



À la croisée des chemins

Les mesures proposées pour une nouvelle organisation de la politique régionale de santé sont vécues comme menaçantes par des collectivités territoriales qui s'étaient beaucoup impliquées dans la mise en œuvre d'une culture de santé basée sur la collaboration de tous les acteurs.

Claude Galametz
Vice-président délégué à la santé
au suivi et à l'évaluation du contrat
de plan

En 2004, sera déterminé le sort des politiques régionales de santé par l'installation des groupements régionaux de santé publique, les schémas régionaux d'organisation sanitaire (Sros) de troisième génération, la loi de décentralisation fixant le transfert du médico-social et la formation paramédicale, le renouvellement des conseils régionaux et généraux, une loi de sécurité sociale redéployant les moyens entre les segments de la santé, avec une indispensable clef de lecture régionale.

Une grande frayeur et bien des inquiétudes sont nées de la suppression des conférences régionales de santé dans la loi d'avril 2002 une première fois, et dans le premier projet de loi de santé publique où elles étaient passées à la trappe, avec semblait-il tous les efforts pour faire vivre une politique de santé régionale. Un amendement les a réintroduites, ne supprimant pas pour autant la méfiance des régions devant le peu de cas que l'on avait fait de leurs efforts et de ce qui était une avancée, sinon une réussite. Ministres et hauts fonctionnaires sauront-ils entendre la voix des régions? Accepteront-ils que les «lointaines provinces régionales» les éclairent? Que devraient-ils intégrer?

Un culture de santé est née dans les régions : dans le Nord-Pas-de-Calais en particulier

Quand une conférence de santé connaît une participation de 500 personnes et est suivie par 6 000 à 7 000 acteurs de santé dans une région, il faut admettre que plus rien ne se fera en santé sans tenir compte du discours régional.

Cette culture repose sur l'appréhension des spécificités des données de santé régionale. Quand on apprend que l'on meurt trois ans et demi plus tôt qu'ailleurs, que la prévalence des cancers, des maladies cardio-vasculaires est 20 % supérieure à la moyenne nationale, que le nombre de spécialités est inférieur de 20 % à la norme nationale, on comprend qu'il est inimaginable que le système de santé fasse l'impasse sur le rôle des acteurs de santé du Nord-Pas-de-Calais.

Pour des raisons moins spectaculaires, il en sera ainsi dans toutes les régions françaises.

Le système de santé, à cause des inégalités territoriales, a basculé définitivement dans l'approche régionale pour des raisons objectives de données.

Dès lors que les acteurs régionaux l'ont perçu, ils ont réagi.

Ce fut la mobilisation générale en bon ordre dans le Nord-Pas-de-Calais :

- partenariale : entre services déconcentrés de l'État, assurance maladie, professionnels de santé, collectivités territoriales et associations d'usagers...

- programmatique : autour de six programmes régionaux de santé (PRS) portant sur les deux grandes pathologies (cancer, maladies cardio-vasculaires), ciblant deux publics prioritaires (population précarisée et les jeunes) en focalisant sur deux déterminants (les consommations à risques et le risque environnemental).

Sros, réseau de santé et structuration de la permanence de soins se sont inspirés de cette demande pérenne : financée par des contrats d'objectifs et de moyens pour les établissements hospitaliers grâce à la péréquation

obtenue dans la dotation hospitalière et pour la prévention à hauteur de 6 millions d'euros par an, par un contrat de plan État-région auquel se sont associés l'assurance maladie et l'union régionale des médecins libéraux (Urmel).

Quand un engagement public est à cette hauteur, la « maladie » ancestrale des mesures nationales avec moyens fléchés annoncés, délégués tardivement et partiellement, devient insupportable parce que tout simplement connue de tous...

Les acteurs nationaux auront dorénavant du souci avec les acteurs régionaux de santé dans le Nord-Pas-de-Calais. Ce n'est déjà plus à démontrer : il serait osé de décréter nationalement, étatique et jacobinement des mesures. Le risque serait une perte de temps pour les premiers et d'argent pour les seconds. Que reste-t-il à faire ?

La contractualisation en région est la seule voie pour la santé

Évitons d'emblée le faux débat opposant déconcentration et décentralisation : jacobins d'en haut et jacobins d'en bas ne raisonnant qu'en termes de pouvoir, surtout sur les questions financières.

En région, sauf à y être préparé historiquement comme en Alsace, personne ne demande à gérer le système de santé de manière indépendante et même autonome.

Déconcentration ou décentralisation sont vouées à l'échec inéluctablement si elles sont appréhendées séparément.

Un système de santé ne réussit dans ses objectifs et dans ses rapports aux moyens que s'il répond précisément aux besoins. Or les besoins sont, on le sait assez précisément aujourd'hui, très différents d'une région à une autre.

Dans le Nord-Pas-de-Calais, on sait aussi qu'ils sont très différents d'un bassin de vie à l'autre : les indices de besoin du Boulonnais n'ont rien à voir avec ceux de l'Arrageois.

Les cartes d'indices sanitaires ont été superposées à celles de l'indice de souffrance de la population, établies pour déterminer les zones éligibles à la politique de la ville ; elles se superposent presque exactement, comme se superpose à elles la cartographie des moyens de soins médicaux et paramédicaux : plus les besoins sont grands, moins les moyens sont nombreux.

Nous savions que les maladies étaient au nord et les médecins au sud. Nous avons appris, dans le Nord-Pas-de-Calais, que

lorsque les maladies sont nombreuses, les soignants ont tendance à être ailleurs.

Face à ce constat, il a fallu « tous s'y mettre » et, quand vous voulez faire travailler plusieurs acteurs ensemble, il faut établir une « règle de jeu » : notre règle de jeu a été la contractualisation :

- Contrat de programme : les six programmes régionaux de santé lient tous les acteurs de la prévention et des soins sur des objectifs de santé publique.

- Contrat de financement : dans la prévention, le contrat de plan qui finance des actions et les grands opérateurs régionaux par des contrats d'objectifs.

- Dans le soin hospitalier : contrat avec l'État central par la péréquation interrégionale ; contrat entre l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) et les hôpitaux au travers de contrats d'objectifs et de moyens.

- Contrat de coopération entre les professionnels des soins hospitaliers, avec une coopération inter-hospitalière par bassins de vie et par disciplines de soins, et coopération entre l'ambulatoire et l'hôpital amorcée dans les réseaux de soins.

Tous les acteurs de santé dans le Nord-Pas-de-Calais ont pris l'habitude d'associer leur partenaire à leur gouvernance. L'ARH a associé, dès les Sros de 2^e génération, le conseil régional à ses travaux. La Drass a intégré les collectivités territoriales dans le comité de pilotage de l'observatoire régional des professions de santé. L'Urcam associe aussi les collectivités à sa démarche de construction de réseaux de santé.

Chacun fait ce qu'il a à faire, mais en portant systématiquement son action à la connaissance des autres acteurs de santé.

Un comité régional des politiques de santé a servi de lieu d'échange entre les institutions qui financent et les opérateurs de soins ambulatoires, hospitaliers et de prévention.

Tout allait pour le mieux en Nord-Pas-de-Calais, les différents acteurs ayant trouvé un équilibre, quand la création du groupement régional de santé publique (GRPS), Gip où l'État aurait 50 % des sièges, apparaît comme une nouvelle menace. S'il veut vivre avec les collectivités territoriales, il lui faudra passer préalablement convention avec elles car, au nom du principe de leur libre administration, il n'est pas admissible qu'elles soient sous la tutelle de l'État.

Si le GRPS accepte de contractualiser par convention, : alors les blocages politiques inéluctables seront levés et la régionalisation contractuelle pourra reprendre son chemin

vers des territoires nouveaux : les agglomérations et les pays qui découvrent petit à petit leurs problèmes de santé — un coup de légionellose et voilà les élus de l'arrondissement de Lens sur le pont de la santé.

La contractualisation est le seul moyen d'ordonner la révolution culturelle qui apparaît dans la santé.

La santé fait régulièrement la Une de l'actualité : sur ces vagues surfe aujourd'hui la classe politique qui en a fait, dans le Nord-Pas-de-Calais, une priorité dans ses programmes électoraux.

Tout cela va bien au-delà du débat du financement et de l'expertise sur les pathologies.

Une « feuille de route » commune, bâtie au niveau régional, permettra d'éviter les dérives.

Peu importe le nom de l'institution où sera établie cette « feuille de route », il appartient au représentant de l'État en région d'animer cette concertation en disposant de marges de manœuvre ; l'essentiel étant qu'au travers de l'institution les acteurs de santé régionaux dialoguent, œuvrent en commun avec des moyens identifiés dans le temps et arrêtent les bases du contrat.

Il appartient au niveau national législatif et réglementaire de le comprendre.... enfin... en 2004. ✨