l'inefficacité de cette méthode, le groupe préconise qu'une très large part des négociations soit régionalisée ; seuls les principes d'universalité, d'accessibilité, de faculté contributive (minimum de participation demandé à la région et au patient) seraient du ressort national, la déclinaison, la mise en oeuvre et l'évaluation se faisant régionalement.

6. Conforter la légitimité du politique en santé :

Partiellement à contre courant d'une orientation favorable à l'émergence d'une démocratie sanitaire spécifique, le groupe pense préférable que la démocratie politique s'empare de la santé. Les relations actuelles entre politique et santé sont largement empreintes de méconnaissance, de défiance et surtout d'irresponsabilité. Démocratiser, au sens politique, la santé, ne peut passer exclusivement par une délégation expresse aux usagers et à leurs représentants, nonobstant leur rôle majeur et indispensable de contre-pouvoir.