

Évolution des politiques régionales : l'agence régionale de santé en perspective

Les réformes de la politique régionale, introduites par la loi de santé publique en préparation, pourraient être le préliminaire d'une politique régionale articulée autour de l'agence régionale de santé succédant aux ARH.

« Il ne s'agit pas de décrire l'avenir, mais de le permettre »

Antoine de Saint-Exupéry

Le système de santé français se cherche ou, devrait-on dire, se REcherche. Alors qu'il avait atteint sa pleine maturité, largement nourrie par un dispositif de valeurs conçu pour l'essentiel après la guerre, il doit désormais s'adapter à de nouvelles exigences, ou de nouveaux enjeux. Les attentes croissantes de nos concitoyens, une approche des professions médicales et des pratiques revisitées à l'aune de la modernité sociale et technique, un contexte économique qui requiert la vigilance sont autant de raisons qui invitent à repenser un dispositif qui s'esouffle.

Réguler le système de santé en termes de qualité et d'efficacité, d'équité, de maîtrise financière et faire partager ces préoccupations par l'ensemble des acteurs : là est le véritable enjeu des réformes de demain. Dans cette perspective, la création d'une autorité, l'agence régionale de santé (ARS), fédératrice des compétences institutionnelles régionales existantes, interlocuteur unique des professionnels de santé qui se reconnaissent à travers ses missions, s'imposera tôt ou tard¹.

Non pas tant pour répondre à cette tentation permanente de stratifier davantage l'administration alors même que la tendance est à la simplification, mais précisément pour porter et amplifier une politique de santé aux multiples facettes.

En effet, trois notions communément admises en France comme à l'étranger fondent aujourd'hui l'évolution des politiques régionales.

- La région est le bon niveau territorial d'observation, de conception, de mise en œuvre d'une politique globale, permettant de décliner les priorités nationales prenant en compte les réalités locales, de traiter de problèmes spécifiques, de veiller à la qualité et à la pertinence du système de santé.

- La santé est le bien individuel et collectif qu'il convient d'améliorer et de préserver, ce qui demande, bien sûr, d'optimiser l'organisation du système de soins, mais aussi de s'intéresser aux nombreux déterminants de la santé, à la prévention et à l'éducation pour la santé, au travers des priorités affichées d'une politique de santé publique.

- Les dépenses de santé ne peuvent que croître, du fait du vieillissement de la population, des avancées techniques et du coût de l'innovation, du recours plus fréquent aux soins. Leur évolution peut être freinée par une plus grande responsabilisation de tous les acteurs, des usagers citoyens et des élus, mais aussi des professionnels dans une problématique d'évaluation des besoins et des pratiques, de rationalisation de l'offre et de la consommation des biens et services médicaux sous responsabilité financière.

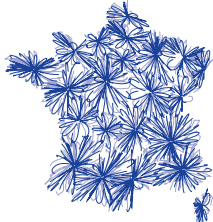
Les principales missions des ARS² pourraient être :

- Coordonner les institutions existantes en développant leurs synergies.

Alain Garcia
Directeur de l'ARH Aquitaine

1. Cette autorité régionale serait le représentant unique du ministre de la Santé et de l'Assurance maladie.

2. Les missions spécifiques aux ARH comme la mise en œuvre du Plan hôpital 2007 sont implicites.



● Organiser les professionnels en réseaux coordonnés et gradués assurant une prise en charge globale des personnes et des problèmes de santé, évaluant leurs pratiques autour de l'amélioration de la qualité et de la réalisation des objectifs contractualisés avec l'ARS.

● Associer les usagers et les élus.
● Rendre compte au niveau national de la déclinaison des priorités nationales de santé, et au niveau régional de la prise en compte des problématiques locales.

● Préserver la santé des plus démunis et des exclus.

● Coordonner les actions avec les autres acteurs de santé, du social et du médico-social. Dans ce cadre, assurer la représentation et la coordination de l'action publique en matière sanitaire avec les collectivités locales en charge du médico-social.

● Évaluer les actions entreprises, sous les prismes du médical et de l'économique, en rendant compte de la gestion d'un Ondam, dont la part régionale doit servir de repère et d'indicateur d'efficacité.

● Contractualiser avec le ministre de la Santé et de la Protection sociale sur des objectifs de progrès pour la région.

Initiée en France avec la loi de 1991 et les schémas régionaux d'organisation sanitaire, la régionalisation du système de santé s'est renforcée avec la création des unions régionales de médecine libérale et les conférences régionales de santé, l'élaboration et la mise en œuvre des programmes régionaux de santé. Les ordonnances de 1996 ont accentué ce processus avec la création des agences régionales de l'hospitalisation (ARH) et des unions régionales des caisses d'assurance maladie (Urcam), conduisant à une gestion unifiée de l'hospitalisation publique et privée placée sous l'autorité de l'ARH et une politique régionale du risque coordonnée par l'Urcam.

Dans ce contexte, les ARH représentent un modèle original de déconcentration par les importantes responsabilités qui leur sont accordées ainsi qu'à leurs directeurs. Il s'agit d'une administration de mission qui fédère les valeurs et les compétences des services déconcentrés de l'État et des services régionaux de l'assurance maladie, dans une approche qui se veut moins hiérarchique, plus réactive, plus animatrice qu'une « tutelle » classique, et dans un potentiel d'actions synergiques et partenariales qui gagnerait à s'élargir. Mais il convient de souligner l'adhésion et la contribution essentielle des membres constitutifs et des hospitaliers publics et privés dans la reconnaissance du rôle de cette nouvelle insti-

tution. La crédibilité d'une autorité régionale de régulation et de coordination en santé est aujourd'hui reconnue, et donne le désir d'aller plus loin, en élargissant le champ de compétences des ARH.

Encore en débat parlementaire, le projet de loi relatif à la politique de santé publique réaffirme l'engagement fort de l'État dans la définition d'une politique nationale de santé publique et sa déclinaison régionale, prenant en compte les spécificités locales.

Ces missions seront confiées au groupement régional de santé publique (GRSP), nouvelle institution qui coordonne l'action de l'ensemble des financeurs : l'État, et les agences nationales (comme l'Institut national de veille sanitaire et l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé), l'ARH, l'Urcam et la caisse régionale d'assurance maladie, mais aussi la région et les collectivités territoriales intéressées. La conférence régionale de santé publique, temporairement supprimée, est ainsi rétablie.

Certains auraient souhaité qu'on aille plus vite dans la constitution d'une agence régionale de santé, ou y voient une complication de l'organigramme régional institutionnel. Mais le GRSP s'inscrit comme une étape devant conduire aux ARS quand sera engagée la réforme de l'assurance maladie. C'est cette lecture que l'on peut faire dans l'exposé des motifs de l'article 5 du projet de loi.

Le bon sens prévaudra

En effet, le concept d'ARS s'imposera à l'avenir par la nécessité de rapprocher l'offre de soins et la santé publique, et d'impliquer davantage les professionnels de santé, hospitaliers et libéraux dans les actions de prévention et d'éducation pour la santé.

Le concept d'ARS s'imposera également par la nécessité de rendre opérationnelle la santé publique, de reconnaître comme partenaires les associations et les professionnels impliqués, et de rendre lisible cette politique pour le citoyen ! Les ARH ont largement démontré leur savoir-faire en matière de mise en œuvre de priorités de santé publique et sont l'instrument opérationnel d'une telle mission.

Dans cette perspective, les schémas régionaux d'organisation sanitaire de troisième génération (Sros) se déclineront par territoires à partir des besoins appréhendés au niveau des bassins de population. Ils ont vocation à déborder les seuls problèmes sanitaires pour aborder les problématiques de santé, avec tous

les intéressés. Une expérience menée dans le Lot-et-Garonne, dans le bassin d'Agen Nérac, montre que c'est non seulement possible, mais souhaité par tous les intervenants et par la population, et réalisable.

Mais l'urgence, à travers l'ARS, consiste à redonner du sens à la médecine ambulatoire, à reconnaître sa mission essentielle de premier recours et de proximité, de même que sa part de responsabilité dans la qualité et l'efficacité du système de santé, à travers l'évaluation des pratiques et le développement de la prévention. Ces engagements seraient contractualisés et financés forfaitairement, à partir d'enveloppes régionales spécifiques qui pourraient abonder les futures missions d'intérêt général et d'accompagnement des contrats (Migac) mises en place avec la tarification à l'activité des établissements de santé publics et privés. Dans ce contexte, la régulation conventionnée assurée par le niveau central (Cnamts) continuerait à garantir un même remboursement des prestations médicales sur l'ensemble du territoire national, tandis que le niveau régional reconnaîtrait les missions particulières de chaque médecin. Aussi, ce rôle majeur du médecin libéral comme maillon dans la chaîne de soins, de partenaire du réseau devrait être pris en compte dans les futurs Sros. Autre avantage, cette reconnaissance viendrait heureusement compléter le dispositif national d'augmentation négociée des honoraires, et renforcer sa spécificité, en appréciant plus précisément les difficultés de certains exercices de terrain.

Ces futures ARS devront associer et fédérer l'État, l'assurance maladie et la région. Elles s'inscrivent dans le cadre d'une « décentralisation fonctionnelle » fondée sur la large autonomie d'une autorité régionale spécifique qui préserve la garantie, qu'apporte l'État, d'une égalité d'accès des citoyens à la santé, dans le respect de la rationalité médico-économique défendue par l'assurance maladie pour sa gestion du risque.

Une participation plus grande de la région est fortement souhaitable, tant par la légitimité qu'apportent les élus régionaux dans les politiques conduites que par l'intérêt qu'ils peuvent et doivent porter au poids économique et politique que représentent la santé et ses développements, dans tous ses aspects comme, par exemple, l'aménagement du territoire dont ils sont les légitimes défenseurs.

Sont concernés comme champs possibles et immédiats d'intervention :

- la formation professionnelle,

- les aides à l'installation des professionnels dans les zones déficitaires,

- la participation aux investissements hospitaliers restructurant et le financement des équipements lourds,

- le développement des technologies de l'information et de la communication et de la télé-santé, ainsi que des technologies innovantes,

- et, d'une manière générale, les actions de santé publique cherchant à résoudre les problèmes de santé particulièrement prégnants dans la région.

Ultérieurement, et progressivement, la décentralisation pourrait accorder plus de prérogatives aux instances régionales, notamment en terme de financement. Mais il convient de noter, à travers les exemples étrangers, que la majorité des systèmes de santé évoluent sans cesse entre décentralisation accentuée dévolue à des niveaux de plus en plus restreints (comme les municipalités, voire, par exemple en Angleterre, à des réseaux de professionnels organisés en « groupes de soins primaires » ou « *Primary care trusts* ») et réaffirmation de l'autorité centrale qui cherche à limiter les dérapages en accès aux soins et en dépenses. À cet égard, les corrections qui seront apportées les prochaines années dans la régionalisation de la santé en Espagne et en Italie seront certainement instructives.

La forme juridique qui sera donnée à la constitution de l'ARS dépend de choix politiques, notamment du rôle et de l'organisation futurs de l'assurance maladie ; mais l'efficacité voudra que l'exécutif de l'ARS dispose d'une véritable capacité décisionnelle et de pouvoirs étendus comme ceux que détient aujourd'hui le directeur de l'ARH, nommé par décret en conseil des ministres, aux termes des dispositions du Code de la santé publique.

On peut imaginer qu'à l'instar de l'organisation existant au niveau d'un certain nombre d'établissements (Caisse des dépôts, ART), l'ARS dispose de deux instances, l'une d'échange, de concertation, d'information, appelée « conseil de surveillance », et associant les usagers, les organisations représentatives, des personnalités régionales reconnues et des experts, et une instance de décision appelée « directoire », comprenant trois collègues : l'État, l'assurance maladie et les mutuelles, les élus régionaux. La présidence de ce directoire et la direction de l'agence seraient confiées à une autorité nommée en conseil des ministres.

Il reste à évoquer les relations de l'ARS avec l'organisation territoriale de l'État et le projet de constitution de pôles régionaux

placés sous l'autorité du préfet de région. Indéniablement, trois compétences en lien avec la santé relèvent de l'autorité du préfet, garant de la sécurité des citoyens et de la coordination interministérielle : il s'agit de la santé environnement, de la sécurité sanitaire et de la gestion des crises. Il est trop tôt, à l'heure de cet écrit, pour préciser les modalités de cette articulation, nécessaire au demeurant.

Telles sont les évolutions des politiques régionales à venir : une coordination et implication des acteurs plus grandes, reconnaissant les valeurs, les compétences et les légitimes motivations de chacun. Tant il est vrai que la diversité des métiers enrichit les possibilités d'action, comme, d'ailleurs, elle peut faire perdre ce qui doit rester le fil rouge : la qualité de la santé de chaque usager, ainsi que la qualité de la santé publique citoyenne, qui passent par la performance du système de santé réunissant les acteurs autour d'une même ambition. Tels en sont les enjeux.

L'ARS, conçue sur le modèle des ARH dont le succès est attesté par tous les professionnels concernés, est le bon niveau régional capable de relever les défis et de prendre les décisions coordonnées dont le pays a besoin. ✨

Bibliographie

Avenel Ch., Champion E., Furnon-Petrescu H., Gaeta F., Grivel N., Molet V., Razack J., Rouillon L., Veil S. *La politique régionale de santé*. Séminaire « les politiques de santé », École nationale d'administration. Strasbourg, octobre 2003.

Polton D. *Décentralisation des systèmes de santé – Quelques réflexions à partir d'expériences étrangères*. Credes, 2003.