



**POUR UNE REGIONALISATION DU SYSTEME DE SANTE
EN 2025**

OFFRE, REGULATION ET ACTEURS : ESSAI DE PROSPECTIVE

« Version sous embargo jusqu'au 8 novembre 2005 »

RAPPORT DU GROUPE POLES

AVANT-PROPOS

Notre système de santé est au cœur de maintes interrogations. Son efficacité et son coût constituent les priorités qui doivent être prises en compte. Il ne suffit pas d'être bien soigné, encore faut-il que cette performance persévère dans son être, c'est-à-dire puisse être assumée par les financements publics et privés qui la conditionnent. Les autres questions, nombreuses, qui se posent concernent les moyens d'arriver à cette fin économique et sanitaire. Parmi les plus déterminantes, figure la question de l'organisation, et en particulier la question de l'organisation territoriale. Les processus de décentralisation qui ont été mis en œuvre par le pouvoir politique sont irréversibles. La République a mis deux siècles pour admettre que l'Etat central ne dispose pas de tous les moyens pour satisfaire les Français, dans leur vie quotidienne comme dans leurs aspirations citoyennes. L'idéologie jacobine dans laquelle s'était enfermée une République convaincue qu'elle ne pouvait contrarier ses adversaires que par le centralisme, seul porteur de l'intérêt général, a cédé devant les désirs multiples de responsabilisation : il semble admis aujourd'hui que la proximité de la décision est un gage de compétence sur le contenu même de la décision. La démocratie n'est plus seulement une revendication politique mais aussi un élément de l'efficacité. En est-il de même dans l'organisation du système de santé ?

En s'attaquant à cette question, le groupe de projet *Poles* se confrontait ainsi à plusieurs impératifs majeurs : comment organiser l'efficacité sanitaire ? comment l'assurer par des coûts soutenables ? comment rendre un maximum d'acteurs responsables dans des processus démocratiques ?

Face à ces multiples défis, les chefs de projet, Sandrine Chambaretaud et Benoît Péricard, ont décidé, avec l'aval du Plan — ses Commissaires et son Comité d'évaluation — de produire un texte inventif qui constitue une première dans l'histoire du Plan. Je tiens à ce que les rapports du Plan soient davantage lisibles, donc plus courts et adaptés à la nouvelle mission du Plan. La prospective est une discipline qui doit mettre en œuvre l'imagination, l'anticipation et la créativité. Le mariage entre la discipline et *l'indiscipline intellectuelle* chère à Pierre Massé est toujours difficile.

Le texte proposé par le groupe *Poles* est donc novateur. Il reprend avec sérieux les éléments dégagés par les scénarios prospectifs mais il les scénarise. 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... Ce parti pris présente l'immense mérite de nous prouver que la décentralisation de la santé peut fonctionner.

J'encourage ces efforts d'écriture qui facilitent l'accès à nos travaux prospectifs. De nombreuses voies doivent être explorées, en alliant imagination et nouvelles technologies. Le Plan ne sera utilisé que s'il est utilisable et toutes les voies méritent d'être explorées en ce sens.

Dans cette administration française à qui l'on reproche souvent de prendre peu de risques, je suis reconnaissant aux deux co-chefs de projet, Sandrine Chambaretaud, chargée de mission au Plan et Benoît Péricard, Directeur du CHU de Nancy, d'avoir fait converger le risque de la pensée et le risque de l'écriture, davantage pour nous apprendre que pour nous surprendre.

Frédéric TIBERGHEN

Commissaire adjoint

SOMMAIRE

INTRODUCTION – Résumé opérationnel	11
THEME 1 : territorialisation de l’offre.....	17
L’offre de soins de premier recours	
Partis pris.....	19
Dossier thématique de la revue Innovation & Santé publique sur les Maisons du bien-être – juillet-août 2005	21
L’offre de soins hospitaliers au niveau régional	
Partis pris.....	37
Procès-verbal du conseil de surveillance du centre hospitalier universitaire de Licy – le 2 juin 2025	39
L’organisation sanitaire au niveau régional	
Partis pris.....	49
Présentation du SROSDS d’Eduanie lors de la réunion préparatoire à la conférence régionale de santé des citoyens d’Eduanie – mai 2025.....	51
THEME 2 : Régulation et compétences	63
L’agence régionale de santé	
Partis pris.....	65
Compte-rendu du conseil d’administration de l’ARS PACA – le 15 janvier 2025	67
La décentralisation des compétences aux Régions	
Partis pris.....	73
Séance plénière du Conseil régional Nord-Pas-de-Calais – le 7 juillet 2025.....	75
L’allocation géographique des ressources	
Partis pris.....	83
Epreuve du master de Santé publique de la faculté de médecine de Bordeaux - le 14 mai 2025	85
L’évaluation de l’organisation et de l’efficacité du système de santé au niveau régional	
Partis pris	97
Recrutement de deux évaluateurs nationaux	99
THEME 3 : Jeux d’acteurs	103
Déclinaison régionale de la convention médicale et contractualisation avec le médecin	
Partis pris	105
Dîner annuel des anciens de la promo 2005 de l’internat de Rennes septembre 2025	107
Une affaire d’Etat – Les élus territoriaux et la décentralisation de la santé en 2025	115
CONCLUSION – recommandations.....	125
ANNEXES	127
Liste des membres du groupe Poles	129
Liste des personnes auditionnées	131

INTRODUCTION

RESUME OPERATIONNEL

Thématique récurrente, la territorialisation du système de santé a regagné en actualité avec la loi de décentralisation votée en 2004. L'exigence, de plus en plus prégnante, d'efficacité de l'action publique, mesurée à l'aune d'un intérêt général dont la perception est parfois brouillée, appelle à une redéfinition du rôle de l'État et de sa logique d'intervention.

L'esprit de la loi de décentralisation peut être résumé, selon le législateur, au travers de deux idées directrices : proximité et cohérence. La proximité permet aux citoyens de mieux faire valoir leurs préférences et leurs arbitrages par le biais d'outils de démocratie participative – sachant que la proximité favorise la mobilisation des citoyens – ou tout simplement du fait d'une représentation institutionnelle en prise avec les réalités locales. La cohérence naît de la prise en compte de l'ensemble des politiques et de leurs interactions sur un territoire, interactions toujours plus complexes à mesure que l'on s'éloigne de leur lieu d'élaboration.

LA REGION : UNE VIEILLE IDEE...NEUVE

La décentralisation du système de santé, appelée à de nombreuses reprises mais jamais achevée, a déjà fait l'objet de réflexions au sein du Commissariat général du Plan. Dès 1982 les travaux menés autour de Marianne Berthod-Wurmser (La santé choisie, Rapport du groupe « régulation de l'activité et des dépenses de santé » pour le IX plan) abordent cette question. En 1986, elle est de nouveau traitée au sein de l'institution avec le rapport Humbert (Une décentralisation du système de santé, 1986) et, enfin, les derniers travaux prospectifs du Plan sur la Santé (Santé 2010 en 1993 et le Livre Blanc en 1995) préconisaient la création d'agences régionales de santé.

Les travaux du groupe présidé par M. Humbert représentent un témoignage pertinent sur l'état de la réflexion il y a vingt ans ; les termes initiaux du mandat du groupe de travail méritent d'être repris :

« Au cours des dernières années les pouvoirs publics se sont attachés à décentraliser au profit des collectivités régionales, départementales et communales certaines responsabilités ou fonctions exercées par l'Etat. Déjà, dans le cadre des lois du 2 mars 1982, du 7 janvier et du 27 juillet 1983, l'administration et le financement de diverses fonctions d'aide sociale et de prévention sanitaire ont été confiés au département. Mais, à l'exception de ces quelques domaines particuliers, l'organisation générale du système de santé est restée à l'écart de ce mouvement, alors même que les agents ou institutions qui y concourent sont profondément insérés dans la vie locale. La multiplicité de ces agents ou institutions et leur autonomie de fait, liés aux caractéristiques de la médecine française, ont sans doute rendu moins sensible la nécessité d'une décentralisation.

Mais, d'un autre côté, la croissance rapide des dépenses de santé, et en conséquence la difficulté d'assurer l'équilibre financier du système de protection sociale, conduisent à rechercher la mise en oeuvre d'un système de régulation susceptible d'assurer l'utilisation la plus efficace des ressources. La plupart des pays s'attachent à adapter leurs institutions en vue de parvenir à une maîtrise plus satisfaisante du phénomène. Pour la France, ceci implique de déterminer le niveau approprié de responsabilité permettant d'assurer la fonction de régulation.

Une décentralisation du contrôle et du financement des institutions sanitaires peut constituer une des voies d'aménagement du système actuel et un moyen d'harmoniser ces diverses composantes. Telle est l'orientation que le groupe de travail constitué par le Commissariat général du Plan devra étudier de façon approfondie ».

Si ce mandat n'a rien perdu en actualité, il est plus inquiétant de noter que les diagnostics présentés au milieu des années quatre-vingts restent, eux aussi, pertinents :

- centralisation des instruments de régulation et de gestion du dispositif par la puissance publique ;

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

LA COHERENCE TRES RELATIVE DE LA REGULATION SANITAIRE AUJOURD'HUI

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^e 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... Le fait régional, qui consacre la pertinence du territoire régional pour apprécier les besoins, organiser les réseaux, conduire la recomposition de l'offre de soins et arbitrer les moyens financiers, bénéficie aujourd'hui d'un large consensus. 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 restreint 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 (Dousté 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.

LA COHERENCE EST-ELLE NECESSAIRE ?

Malgré son caractère incongru, la question mérite d'être posée : face à un système de santé complexe (les spécialistes de l'organisation ne font-ils pas de l'hôpital l'entreprise la plus sophistiquée ?), ne faut-il pas un système de régulation également complexe ? Pourtant, l'incohérence a un coût, élevé, pour le patient et pour la société. Les trois exemples qui suivent en sont une parfaite illustration.

Urgences et permanence des soins

Les divers responsables nationaux et locaux s'emploient à promouvoir cette terminologie duale : les urgences d'un côté, assimilées à l'hôpital et la permanence de soins de l'autre qui renvoie à la notion de médecin de garde.

De fait, et toutes les études le montrent, urgences et permanence de soins sont deux acceptations d'une même réalité, d'un même besoin de santé, celui d'avoir recours de façon inopinée, à un avis, un conseil ou un soin médical. Or les urgences sont aujourd'hui hospitalières et sont donc régulées par l'Agence Régionale de l'Hospitalisation. La permanence de soins relève du secteur libéral et elle est régulée par un binôme improbable : le préfet (pour l'organisation territoriale) et la caisse d'assurance maladie (pour le paiement des astreintes). Depuis 2004, des Missions régionales de soins sont censées regrouper les ARH et les URCAM, mais ce ne sont pas elles qui ont la responsabilité de fixer le zonage des secteurs de garde. Qui plus est, le Conseil de l'Ordre assure une responsabilité dans cette organisation des secteurs de garde, mission que conteste formellement les Unions régionales de médecins libéraux.

Dans un contexte d'inégalités criantes en termes de répartition territoriale de l'offre médicale, les médecins, libéraux et hospitaliers, ne se privent pas d'utiliser pleinement le patchwork institutionnel pour réclamer des moyens supplémentaires, là où un soupçon de cohérence et d'unicité de la décision seraient sources de grandes économies et d'un meilleur service à la population.

Hospitalisation à domicile

Seuls quelques vieux réfractaires en doutent : à domicile, à condition d'être convenablement suivi (au niveau médical, infirmier et social) les chances de guérison sont meilleures, les infections nosocomiales inexistantes, et les coûts pour l'assurance maladie réduits. Or, malgré les engagements tonitruants des ministres de la santé successifs, encore plus d'un quart des départements français sont dépourvus de places d'hospitalisation à domicile et leur accroissement se fait très lentement. Pourquoi ? Fusent régulièrement des explications sociologiques concernant la culture médicale voire le goût prononcé du patient français pour les charmes de l'hospitalisation classique. Pour quiconque a conduit ou participé à un dossier de création d'hôpital à domicile, l'explication est lumineuse. Aucun acteur de santé – établissement hospitalier ou médecin libéral – et aucune institution de régulation – ARH ou caisses d'assurance maladie – n'ont véritablement intérêt à voir se développer une forme de prise en charge qui ne rentre pas dans une case pré existante et qui remet en cause la sacro-sainte séparation entre sanitaire et social en exigeant souplesse et adaptation.

Prévention et soins

L'OMS le martèle depuis 20 ans : dans les pays les plus développés, le tout curatif a empêché l'émergence de vraies politiques de prévention. Sans partager pleinement cette assertion, parfois teintée d'idéologie, l'observateur de bon sens saisit parfaitement que la prévention et l'éducation sanitaire n'ont pas la place qu'elles méritent dans notre système de santé. Faut-il en déduire pour autant, comme cela est consacré en France depuis la loi de 2003, que des autorités administratives distinctes doivent se voir confier qui les politiques de prévention (ministère de la Santé, préfecture, DRASS), qui l'hospitalisation (ministère, ARH),

qui la médecine ambulatoire (URCAM, caisses locales d'assurance maladie). Peut-on sérieusement prétendre que la compétition institutionnelle est garante d'une cohérence accrue dans la prise en compte des besoins en santé avec des programmes régionaux de santé distincts des schémas régionaux d'organisation sanitaire, élaborés sans réelle concertation ou recherche d'un continuum ?

LES SCENARIOS TYPES

Un présent compliqué peut-il permettre de présager aisément d'un futur simple ? Il est possible de dégager des nombreux travaux menés sur la territorialisation du système de santé quatre scénarios type : la résurrection de la Sécurité sociale, l'an II de la décentralisation, l'agence régionale de santé et le « chariot des desserts »¹.

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 caisses². 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'acte III 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

¹ Déconcentration, décentralisation, régionalisation du système de santé, B. Péricard, Santé et territoire, ed. de l'Aube.

² La loi d'août 2004 a redonné une forme de légitimité à la Sécurité sociale sur le champ ambulatoire (exclusivement) ce qui a permis le retour des administrateurs patronaux dans les caisses de Sécurité sociale. Toutefois, cette loi a aussi entraîné la centralisation des pouvoirs au niveau du Directeur de l'union nationale des caisses d'assurance maladie.

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 comme le démontrent les trois exemples cités plus haut.

LES TRAVAUX DE POLES

Le groupe Poles a choisi d'aborder la question de la territorialisation du système de santé au travers d'éclairages prospectifs déclinés dans trois grands thèmes : **l'évolution de l'offre**, le **système de régulation** et la question des **relations entre les acteurs du système**. Ces thèmes permettent de traiter les principales dimensions de cette territorialisation tout en conservant une grande créativité qui aurait été plus difficile à mettre en œuvre dans un exercice plus général de réflexion sur l'architecture d'ensemble. Le groupe est également convaincu que les choix institutionnels qui seront faits en matière de santé ne résulteront pas seulement de logiques fonctionnelles ou de recherche d'efficacité, mais bien de choix politiques fondamentaux quant à la gestion du territoire et au rôle plus ou moins stratégique de l'Etat.

Fort de cette conviction, les options qui sous tendent les travaux prospectifs du groupe se réfèrent aux trois derniers scénarios évoqués ci-dessus : la résurrection de la sécurité sociale, malgré le sursaut apparent de la loi de 2004 ne nous apparaît pas crédible dans le contexte européen. Le scénario de décentralisation a été privilégié, malgré le faible engouement des élus locaux et régionaux eux-mêmes. Néanmoins, le mouvement de fond que constitue l'évolution décentralisatrice depuis près de vingt ans ne pourra exclure le domaine sanitaire, malgré son poids et ses spécificités.

Le scénario de « déconcentration » a été également exploré (cf : compte rendu d'une séance d'ARS ou d'un conseil de CHU). Plus exactement, le groupe a estimé que le système futur pourrait s'inspirer du modèle espagnol actuel, dans lequel le principe de la régionalisation est posé mais les modalités d'exercice peuvent varier d'une région à l'autre.

Ces scénarios s'ils semblent être avant tout des défis pour les collectivités régionales, le sont tout autant, sinon plus, pour l'Etat lui-même puisque celui-ci devrait alors adopter une posture réellement stratégique, c'est-à-dire se défaire de la tentation permanente de gestion directe (l'épisode actuel de la tarification à l'activité en est une illustration) pour se concentrer d'une part sur l'édiction de principes - tant en matière de santé publique que de financement – et, d'autre part, sur l'exercice de l'évaluation et du contrôle.

Malgré son titre alléchant, le « chariot des desserts » n'a rien d'enthousiasmant puisqu'il est la résultante de non-choix. Néanmoins, il demeure fort plausible que tout ou partie de l'architecture institutionnelle et territoriale du système de santé en 2025 s'inspire encore largement de réalités d'aujourd'hui ; en ce sens, les partis pris de certaines saynètes ne constituent que des projections de l'existant.

Une méthode originale

Le groupe de projet Poles a choisi de sortir des travaux d'expertise conventionnels, du moins dans la présentation de ses résultats. Quantité de rapports ont été consacrés depuis bientôt vingt ans à la question de la régionalisation du système de santé. Poles se situe dans cette filiation mais privilégie délibérément un exercice de simulation de la situation une fois les changements effectués. C'est une posture originale qui repose sur trois séries d'éléments

- Les « partis pris » c'est-à-dire l'ensemble des hypothèses préalables qui donnent sens à la participation et à la prestation des acteurs dont il est rendu compte ;
- Les sujets traités qui sont des éléments représentatifs des nouvelles prérogatives régionales, des liens entre les différents acteurs, de l'articulation entre les différents niveaux de territoire ;
- Le positionnement des acteurs et la gamme de leurs préoccupations.

Les éclairages que nous proposons sous forme de saynètes sont, dans certains cas, incompatibles les uns avec les autres ; c'est tout simplement parce que nous ne choisissons pas un seul scénario, plusieurs pistes étant explorées. Lorsque c'est possible, nous avons essayé de décrire le chemin qui a été parcouru depuis le début du XXI^{ème} siècle : quelles sont les réformes qui ont permis de mettre en place les structures de 2025 ? Comment et pourquoi les positions des différents acteurs ont pu évoluer ? etc.

Certaines questions seront traitées de manière transversale et pourront donc apparaître en filigrane dans différents thèmes : le citoyen consommateur de soins éclairé ; l'Europe et la mobilité des professionnels et des patients ; l'éclosion des milieux innovateurs et l'importance du facteur humain ; l'inscription territoriale de la politique de santé ; l'impact des TIC.

Vertige de la prospective et en même temps caractère foncièrement rassurant de la configuration nouvelle : l'exercice réalisé par Poles permet de se situer résolument dans le futur, une fois évacuées toutes les bonnes ou mauvaises raisons de préserver l'existant ; en même temps, il est évident que les acteurs trouvent rapidement leurs repères dans le nouveau contexte.

THEME 1
Territorialisation de l'offre de soins

L'offre de soins de premier recours

Les partis pris

- ✓ L'offre de soins de premier recours en 2025 est construite en tenant compte d'une part d'un fléchissement de la démographie médicale (par rapport à celle prévalant en 2005) et, d'autre part, d'une politique volontaire de maîtrise des dépenses et d'incitation à la prévention.
- ✓ Le mode d'exercice de la médecine a été profondément modifié : des mécanismes de paiement alliant salariat, capitation et primes ont été mis en place afin de faciliter la coopération entre les professionnels. De fait, l'exercice au sein de groupes rassemblant personnel médical et para-médical s'est largement développé.
- ✓ Les patients sont libres de s'inscrire auprès de la maison du bien-être de leur choix. En revanche, ils ne peuvent généralement pas choisir le professionnel qu'ils consulteront en cas de besoin. La demande auprès des professionnels est régulé en amont afin de « potentialiser le temps médical »
- ✓ Les structures de soins de premier recours offrent une gamme de services très large : consultations, prévention, suivi à domicile...
- ✓ Les professionnels de santé ne prennent pas en charge les tâches administratives : elles sont assurées par un directeur.



Dossier thématique : Les maisons du bien-être

Hors Série – Juillet/Août 2025

Dans ce dossier, nous illustrerons les missions et les services rendus par les maisons du bien-être avec un reportage sur l'activité quotidienne de la maison du pays de l'étang de Crau. Notre rubrique « Chiffres » donne les chiffres clefs de la rémunération des professionnels de santé, de la participation financière des usagers et du financement des maisons de santé. Nous abordons ensuite la problématique de la qualité des soins en nous focalisant sur les outils d'évaluation de cette qualité qui ont été développés et mis en œuvre depuis près de 20 ans. Un entretien avec le docteur Nguyễn, médecin régulateur dans le département des Côtes d'Armor, permet de présenter cette profession parfois peu connue. Enfin, nous concluons ce dossier par une tribune accordée à la présidente du syndicat des professionnels de santé à exercice libéral, le docteur Marieke. Sous la rubrique « Formation », figure enfin une description du Mastere « Management des maisons du bien-être ».

Éditorial

L'ouverture de la 500^{ème} maison du bien-être : retour sur une innovation majeure des années 2010

Reportage

24h à la maison du bien-être du pays de l'étang de Crau

Chiffres

Le revenu des professionnels de santé : vers une diversification des modes de rémunération

La participation financière des patients

Le financement des maisons du bien-être

Zoom

La qualité des soins, une préoccupation majeure des maisons du bien-être

Entretien

Nguyễn Ky-Nam, médecin régulateur du département des Côtes d'Armor

Tribune

Quel avenir pour la médecine libérale ? par le docteur Marieke, présidente du syndicat des professionnels de santé à exercice libéral

Formation

Directeur de maison du bien-être

ÉDITORIAL

L'ouverture de la 500^{ème} maison du bien-être : retour sur une innovation majeure des années 2010

A l'occasion de l'ouverture de la 500^{ème} maison du bien-être dans le pays de l'étang de Crau, la revue « Innovation et santé publique » a décidé de consacrer son dossier thématique aux maisons du bien-être.

Potentialiser le temps médical

Pensées dès la fin du XX^e siècle, les maisons du bien-être répondaient aux problèmes d'accès aux soins, notamment en milieu rural. En effet, l'évolution prévisible de la démographie médicale (avec une baisse des effectifs en 2008 en raison de la politique de *numerus clausus*), les problèmes liés à la répartition des professionnels sur le territoire (et l'émergence de « déserts médicaux » dans certaines zones où l'attractivité devenait un vrai problème) ainsi que la modification des aspirations des professionnels de santé (pour lesquels la médecine ne devait plus être un sacerdoce, comme elle avait pu l'être pour leurs aînés) ont amené les territoires à repenser l'organisation des soins de premier recours. Les professionnels de santé (médicaux et para-médicaux) étant devenus une ressource rare et coûteuse, l'objectif premier des maisons du bien-être était de répondre à la demande des citoyens en optimisant l'utilisation de cette ressource.

L'éclosion des milieux innovateurs

Les premières maisons du bien-être ont pu voir le jour grâce à la volonté des régions de favoriser l'éclosion de milieux innovateurs. Impulsées le plus souvent par les élus locaux, dans le cadre des pays, des organismes de coopération intercommunale ou d'une association *ad hoc*, les maisons du bien-être sont présidées par un conseil d'administration tripartite qui réunit élus, professionnels de santé et ARS. D'autres acteurs peuvent participer au conseil d'administration : sur certains territoires, les liens entre les maisons du bien-être et les services d'urgence des sapeurs-pompiers ou encore les partenariats mis en place avec des organismes d'assurance maladie complémentaires peuvent être matérialisés par la participation au Conseil d'administration. Les maisons du bien-être sont donc des structures extrêmement souples et l'autonomie qui leur est accordée (dans le cadre d'un budget qui lui n'est pas très souple !) garanti, le plus souvent, l'adéquation entre leur mode de fonctionnement et les besoins du territoire (c'est-à-dire en tenant compte des handicaps et des atouts spécifiques de ces différents territoires).

La délégation des tâches

Un autre facteur expliquant le développement des maisons du bien-être a été la réforme des décrets de compétence qui, jusqu'au début des années 2000, définissaient de manière extrêmement précise les actes que les différents professionnels de santé étaient habilités à pratiquer. Après les expérimentations de 2003 et 2004, la délégation des tâches est apparue comme un outil pertinent de régulation de la demande de santé (qui jusqu'alors passait le plus souvent par l'intermédiaire d'un médecin). Du côté des professionnels, les médecins qui étaient sollicités de manière excessive ont pu libérer du temps pour leur pratique médicale et les autres professionnels de santé, en voyant leur champ de responsabilité élargi, ont trouvé une nouvelle motivation et surtout une véritable reconnaissance de leur rôle ; du côté des patients, la plus grande disponibilité des différents intervenants a été largement évoquée comme un élément majeur de l'amélioration des soins. Évidemment, des tensions ont pu apparaître dans les zones les mieux dotées dans lesquelles ni les patients ni les professionnels n'avaient un intérêt direct à cette délégation.

Financement et observation

Enfin, la transformation du mode de financement de la médecine ambulatoire, les progrès faits en termes d'observation de la morbidité et le développement des comptes de la santé par pathologie (après une première expérience en 1998 !) ont servi de fondements au mode d'organisation des maisons du bien-être.

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 l'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 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.

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 évalué 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 œuvre 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.

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 vacances 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 Dr 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.

CHIFFRES

Les modalités de financement des maisons de santé

C'est l'État, et plus particulièrement le ministère de l'Équilibre du Territoire, qui finance l'équipement de base des maisons du bien-être (locaux, petits plateaux techniques, équipement informatique et raccordement haut débit). Les dépenses de fonctionnement sont, quant à elles, réparties entre plusieurs acteurs : les collectivités territoriales, la tutelle régionale, les assurances maladies complémentaires et même l'Europe (notamment pour les plans de prévention).

Les maisons du bien-être sont financées sur une base prospective ce qui signifie que leur budget est fixé en début d'exercice et peu susceptible de modifications au cours du dit exercice. Ce budget est alloué en fonction de différents paramètres : la taille de la population, les contraintes d'exercice liées au territoire (par exemple, zone montagnaise ou difficile d'accès), les caractéristiques épidémiologiques de la population mesurées dans le cadre des enquêtes santé et évaluées en fonction des caractéristiques démographiques et socio-économiques.

Les maisons du bien-être sont aussi tenues de signer des conventions d'objectifs et de moyens avec leur tutelle. Dans le cadre de ces conventions, elles peuvent obtenir des ressources supplémentaires pour mener à bien certains programmes (prévention, éducation à la santé, prise en charge des malades chroniques à domicile, etc.) jugés prioritaires à l'échelle du territoire.

La participation financière des patients

Les assurés participent au financement du dispositif. Une participation forfaitaire minimale fixée au plan national est acquittée par chacun. Elle est prélevée à la source comme élément de la fiscalité locale.

Par ailleurs, le Conseil d'administration des maisons du bien-être dispose d'une certaine latitude pour déterminer le montant de l'abonnement demandé aux patients inscrits. Cet abonnement est modulé selon les revenus et, éventuellement, l'âge, le taux de recours au système de soins, les pathologies chroniques ou encore la participation à des actions de prévention. Cette liberté reste cependant strictement encadrée afin d'éviter que les maisons du bien-être excluent la clientèle à risque : par exemple, la modulation en fonction de l'âge autorise simplement à exonérer les enfants et les personnes très âgées du montant de l'abonnement ; de même, les malades chroniques peuvent être dispensés d'abonnement mais en aucun cas voir leur participation augmenter.

Le revenu des professionnels de santé : des modes de rémunération diversifiés

Alors qu'au début du XXI^e siècle les professionnels de santé étaient largement rémunérés à l'acte, la définition de budgets prospectifs pour les maisons du bien-être (budgets incluant aussi bien les dépenses de matériel, personnel ou prescription) a conduit à une diversification des modes de rémunération des professionnels de santé. Les revenus des professionnels de santé restent, cependant, largement liés à leurs choix en termes d'activité et d'effort de formation.

La rémunération des professionnels de santé se décompose en :

1. **Salaires (S)** : déterminé en fonction du nombre d'heures travaillées (H), le salaire dépend du taux de rémunération horaire R_h , lequel peut être variable selon les maisons du bien-être. Les pouvoirs publics ont choisi en effet de laisser les maisons du bien-être libres de déterminer le taux de rémunération horaire afin de permettre aux maisons du bien-être situées dans des zones réputées « difficiles » de pratiquer une politique de revenu attractive. $S=R_h H$
2. **Capitation (C)** : cette composante de la rémunération est liée au nombre de patients inscrits dans la maison du bien-être. A chaque patient inscrit correspond ainsi une somme annuelle K qui est ensuite répartie entre les différents intervenants de la maison du bien-être sur une base mensuelle. Ce choix traduit notamment l'accent mis sur la coopération entre les professions au sein de la maison. Les patients ne sont pas assignés à un seul professionnel mais sont les patients

de la maison : lorsque le nombre de patients augmente, il convient d'en faire bénéficier l'ensemble des intervenants. $C=NK/n$ avec N= nombre de patients inscrits et n= nombre de professionnels exerçant dans la maison du bien-être

3. **Forfait d'intérêt général (F)** : il reflète l'implication des professionnels dans les missions d'intérêt général définies par le CA de la maison du bien-être. Dans certains cas, ce forfait peut être conditionné à une évaluation des résultats (par exemple, part de la clientèle diabétique inscrite dans le programme « éducation à la santé » de la maison).

Au total, la rémunération (R) des professionnels de santé résulte de la formule suivante :

$$R = S + C + F = R_h H + \frac{NK}{n} + F$$

Les professionnels peuvent ainsi agir directement sur deux paramètres : le nombre d'heures travaillées et l'implication dans les missions d'intérêt général. Le taux de rémunération R_h est, quant à lui, variable selon les professionnels et peut être négocié avec la maison dans un cadre défini au niveau national et qui tient compte des efforts de formation des professionnels (notamment leurs certifications). La composante capitation résulte, pour sa part, de l'effort collectif qui est fait au sein de la maison pour attirer et retenir les patients : c'est la raison pour laquelle cette composante est identique pour l'ensemble des professionnels exerçant dans une même maison du bien-être.

ZOOM

La qualité des soins, une préoccupation majeure des maisons du bien-être

La question de la qualité des soins en France a longtemps été abordée en ordre dispersé : réclamée ou revendiquée par l'ensemble des acteurs, contrôlée et évaluée par de multiples organismes ne disposant pas toujours des moyens (humains et financiers) nécessaires, cette question gagne en transparence avec la création, dans le cadre de la loi de réforme de l'assurance maladie de 2004, de la Haute Autorité de Santé. Dotée d'un budget limité à ses débuts, cette instance a su gagner une légitimité indiscutable au fil des exercices qu'elle a menés depuis 20 ans. Ses recommandations sont aujourd'hui largement utilisées dans le cadre des procédures d'évaluation des maisons du bien-être et des professionnels.

Schématiquement, l'évaluation des maisons du bien-être prend deux formes : une évaluation « en continu » par les usagers qui peuvent avoir recours aux services de médiation santé des communes et une évaluation plus approfondie qui porte sur les pratiques médicales et les protocoles de soins, la gestion financière et l'évolution de la morbidité et de la mortalité dans la zone de patientèle de la maison.

Les services de médiation, qui sont placés sous l'autorité des élus du bassin de vie, jouent un rôle essentiel dans la vie des maisons du bien-être. Leur première mission est, naturellement, de résoudre les conflits éventuels entre les citoyens (et les usagers) et la maison du bien-être. En misant sur l'écoute et le dialogue, les médiateurs doivent, en premier lieu, traduire la plainte exprimée avant de mettre en place des procédures de concertation. Proches des élus locaux, ces services peuvent revendiquer une forme de légitimité démocratique qui leur donne un poids non négligeable dans les concertations. Mais leur rôle ne s'arrête pas là : ces services traitent aussi les questions de santé dont les élus locaux se trouvent aujourd'hui fréquemment saisis. Ils constituent ainsi une force de proposition importante en termes de définition des priorités de santé publique ou encore d'organisation des soins sur les bassins de vie.

L'évaluation annuelle comporte deux volets : l'évaluation individuelle du personnel et l'évaluation collective des résultats de la maison du bien-être. Concernant l'évaluation individuelle des professionnels de santé, les principaux éléments d'appréciation sont : le respect des protocoles de soins définis par la Haute Autorité de Santé, la pertinence des prescriptions (médicaments, examens, etc.), la fiabilité des informations transcrites dans le dossier patient et la participation effective aux groupes de prise en charge globale. L'évaluation des maisons du bien-être s'efforce, quant à elle, de mesurer la performance globale de la maison et son insertion dans son environnement (hôpital local, CHU, services d'urgences mobiles et action sociale en particulier). Ainsi, les résultats sanitaires sont évalués annuellement de même que la mise en place d'actions de santé jugées prioritaires (ces actions étant déterminées par le Conseil d'Administration même de la maison, l'autorité régionale de santé et l'Etat); la circulation d'information, au sein de la maison et entre la maison et son environnement, donne lieu à un audit ; l'avis des usagers et des autres structures travaillant avec la maison est recueilli ; le respect du droit des malades est vérifié.

Ces procédures d'évaluation, dont l'objectif est d'améliorer la qualité des services rendus et leur adéquation avec l'environnement, ont des répercussions fortes sur la vie de la maison. Le contrat des professionnels qui ne satisfont pas les critères d'évaluation peut être dénoncé ou les conditions de leur rémunération revues alors que les professionnels qui enregistrent les meilleurs résultats peuvent bénéficier de primes. Par ailleurs, lorsqu'une maison du bien-être présente des résultats insuffisants, des recommandations sont faites et, en cas de non respect de ces recommandations, le conseil d'administration peut nommer un nouveau directeur.

Les citoyens ont aussi accès aux informations concernant la qualité des soins au sein de chaque maison du bien-être et à celles liées aux démarches de certification entreprises par les différents professionnels. Cet effort de transparence permet aux citoyens de « voter avec leurs pieds » : si une maison du bien-être affiche des résultats médiocres en termes de qualité, le nombre d'abonnées de la maison diminue rapidement. Il existe donc un lien direct entre la qualité de la prise en charge et l'attractivité d'une maison du bien-être pour les patients. Les économistes parlent désormais d'élasticité de la demande par rapport à la qualité.

Entretien avec le Dr Nguyễn, médecin régulateur des Côtes d'Armor

ISP : Dr Nguyễn, vous exercez en tant que médecin régulateur dans le département des Côtes d'Armor. Selon vous, pourquoi cette fonction s'est-elle tant développée depuis 10 ans ?

Dr Nguyễn : A mon sens, la régulation de la demande de santé est une des évolutions les plus marquantes des dernières années. Pendant longtemps, les contacts entre les différents professionnels de santé et les patients relevaient de la seule initiative de ces derniers. La situation avait été en partie corrigée en 2004 avec l'instauration d'un médecin traitant qui avait entre autres pour mission de filtrer l'accès aux spécialistes mais il n'en restait pas moins que la plupart des médecins se plaignaient à la fois du nomadisme médical (les patients pouvaient consulter autant de professionnels qu'ils le souhaitaient) et des consultations de « confort » (qui correspondaient à des situations pour lesquelles l'intervention du médecin était largement superflue).

Dans le cadre des maisons du bien-être, ce ne sont plus les patients qui sont à l'origine des contacts avec les professionnels de santé mais ces mêmes professionnels représentés, en l'occurrence, par le médecin régulateur départemental.

ISP : Quel est le rôle exact du médecin régulateur et à quelles informations avez-vous accès ?

Dr Nguyễn : Lorsqu'un patient (abonné dans une maison du bien-être) souhaite initier un épisode de soins, il doit téléphoner au médecin régulateur de son département. Le médecin régulateur a évidemment accès au dossier médical du patient et, lors de l'entretien téléphonique, le médecin régulateur doit pouvoir faire un pré-diagnostic d'orientation. A l'issue de ce pré-diagnostic, le patient peut être dirigé vers des professionnels para-médicaux (diététicien, kinésithérapeute, infirmières), des médecins exerçant dans la maison du bien-être, vers des structures de deuxième recours – voire vers les services d'urgence - ou être encouragé à différer sa consultation.

ISP : Ne pensez-vous pas que l'on aurait pu confier cette mission à d'autres professionnels peut-être moins qualifiés ? Dans un contexte où la démographie médicale pose parfois des problèmes, n'aurait-il pas mieux valu utiliser toute la force de travail des médecins sur le terrain dans le cadre d'une pratique clinique ?

Dr Nguyễn : La responsabilité qui incombe au médecin régulateur est extrêmement importante car c'est la fiabilité du pré-diagnostic qui assure l'efficacité du système dans son ensemble. Cette fonction, particulièrement délicate, exige un haut niveau de qualification initiale ainsi qu'une formation complémentaire. Si vous analysez le profil des médecins régulateurs en exercice, vous constaterez que la plupart d'entre eux sont relativement âgés et possèdent une grande expérience clinique ainsi qu'une bonne connaissance du département dans lequel ils exercent. D'ailleurs, les assurances en responsabilité professionnelle exigent des primes qui diminuent avec l'âge du professionnel et son niveau de qualification. Malgré la relative pénurie de médecins sur le territoire, il ne semblait donc pas opportun de déléguer la régulation à d'autres professionnels. Il faut, en outre, souligner qu'en termes d'acceptation par les patients, le fait d'être orienté par un médecin a très certainement facilité la diffusion de cette innovation organisationnelle.

ISP : Justement, concernant les patients, il peut arriver que certains d'entre eux aient une toute autre appréciation de leurs besoins que vous. Comment gérez-vous les personnes qui exigent d'avoir un rendez-vous avec un médecin ?

Dr Nguyễn : La régulation de la demande restreignant la liberté de choix des patients, elle a été très mal perçue lors de sa mise en place. Mais nous avons réussi à instaurer un climat de confiance entre les patients et nous. Vous savez, certains patients ont simplement besoins d'être rassurés. Lorsqu'il est possible de leur donner une réponse claire, il est fréquent qu'ils renoncent d'eux-mêmes à consulter un professionnel de santé. Par ailleurs, quand leur demande est plus sociale que médicale, les médecins ne leur apportent jamais la réponse qu'ils attendent : en les orientant vers le professionnel le plus qualifié, on est dans une vraie démarche de satisfaction des usagers. Dans certains cas, évidemment, on ne trouve pas de point d'accord : les patients ont alors toujours la possibilité de consulter un médecin dans un cadre strictement libéral (les dépenses restant alors à leur charge).

Quel avenir pour la médecine libérale ? Dr Marieke, présidente du syndicat des professions de santé à exercice libéral

Dans un dossier consacré aux maisons du bien-être, il ne faut pas négliger un autre mode d'organisation des soins, la médecine libérale. L'articulation entre ces deux modes d'organisation qui prévaut aujourd'hui montre très clairement que l'un ne peut se concevoir sans l'autre. La médecine libérale ne peut pas répondre à l'ensemble des besoins de santé de la population sur l'ensemble du territoire. Je pense notamment aux zones rurales isolées ou à certaines zones en périphérie des villes où l'ouverture d'un cabinet médical libéral est difficilement concevable. En effet, les médecins ne peuvent pas proposer des soins de qualité en travaillant 24h/24h parce qu'aucun autre professionnel de santé ne peut assurer de gardes sur leur territoire. De même, si les conditions socio-économiques du lieu d'implantation du cabinet sont extrêmement mauvaises, il est alors difficile pour un médecin de faire face à des situations qui requièrent plutôt une prise en charge sociale.

Ne jetons pas le bébé avec l'eau du bain. La médecine libérale ne peut pas répondre à **toutes** les situations mais elle reste une alternative importante et garde toute sa place au sein du système de santé. Sa raison d'être, c'est qu'elle garantit la **liberté absolue des patients**. La médecine qui s'est développée en France repose sur le colloque singulier entre un médecin et son patient. La **confiance** qui s'établit dans cette relation est une condition nécessaire de la qualité des soins ; cette confiance n'est pas acquise, ni dans un sens, ni dans l'autre. Elle se construit, parfois au fil des années. Dans les maisons du bien-être, les patients peuvent être indifféremment orientés vers tel ou tel professionnel. Nous, professionnels libéraux, nous croyons que les patients doivent pouvoir choisir le professionnel le plus à même de prendre en charge leur santé.

Les maisons du bien-être et les médecins régulateurs « infantilisent » en quelque sorte les patients qui se retrouvent obligés de suivre un parcours de soins déterminé sans être toujours écouté. Nous pensons que les patients sont suffisamment **responsables** et informés pour prendre en charge leur santé : en leur offrant un accès direct à **des professionnels hautement qualifiés**, la médecine libérale reconnaît leur **pouvoir de décision** en ce qui concerne leur propre santé. Les enquêtes menées par les organismes d'assurance maladie volontaires qui garantissent l'accès à la médecine libérale pour leurs assurés montrent que ces derniers sont particulièrement satisfaits par la **qualité des soins** qui leurs sont proposés et ne souhaitent en aucun cas devoir se plier aux contraintes de la médecine régulée pratiquée par les maisons du bien-être.

FORMATION

Mastère « Management des maisons du bien-être »

Le Mastère « Management des maisons de santé » a pour objectif de former les directeurs des maisons du bien-être. Professionnels polyvalents, ces derniers doivent être capables de gérer quotidiennement une structure qui accueille près de 20 000 patients par an et qui peut regrouper jusqu'à 30 personnes et 15 professions !

Public : diplômés de l'enseignement supérieur (licence minimum) pouvant justifier d'une expérience professionnelle de 5 ans dans le domaine de la santé ou de la gestion.

Modalités : formation continue : 4h/semaine pendant 10 mois

Contenu des cours : gestion des ressources humaines, santé publique, évaluation économique, finance/comptabilité, droit, sociologie des organisations.

L'offre de soins hospitaliers au niveau régional

Les partis pris

- ✓ Depuis la réforme de 2015, les instances des Centres Hospitaliers se sont transformés en Directoire pour le Conseil Exécutif (introduit par la réforme Mattei/Douste Blazy en 2005) et en Conseil de surveillance pour le Conseil d'Administration. Le maire n'est plus de droit le président du Conseil et, le plus souvent, un élu régional assure la présidence des centres hospitaliers universitaires.
- ✓ Le Conseil de surveillance est de taille restreinte afin d'assurer un suivi et un soutien tangible à la politique que le CHU s'assigne à travers son « plan d'action », piloté par le département de la stratégie. Ce plan d'action, élaboré annuellement et révisé périodiquement au fur et à mesure que les données du tableau de bord sont délivrées par le département de la stratégie, s'inscrit dans le cadre du projet d'établissement défini pluri-annuellement.
- ✓ La Tarification à l'activité (T2A), initiée en 2004, s'est mise en place plus rapidement que prévu dans le secteur hospitalier public qui en a globalement perçu les avantages. L'accélération de cette mise en place a été favorisée par le fait que les pouvoirs publics ont renoncé pendant les années 2000 à contraindre les dépenses par un mécanisme d'enveloppe globale national ou régional. Avec le processus de dévolution débuté en 2015 et qui s'est achevé en 2019, les politiques de santé menées par les régions sont assez différenciées, mais restent cependant assujetties au cadre national qui préconise, pour le secteur hospitalier, des enveloppes fermées avec système de tarifs flottants uniquement en cas de dérapage injustifié des dépenses. A l'heure actuelle en effet, on considère que, compte tenu des moyens sophistiqués permettant d'appréhender les besoins de la population, toute hospitalisation est *a priori* médicalement justifiée et à ce titre exclut toute contrainte implicite sur le nombre de séjours (les travaux menés par le Centre d'économie de la santé de Liseille (2018-20) ayant démontré la nature décroissante des rendements factoriels des centres hospitaliers).
- ✓ Le système *Vitalis*, dont la première version a été lancée le 1^{er} Juillet 2009, permet de centraliser l'ensemble des données relatives au patient qui sont accessibles à tout offreur de soins autorisé à les consulter. Ce système permet donc d'assurer la continuité des soins et notamment l'information continue du référent médical. Il est également utilisé comme instrument de mesure de la qualité des soins car les patients – pour bénéficier du meilleur taux de remboursement des soins – doivent avoir validé un questionnaire relatif à chaque séjour hospitalier.

Procès-verbal du conseil de surveillance du Centre Hospitalier Universitaire de Licy³

Lundi 2 Juin 2025

Etaient présents lors de la séance du Conseil de surveillance du lundi 2 Juin :

Au titre des collectivités territoriales,

Monsieur ROSA, Président du Conseil départemental

Madame BRUNHES, Conseillère régionale, Présidente du Conseil de surveillance

Madame KREME, Conseillère municipale de Licy, Vice Présidente de la communauté urbaine.

Au titre des organismes d'assurance-maladie et des instances de régulation :

Madame JADE, Directrice, Agence régionale de la santé

Monsieur ROUX, ARS, Union régionale des caisses d'assurance maladie

Madame KAMEL, Haute Autorité de Santé : région de Norranie

Monsieur OLIVE, Association régionale des patients

Au titre des personnels médicaux et soignants :

Monsieur ROUGET-VERDI, Président de la Commission Médicale et Soignante

Madame JOHN-BRIAN, Vice-présidente

Au titre des représentants des personnels :

Monsieur BIANCO, Force ouvrière (FO)

Monsieur TITANE, Syndicat des hospitaliers (SDH)

Assistent également au Conseil de surveillance :

Madame BLANCHET, Directrice du CHU, Présidente du Conseil Exécutif

Monsieur PRUNELLE, Directeur du Département de la stratégie du CHU

ORDRE DU JOUR

1° Budget 2025/2026

2° Fonctionnement des Urgences

3° Création d'un institut de recherche Sarnorlux (Sarre – Norranie – Benelux)

Madame BRUNHES ouvre la séance du Conseil de surveillance à 9 heures et demande à Madame BLANCHET d'aborder l'ordre du jour :

I - NOTIFICATIONS FINANCIERES DE LA REGION AUTONOME DE NORRANIE – EXERCICE 2025

Dans son courriel en date du 20 mai 2025, l'Agence régionale de santé de Norranie nous a notifié les éléments de recette relevant de son champ de compétences fixés par arrêté en date du 19 mai 2025 pour l'exercice 2025/2026.

Détermination des recettes

Madame BLANCHET rappelle aux membres du Conseil de surveillance que l'arrêté prévoit cinq volets financiers quant aux ressources :

1 – L'échelle de référence nationale des tarifs des Centres hospitaliers universitaires applicables aux Groupes Homogènes de Séjour et de Séance (GHSS), ajustée par les caractéristiques du Centre hospitalier universitaire de Licy. Compte tenu des caractéristiques socio-économiques de la population hospitalisable et de la situation géographique du centre, les tarifs nationaux sont légèrement majorés (+ 0,25%). Cela laisse prévoir, sur la base de l'activité 2024 et selon une hypothèse de croissance de l'activité de 2%, des recettes d'activité propres représentant environ 80% des ressources de l'établissement.

2 - Le montant du transfert forfaitaire annuel de services publics et de missions d'intérêt général - 15% prévisionnels – dont 8% au titre du forfait annuel relatif à l'accueil et au traitement des urgences, qui sera réajusté en cours d'exercice au prorata de l'activité globale du centre unique de triage des urgences de la communauté urbaine de Licy. Mme BLANCHET rappelle en effet que les besoins en divers soins d'urgence font l'objet d'une évaluation par l'Agence régionale de Santé. Cette évaluation donne lieu à la fixation d'une dotation globale régionale qui est répartie entre les différents prestataires de service d'urgence au prorata de leur activité (c'est le centre unique de triage des urgences, joignable au 123, qui délivre essentiellement l'information sur la nature et la fréquentation de urgences ambulatoires et hospitalières).

Ce forfait correspond donc au niveau d'activité observé au titre de l'annéeN-1.

3 – La dotation de soutien à l'investissement dans les matériels lourds et nouvelles technologies, fixée à 3% dont un quart doit être affecté aux technologies de la communication et au passage au système d'information de 3^{ème} génération *Vitalis* centralisant les dossiers médicaux informatisés des patients.

4 – Les primes de performance, adossées aux indicateurs de qualité des soins et aux activités de prévention de l'hôpital, dont le suivi et l'évaluation sont assurés en temps réel grâce au *Système dynamique de traitement des données hospitalières*. Les primes sont toujours versées selon un système progressif par tranche. L'impact de l'évaluation de la qualité des soins est double : un impact direct en termes de financement supplémentaire de l'activité qui récompense nos efforts ; un impact indirect du fait du caractère public de l'information sur la qualité des soins, à laquelle peut accéder tout patient libre de choisir son fournisseur de soins hospitalier sur le site :

www.sante.regiondenorranie.fr/qualite/chudelicy.

Ce système de primes incite le centre hospitalier à tenir compte en permanence de la qualité des soins afin de maintenir son attractivité pour les patients.

5 – Le financement régional par dotation des Priorités régionales de santé publique (PRSP) : à ce titre, le plan cancer et le plan obésité sont renforcés et de fait les allocations devraient croître. Toutefois, la répartition du surplus de financement entre les établissements de soins de la région est subordonnée aux données d'évaluation médico-économique fournies par les établissements concernés.

En ce qui concerne **les recettes subsidiaires**, Madame BLANCHET souligne que la tendance est à la hausse sur les ventes de e-diagnostics radiologiques et d'actes de chirurgie robotisée à distance, à l'extérieur de l'établissement (et en particulier auprès des clients anglais et suédois). Cette tendance se confirme depuis plusieurs mois et devrait se traduire par une augmentation substantielle des ressources de l'hôpital de Licy.

Le centre hospitalier a décidé de rechercher par ailleurs de nouvelles sources d'économies, ce qu'encourage notre politique actuelle de coopération inter-hospitalière (co-utilisation de matériel d'imagerie...). Il s'agit également de poursuivre la politique d'octroi de marchés des médicaments et petit matériel hospitalier en augmentant la part des achats faits par le groupement inter CHU, qui passe des marchés à l'échelle européenne.

Le niveau de recettes du groupe 3 doit ainsi être revu à la hausse et le Centre hospitalier demande une augmentation de l'allocation initiale, à l'appui des évaluations économiques réalisées par le service de la stratégie.

C'est sur la base de ces projections de ressources que le centre hospitalier universitaire de Licy a globalement déterminé son niveau de ressources et de dépenses pour l'année 2025/2026. Madame Blanchet conclut en rappelant que tous les acteurs seront étroitement impliqués dans la réussite de la politique du CHU de Licy et dans l'exécution de ce budget. En effet, en cas de résultat positif (ce qui est le cas depuis trois années), l'établissement de soins, selon l'ordonnance du 24 Avril 2017, peut reverser à concurrence de 50% à son personnel les fruits de ces performances, à condition que le système d'évaluation des dites performances soit explicite pour l'ensemble des acteurs. L'autre partie de l'excédent peut être réallouée à différents investissements consistant à améliorer soit la qualité de vie du malade, soit les conditions de travail du personnel soignant.

En cas de résultat négatif observé à mi-parcours, une notification est adressée à l'établissement qui devra prendre les mesures nécessaires pour corriger la trajectoire. En cas de résultat négatif en fin d'exercice inférieur à 5% l'établissement devra recourir à un audit extérieur permettant d'élaborer un plan d'action pour renverser la tendance au surcoût. Si le résultat négatif dépasse 5%, un changement de direction intervient, accompagné d'un programme de rationalisation drastique des méthodes de travail.

Ainsi, en matière de détermination des dépenses ajustées aux recettes, le CHU de Licy doit-il évaluer de manière lucide et sincère son niveau d'activité, compte tenu des indicateurs financiers du tableau de bord.



Madame BRUNHES souhaite recueillir les avis des membres du Conseil de surveillance sur les aspects financiers, mais demande auparavant à Monsieur PRUNELLE d'apporter des éléments supplémentaires de perspective.

Monsieur PRUNELLE intervient pour rappeler que la situation antérieure d'excédent qui a marqué l'année 2024 masque une réalité assez disparate. On doit distinguer, tout d'abord, les pôles de séjours hospitaliers (plus d'un jour d'hospitalisation) et le pôle ambulatoire et domicile. C'est ce dernier, représentant à l'heure actuelle 35% de l'activité hospitalière, qui a largement contribué à la situation positive du CHU. A l'inverse, plusieurs services de séjour hospitalier – notamment la pédiatrie et l'orthopédie - ont des coûts unitaires relativement élevés que la tarification actuelle ne permet pas de couvrir. On ne peut envisager de voir cette situation perdurer dans la mesure où les pôles déficitaires sont financés en partie par les pôles excédentaires, ce qui est démotivant pour ces derniers. Les médecins chefs de pôle doivent prendre acte des indications économiques et financières qui leur sont fournies deux fois par mois par le département de la stratégie afin d'identifier les sources du sur-coût (et notamment les causes structurelles).

Madame JOHN-BRIAN rappelle à Monsieur PRUNELLE qu'un diagnostic a déjà été établi de manière informelle par la CME à propos de cet état de fait. Les causes structurelles ont largement été identifiées et renvoient aux caractéristiques socio-économiques de la population traitée : premièrement, la clientèle alentour est plutôt pauvre et mal informée (donc assez passive par rapport aux signaux de qualité) ; deuxièmement, la répartition de cette clientèle provenant essentiellement de

la communauté urbaine de Licy entre les deux polycliniques et l'hôpital n'est pas homogène, d'où une population encore plus pauvre que la moyenne à l'hôpital ; troisièmement, comme la population de l'hôpital est plus pauvre et plus malade, les indicateurs de qualité des soins qui sont fournis sur le site de la Région autonome concernant ces services sont plutôt médiocres en termes relatifs : cela conduit donc la population informée à choisir un autre prestataire de service, etc ; l'hôpital récupère ainsi, en moyenne, les cas les plus coûteux sur certaines spécialités alors que le système de tarification actuel ne prévoit – comme l'a rappelé Madame BLANCHET – qu'une majoration par secteur sanitaire de 0,25% compte tenu du gradient social. Ainsi, la clinique comme l'hôpital voient leurs tarifs relevés d'un même niveau alors même que la répartition de la clientèle est biaisée : il est grand temps selon Madame JOHN-BRIAN qu'un nouveau système de correction des tarifs *a posteriori* tienne compte de la situation réelle des établissements de soins.

Monsieur ROUGET-VERDI tient à souligner à la personne représentant la Haute Autorité de santé, Madame KAMEL, que si les seuils de passage au paiement à la journée ne sont pas révisés et indexés sur le gradient social caractérisant la patientèle de l'hôpital, la seule alternative de court terme pour se conformer aux contraintes économiques actuelles sera de pratiquer un écrémage des patients voire de les sélectionner en transférant une partie d'entre eux dans d'autres établissements de soins alors même que les compétences locales permettent de traiter les besoins des patients, ce qui serait donc aberrant. A moyen terme, la concurrence en qualité étant totalement faussée sur certaines disciplines, c'est de leur survie au CHU qu'il s'agit compte tenu de leur faible rentabilité et de la logique de spécialisation et de concurrence actuelles. A cet égard, on a pu démontrer que les rendements d'échelle sont décroissants dans les services déficitaires, ce qui renforce encore les déséquilibres comptables étant donné la fréquentation importante de ces services.

Madame KAMEL répond qu'une mission de concertation travaille actuellement sur ce dossier à la suite des réclamations adressées à ce sujet au Ministère de la santé et du bien-être et que dès que ses conclusions seront connues, on pourra débattre de la pertinence des mesures envisagées. Madame KAMEL souhaite attirer l'attention des membres du Conseil sur le problème de la qualité des soins dans le cadre des séances réalisées à domicile dans ce contexte socio-économique défavorisé. Elle s'interroge sur l'impact de l'environnement de l'individu sur la qualité des soins fournis et envisage une évaluation économique portant sur la pertinence de l'hospitalisation à domicile dans un contexte socio-économique défavorisé (autrement dit, y a-t-il un impact significativement négatif des conditions de vie sur l'efficacité des soins ?) . Le concours du département de la stratégie sera indispensable pour mener à bien cette étude qui pourrait déboucher sur la recommandation d'un financement particulier des soins pour les populations défavorisées ; une partie de ce financement peut provenir des dotations régionales dès lors que les problèmes de santé entrent dans le champ des plans prioritaires de santé publique.

A cet égard, Madame BHRUNES souhaite faire part de son inquiétude aux membres de cette assemblée quant à la prévalence toujours très forte des pathologies liées au cancer et à l'obésité dans notre région. Les efforts réalisés en matière de prévention dans le cadre hospitalier sont encore insuffisants et la Région envisage de redistribuer une partie des fonds alloués à l'hôpital au titre des PRSP à la Maison du bien-être de Licy dont les actions ont permis d'atteindre de meilleurs résultats. La mise en œuvre de cette redistribution reste suspendue et subordonnée aux prochains résultats des études que le département de la stratégie délivrera en juillet aux autorités régionales.

Monsieur PRUNELLE répond que les études en cours devraient démontrer le bon usage des fonds antérieurs et la nécessité de poursuivre à l'hôpital les politiques de prévention et d'information du patient.

En matière d'usage des fonds, Monsieur BIANCO conteste les arbitrages qui ont été réalisés au cours des derniers mois quant à l'utilisation de la prime de performance. Cette prime a été essentiellement employée à de nouveaux investissements en matériel technologique qui n'ont de rapport ni avec la qualité de vie du malade, ni avec les conditions de travail du personnel. Les objectifs de la prime ont été dévoyés au profit du prestige de l'établissement vis-à-vis des autres prestataires de soins clients de notre hôpital. On observe là une dérive de la mission impartie à l'hôpital vers une course à l'offre de soins à distance tandis que l'on pourrait développer les activités de soins orientées vers une approche globale et préventive, en finançant plus de temps de personnel à mettre à disposition des malades.

Monsieur ROUGET-VERDI rétorque que ces choix sont réalisés par défaut, dans le souci de l'équilibre financier de l'établissement et du maintien de la mission de soins auprès des patients à milieu social défavorisé. En effet, l'activité très rentable de vente d'actes diagnostiques et thérapeutiques à distance, comme le développement des séances, permettent de renflouer un hôpital par ailleurs déficitaire sur les activités plus traditionnelles. Il ne s'agit donc pas d'une dérive mercantile mais d'une opportunité ponctuelle d'éviter les comportements de sélection des patients.

Monsieur ROUX estime toutefois qu'un point essentiel de cette discussion a été négligé : les activités de vente à distance d'actes de soins sont largement réalisées grâce aux investissements en matériel financés pour une grande part par l'assurance maladie. Il conviendrait donc d'envisager un reversement à l'ARS au prorata du temps d'utilisation de ces matériels au titre des services de soins exportés.

Le volet recettes de l'exercice 2025-2026 est soumis au vote des membres du conseil de surveillance et adopté par :

- 7 voix pour
- 2 abstentions
- 2 voix contre

II – FONCTIONNEMENT DES URGENCES

Madame BRUNHES souhaite que le Conseil de surveillance soit informé des mesures de redressement prises à la suite des dysfonctionnements du service des urgences et de l'insatisfaction de la population exprimée il y a 6 mois.

Madame BLANCHET rappelle qu'un épisode peu flatteur pour le CHU et la Maison du bien être à l'automne 2024 avait vu ces deux structures se renvoyer les patients, arguant chacune d'une absence d'identification claire par l'Agence Régionale de la Santé des missions respectives leur incombant et plus encore, d'un financement inapproprié.

A la demande du maire de Licy, représenté au Conseil par Madame KREME, un groupe de travail a réuni l'Agence Régionale, le CHU et la Maison du bien être. Une évaluation fine des patientèles respectives a été menée, ce qui a permis de définir un protocole de prise en charge coordonné, comprenant les conditions de transferts des urgences à la Maison du bien être et réciproquement ; une instance d'évaluation permanente est mise en place ; elle peut saisir les deux directions dès lors que deux incidents au moins se sont produits à l'occasion de transferts injustifiés.

L'Agence Régionale a, de son côté, établi une grille tarifaire plus précise, distinguant la fonction de tri, des actes simples de prise en charge – chirurgicaux ou médicaux – et les forfaits liés à un examen de laboratoire ou d'imagerie. En cas de transfert, un forfait reste acquis à la structure qui a accueilli le patient, mais il doit obligatoirement transférer les images de radiologie, les résultats des examens de laboratoires et un compte-rendu normalisé de premier diagnostic.

Madame OLIVE demande si une campagne de communication a été prévue pour que les futurs utilisateurs soient bien informés de ces missions respectives.

Monsieur PRUNELLE répond que précisément, l'accord avec l'ARS prévoyait un volet communication, que le contenu de celle-ci est arrêté et que les patients seront informés via le courrier électronique de l'assurance maladie qui fait un point mensuel individualisé sur les dépenses et cotisations ; la communauté urbaine de Licy a souhaité également s'associer à cette campagne d'information et dès la semaine prochaine, les panneaux municipaux afficheront un slogan simple. Enfin, télé H, la chaîne thématique sur l'hôpital a passé un accord avec France Europe 3, la télé régionale pour diffuser des émissions et des messages communs.

III – INSTITUT DE RECHERCHE SARNORLUX

Madame BRUNHES exprime sa satisfaction de voir traiter à l'ordre du jour la création officielle de l'institut SARNORLUX. Fruit d'une longue maturation et d'un travail acharné des diverses collectivités de la Grande Région, cet institut devrait permettre de franchir un palier tout à fait considérable dans la reconnaissance au plan international du potentiel de recherche des différentes équipes et bien sûr

de celle de Licy. Elle demande à Madame BLANCHET et à monsieur PRUNELLE de rappeler aux membres du conseil de surveillance, la genèse et le programme de cet institut de recherche.

Madame BLANCHET commente aux membres du conseil un document réalisé par les services de Monsieur PRUNELLE, retraçant les évolutions de ce dossier depuis dix ans, prémisses d'une réelle coopération internationale en matière de recherche. Les liens historiques existant entre le CHU de Licy, la Sarre et dans une moindre mesure le Benelux, ont servi de support à cette construction. Des coopérations bilatérales ont vu le jour, par exemple sur le robot chirurgical ou sur la création de nouveaux marqueurs tumoraux, mais ces initiatives restaient relativement modestes et isolées. C'est l'opportunité d'un appel d'offres européen, pour les régions transfrontalières, qui a permis véritablement l'émergence de cet institut. Il s'agit donc d'une mise en commun d'un grand nombre d'équipes de recherches et d'équipement des 4 hôpitaux universitaires et de la dizaine d'établissements associés.

La forme juridique de l'Institut est un groupement d'intérêt scientifique et économique européen (GISE). Le conseil de surveillance de Licy doit désigner deux de ses membres pour siéger à l'assemblée générale du groupement qui élira en son sein un administrateur et un bureau.

La constitution de l'institut repose sur un modèle d'organisation légère, dont la mission sera essentiellement de faire fonctionner les réseaux d'équipes de recherche et d'être l'interlocuteur des directions concernées de l'administration européenne.

Les applications immédiates de la création de l'institut sont doubles :

1. L'exonération fiscale de toute acquisition de matériel scientifique entrant dans le champ de compétence de l'Institut,
2. Le développement du projet Cell 2030, qui consiste à étudier une cohorte internationale de 15000 personnes traitées par thérapie cellulaire, hors hématologie ; le projet est doté d'un budget de 23,5 M€ sur cinq ans et l'institut en sera le réceptacle.

Monsieur ROUGET-VERDI, tout en se félicitant de cette réalisation, très attendue, s'interroge sur les statuts des médecins qui collaboreront à titre principal, voire exclusif avec l'Institut.

Madame BLANCHET répond que les statuts des Groupements d'Intérêt scientifique européen prévoit la mise à disposition de personnels, qui conserveront leur rattachement au CHU de Licy mais pourront exercer pour une durée déterminée au sein de l'Institut. Ces moyens humains seront d'ailleurs valorisés dans les apports du CHU au Groupement.

Monsieur ROUX se demande si des patients de nationalités différentes, soumis à des protocoles uniques, seront traités de manière identique, alors même que les nomenclatures de soins ambulatoires et hospitaliers ne sont pas encore normalisées entre la France, le Benelux et l'Allemagne.

Monsieur PRUNELLE note que cette question n'a pas échappé à la Direction Santé de la Communauté Européenne et que, précisément, les premiers résultats de l'étude pourraient avoir un effet bénéfique pour inciter à accélérer la convergence des nomenclatures.

Le Conseil de surveillance approuve l'adhésion au groupement et désigne Madame BRUNHES et Monsieur ROUGET-VERDI pour siéger à l'assemblée générale de ce Groupement.

L'organisation sanitaire au niveau régional

Les partis pris

- ✓ Les Schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) sont devenus des **schémas régionaux de l'organisation des soins et du développement de la santé** (SROSDS). Le SROSDS allie l'organisation des soins et la promotion de la santé (actions de santé publique et qualité de vie) :
 - l'organisation des soins, pour soigner dans les meilleures conditions de sécurité et de qualité ;
 - la promotion de la santé traduite en programmes et actions contribuant à l'élévation du niveau de santé de la population sur la base d'objectifs fixés à partir de diagnostics sanitaires et sociaux de population.
- ✓ La région est devenue gestionnaire du dispositif de soins et des politiques régionales de santé. A ce titre, elle élabore le SROSDS.

L'Etat fixe les grandes orientations et les règles de fonctionnement, les normes de sécurité et de qualité à travers notamment la haute autorité de santé. Il apporte une dotation de péréquation aux régions et il évalue, en collaboration avec les régions, les politiques de soins et de santé.
- ✓ Les orientations nationales définies par l'Etat pour les SROSDS sont avant tout indicatives. Les orientations nationales en termes d'organisation de l'offre de soins ne sont pas opposables et constituent une base de travail pour les régions qui adaptent ces orientations à leurs besoins et aux caractéristiques de l'offre régionale.
- ✓ **L'organisation des soins s'effectue dans le cadre des territoires de l'intercommunalité** en tenant compte de l'attractivité et de la masse critique optimale des structures de soins et de la géographie de chaque territoire concerné.

La promotion de la santé et de la qualité de vie est mise en œuvre dans le cadre des **projets territoriaux de développement durable** en relation notamment avec les structures de soins et les structures sociales et médico sociales et l'ensemble des politiques publiques concernées (éducation, culture, logement et urbanisme, conditions de travail...).
- ✓ Les offreurs de soins et de santé sont retenus par la région après appel d'offre pour répondre à la demande et aux besoins non satisfaits.
- ✓ Il existe **4 niveaux de structures de soins** :
 - consultations médicales et para-médicales ambulatoires ;
 - premier niveau d'hospitalisation en médecine et urgences médicales ;
 - hospitalisation en chirurgie obstétrique et médecine et urgences médico -chirurgicales ;
 - centre médico-chirurgicaux de référence.

Ces structures de soins sont articulées avec un dispositif médico social territorialisé visant à une réponse au plus près des bénéficiaires.

L'ensemble constitue un cadre de référence souple et adaptable dans lequel s'insèrent les unités de soins et d'action médico sociale indispensables au fonctionnement optimal de chaque structure.

Toutes les structures et agents sont en réseaux verticaux et horizontaux identifiables à chaque niveau de territoire considéré, local, intermédiaire (essentiellement pour les regroupements d'établissements autour d'un établissement pivot), ou régionaux et inter régionaux.

LE SCHEMA REGIONAL DE DEVELOPPEMENT DE LA SANTE ET DE L'ORGANISATION DES SOINS D'EDUANIE 2022-2027

Présentation du SROSDS d'Eduanie lors de la réunion préparatoire à la Conférence régionale de santé des citoyens d'Eduanie

LE SROSDS

La nouvelle appellation du SROS marque la volonté depuis la loi de santé de 2012 de coupler les projets territoriaux de promotion de la santé et de la qualité de vie avec l'organisation et la qualité des soins

CONTEXTE INSTITUTIONNEL

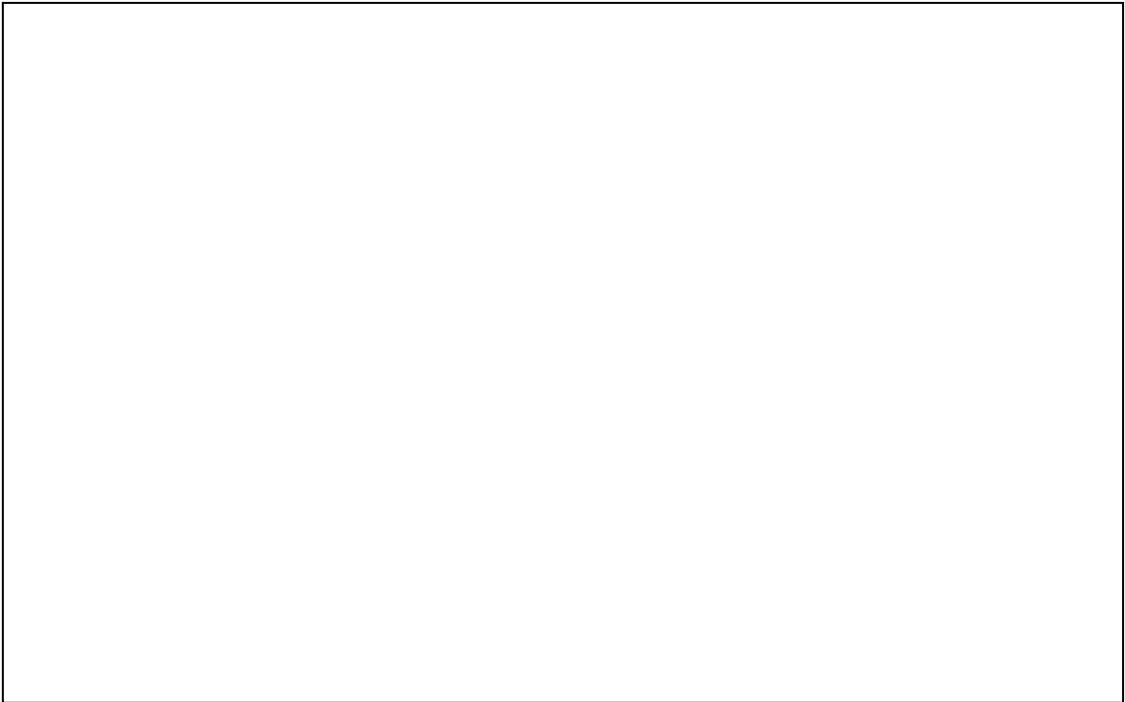
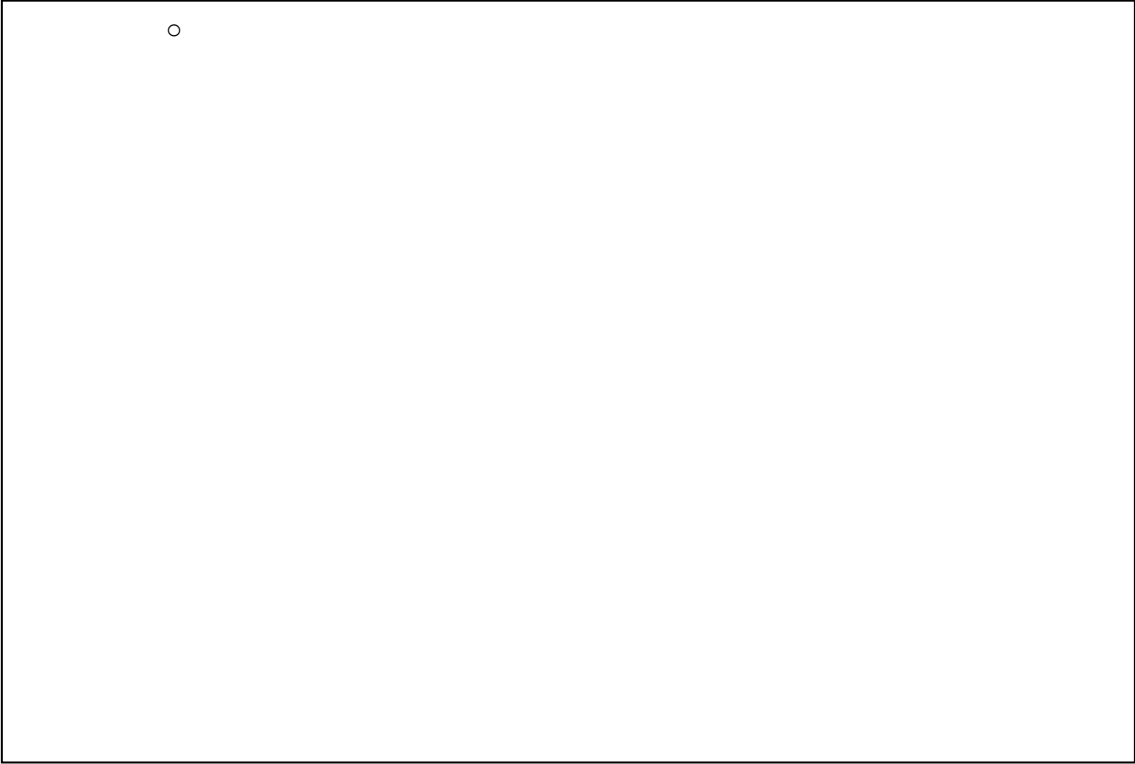
- ◆ Le conseil régional adopte les orientations du schéma régional d'organisation sanitaire (SROSDS).
- ◆ Le SROSDS concerne:
 - le médical
 - le médico-social
 - la prévention et la qualité de vie

AVIS ET ELABORATION

- ◆ Conseil Régional des Usagers (CRU)
- ◆ Conseil Économique et Social Régional(CRE)
- ◆ Conseil des élus de l'intercommunalité

Le Schéma est proposé au Conseil Régional par la direction régionale de la santé.





ORIENTATIONS NATIONALES

Les structures de soins sont graduées en 4 niveaux

- ✓ Maison du bien être (MBE)
- ✓ Maison médicale hospitalière (MMH)
- ✓ Centre médicochirurgical (CMC)
- ✓ Centre lourd médicochirurgical de référence (CMCR)

Elles constituent un cadre dans lequel s'inscrivent et coopèrent les unités de soins (professionnels, services, pôles, équipements..) proposées par les divers promoteurs dans le cadre des divers appels à projets retenus dans le cadre de l'évolution de l'offre et de la demande et en référence au SROSDS.

Les régions adaptent le dispositif à la géographie et à l'histoire des territoires. Les structures privées de soins et de santé non conventionnées s'installent librement conformément au droit des entreprises industrielles et commerciales

FONCTIONS DES STRUCTURES DE SOINS

- ◆ Maison du bien être (voir fiche spécifique)
- ◆ Maison médicale hospitalière gère:
 - la santé des patients:
 - Le contrat individuel de santé
 - La permanence des soins et le conseil médical 12H /24
 - La relance des actions de prévention
 - Le traitement des phases aiguës
 - l'hospitalisation à domicile (HAD)
 - Les auto-diagnostics
 - Les traitements en liaison avec MBE la plus proche
 - le suivi à domicile
 - L'évaluation du domicile et de l'environnement

Elle dispose de lits en médecine (notamment en gériatrie) et en psychiatrie et quelque fois d'un SMUR si la géographie le justifie

FONCTIONS DES STRUCTURES DE SOINS

◆ Centre médico chirurgical - médecine chirurgie et obstétrique
Service d'accueil des urgences 24 h/ 24 h, plateau technique complet

◆ Centre médico chirurgical de référence

- Offre des spécialités de niveau régional et interrégional
- Assure l'enseignement et la recherche en réseau interrégional et en relations avec CLMC et MMH de son territoire.

Les centres de soins de rééducation et de réadaptation polyvalents s'articulent de préférence autour des MMH. Certains centres très spécialisés peuvent s'inscrire dans un niveau territorial supérieur

◆ Des unités très spécialisées en soins de longue durée pour des maladies spécifiques chroniques invalidantes nécessitant des soins continus plus lourds que le nursing et la gériatrie de court séjour.

Les établissements et services médico-sociaux pour les personnes du grand âge, du très grand âge et les personnes handicapées sont en relation avec les MBE et les MMH. Ils assurent sur des sites éventuellement différents, l'hébergement à temps complet, l'hébergement temporaire, l'accueil de jour et les suivis à domicile

STATUT DES STRUCTURES DE SOINS

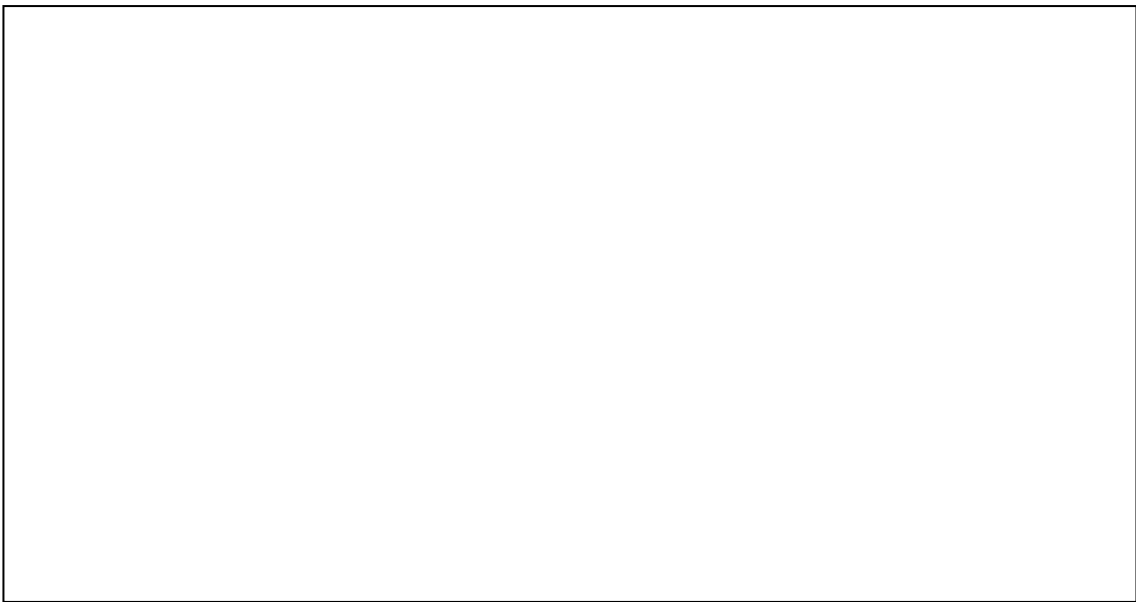
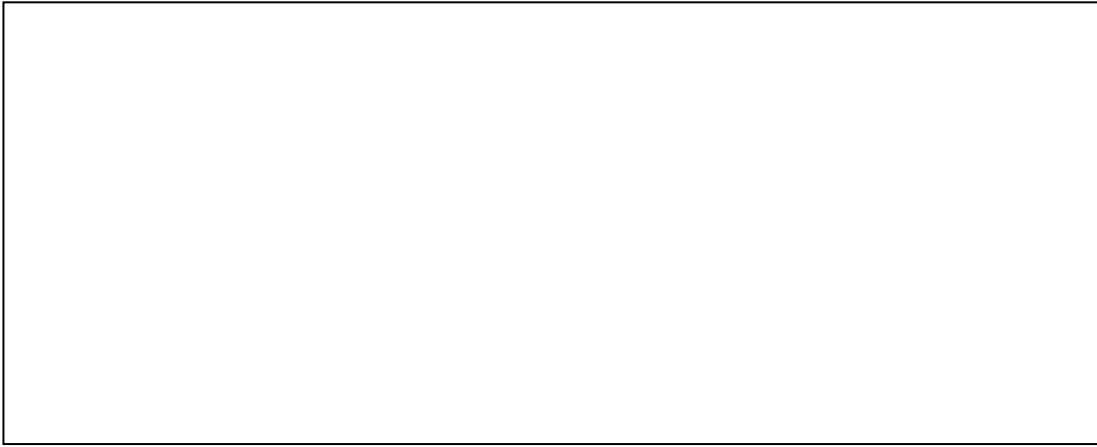
◆ Chaque structure de soins constitue, de par la généralisation et l'élargissement des groupements de coopération sanitaire en groupements de soins et de santé (loi de 2013), un cadre de coordination et de coopération pour les différentes unités de soins : professionnels, groupes de professionnels, services... de statuts éventuellement différents en gestion directe ou déléguée

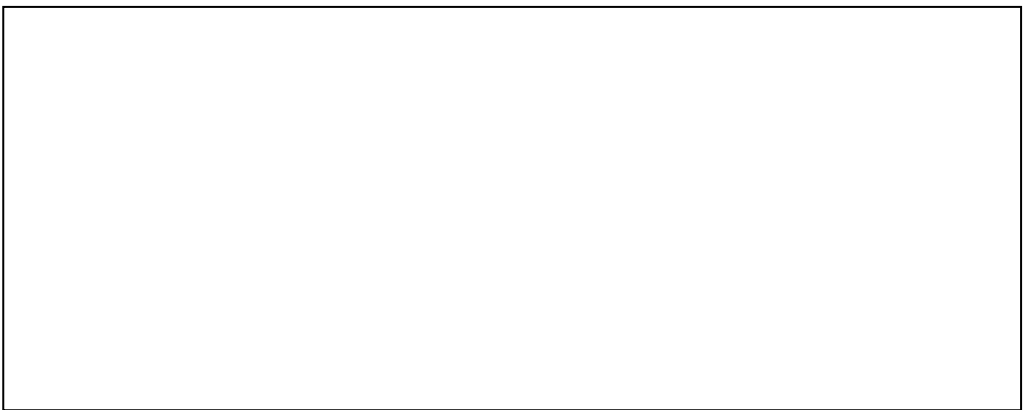
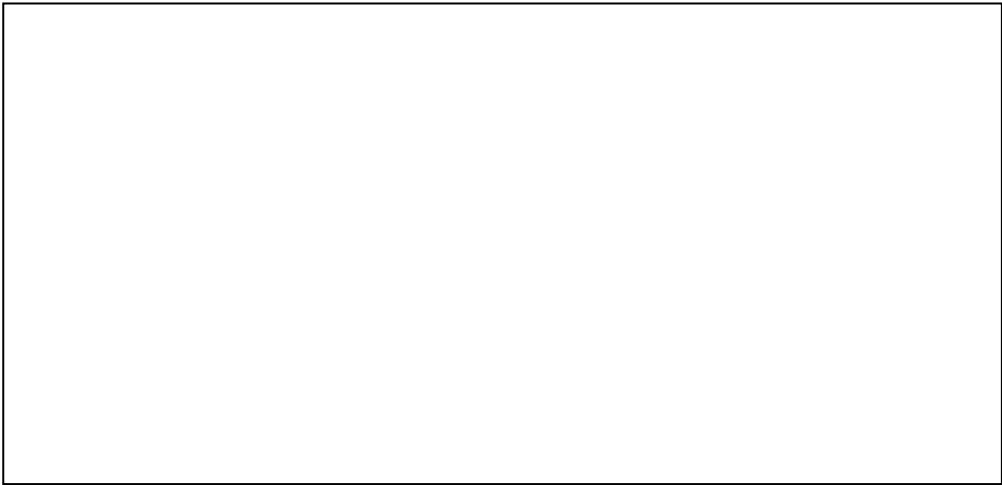
◆ Toute structure peut être :

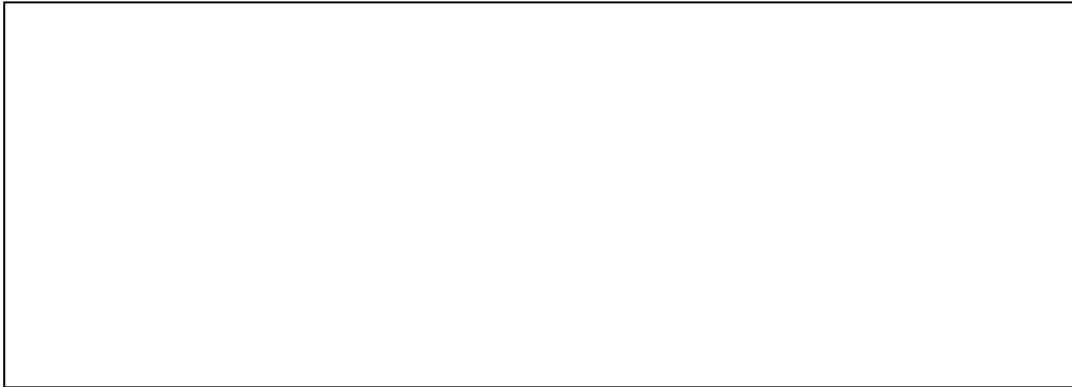
- De droit public
- De droit privé à but lucratif
- De droit privé à but non lucratif (40% des établissements publics ont adopté ce statut, en application de la loi de 2013)
- Mixte (groupements de soins et de santé)

◆ La MMH et les MBE disposent des ressources suivantes :

- Capitations (dotation annuelle par patients),
- Subventions de la région et d'autres collectivités territoriales
- Cotisations d'adhérents pour services spécifiques







L'EDUANIE CARACTERISTIQUES DE LA REGION

- ◆ Région de trois millions d'habitants, l'Eduanie dispose de 15 CMC et de 2 CMCR coordonnés avec les autres CMCR de l'inter-région Centre-Nord Ouest.
- ◆ Les personnes de plus de 80 ans sont 3 fois plus nombreuses qu'en 2005, la moyenne française étant de 3,2 Le taux de dépendance est supérieur à la moyenne nationale et les lits de gériatrie y sont plus nombreux, les actions de prévention doivent être développées dans ce domaine



L'EDUANIE ORIENTATIONS STRUCTURELLES

Il conviendra :

- ◆ de faire évoluer les 3 derniers Centres Hospitaliers de proximité en MMH:
 - MONTLO
 - BAVERRE
 - AVASIEUX

- ◆ De renforcer les relations entre MBE et MMH à partir de l'exemple mis en œuvre dans la MORSAVE

LE CONTINUUM SANITAIRE MEDICO-SOCIAL EN EDUANIE

- ◆ Tout territoire de 50000 habitants environ (pays, communautés d'agglomération ou de communes) est doté d'un système d'offre de moyen séjour, d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, de structures d'aide aux personnes dépendantes et handicapées (accueil temporaire, services à domicile, etc.).
- ◆ Structuré polyvalent et souple, ce système est coordonné avec le réseau des CMC et MMH d'une part et les dispositifs de l'action sociale d'autre part.
- ◆ Ces territoires élaborent un plan d'accessibilité au cadre de vie dans le cadre des projets locaux de santé.
- ◆ (12 pays et deux communautés agglomérations n'ont pas achevé ces plans).

INFORMATIONS MEDICALES ET URGENCES

- ◆ Pour toute information médicale, les usagers peuvent s'adresser :
 - à la MBE la plus proche 12h/24h
 - à partir de 20h, la MMH prend le relais jusqu'à 8h le lendemain
 - les informations données par l'extranet peuvent être complétées par téléphone.
- ◆ Un seul centre des appels d'urgence existe pour la région 24/24.
- ◆ La région doit accroître sa flotte d'hélicoptères médicalisés de 8 à 10 unités.
- ◆ Certaines MMH disposent d'un SMUR qui fonctionne en relation étroite avec les services de secours de la protection civile

EQUIPEMENT INFORMATIQUE DU DOMICILE DES USAGERS

- ◆ Un programme de poursuite de l'équipement des foyers pour passer de 75 % à 90 % de foyers équipés cofinancé par la région et l'assurance maladie
- ◆ Un programme de formation des usagers aux logiciels santé et soins est mis en œuvre dans chacune des MBE.

SANTE MENTALE ET PSYCHIATRIE

- ◆ Chaque MMH dispose en principe de lits de psychiatrie, 12 MMH en sont encore dépourvues, 6 devraient en être dotées d'ici 2027
- ◆ Les projets de santé des intercommunalités contribuent à la promotion de la santé mentale en liaison avec les unités de soins et les services médico-sociaux concernés

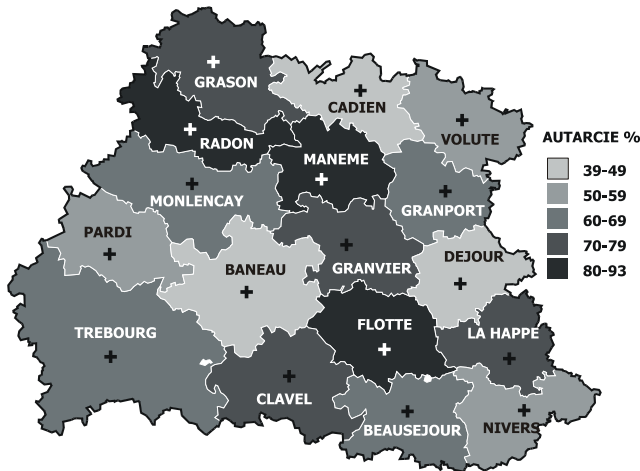
CANCER

- ◆ Evaluation et poursuite du plan cancer lancé en 2003 dans chaque territoire de CMC
- ◆ Niveau de diffusion des pratiques de consensus et de concertation
- ◆ Arbitrage entre amélioration des transports et création d'unités de soins dans les MMH ou CMC
- ◆ Évaluation des actions de prévention de divers niveaux

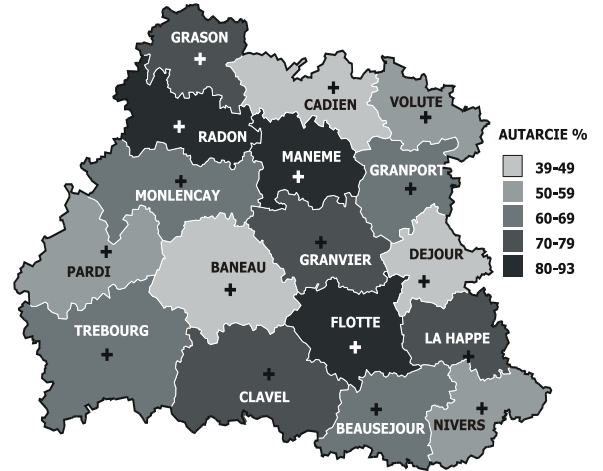
ANNEXE

Territorialisation de l'offre de soins hospitalière en Eduanie permettant à terme de faire correspondre, qualité, sécurité, et masses critiques adaptées aux centres médico chirurgicaux

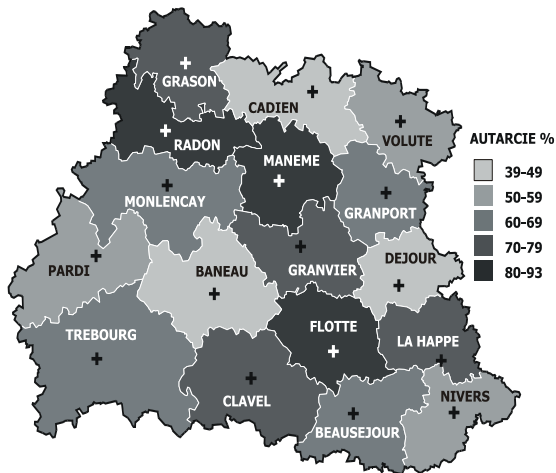
Bassins actuels de médecine



Bassins actuels de chirurgie



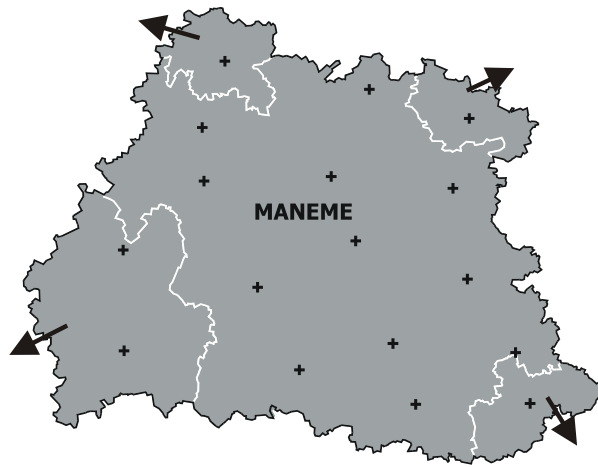
Bassins actuels de gynéco obstétrique



Ces trois cartes montrent la situation actuelle des différents territoires d'Eduanie en termes d'autarcie. Les chiffres présentés indiquent ainsi la part de la population résidant dans un territoire qui a recours à des professionnels de santé et des établissements de soins au sein de ce même territoire.

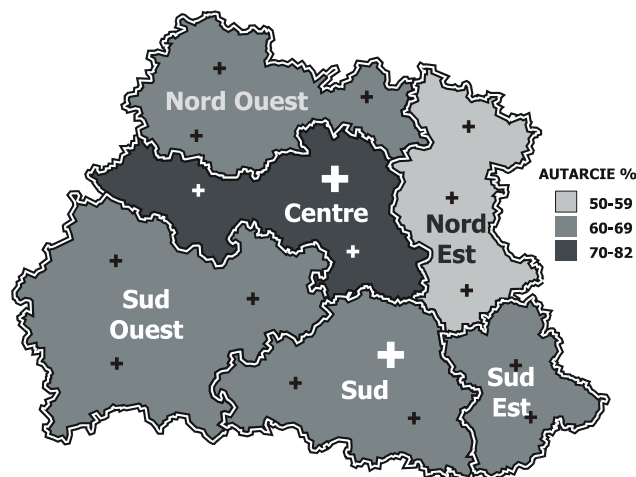
La carte ci-dessous illustre le **scénario du laisser-faire**. La concentration de l'offre se fait exclusivement sur la ville centre (Manene), les autres territoires voyant soit disparaître leur offre soumise à une trop forte concurrence soit leurs populations happées par l'offre des régions environnantes.

L'hégémonie du Centre



Une politique volontariste peut permettre d'éviter le scénario ci-dessus. Si six territoires (au lieu des seize actuels) s'organisent et coopèrent en leur sein, l'offre de soins peut perdurer en assurant une couverture territoriale plus homogène et plus accessible.

Géographie volontariste



THEME 2

Régulation et compétences

L'agence régionale de santé

Les partis pris

- ✓ L'ARS en 2025 est le résultat de changements institutionnels successifs :
 - création des ARH en 1996 et des URCAM en 1998
 - création des MRS en 2004-2005
 - loi organique des finances sociales (« Iolfisation ») en 2006
 - nomination d'un ministre de la santé, du bien être et de l'environnement en 2007
 - expérimentation de 3 ARS en 2008 sur 3 années
 - généralisation des ARS en 2012
 - loi de dévolution aux régions en 2015. Les régions ont le choix d'assurer directement leur compétence (d'où scénario Nord – Pas de Calais), soit de siéger au sein d'une ARS
- ✓ Le périmètre fonctionnel de la région administrative
Quatre ARS ont fusionné : en Normandie, en Bourgogne Franche Comté – Deux ARS (Pays de la Loire – Bretagne) délibèrent en commun tout en maintenant deux entités juridiques.

7 interrégions constituent les périmètres naturels de la recherche médicale, de l'organisation de l'internat et de quelques activités de soins.

- ✓ L'ARS est administrée par un conseil d'administration et dirigée par un directeur et un directeur adjoint.

Le conseil d'administration (17 membres), présidé par le directeur de l'ARS, est composé de quatre collèges.

- Le collège des élus (4 membres), 2 conseillers régionaux, 1 conseiller général (représentant les départements), 1 représentant des communautés urbaines.
- Le collège des professionnels de santé (4 membres) désignés par l'union régionale des professionnels de santé.
- Le collège des financeurs de la protection sociale (5 membres)
- Le collège des usagers : trois représentants désignés par le conseil des associations régionales en santé (CARUS).

L'Etat n'est pas directement représenté au sein du conseil d'administration de l'ARS.

- ✓ Le directeur de l'ARS est nommé en conseil des Ministres pour quatre ans après avis du directeur de l'UNCAM ; son adjoint est nommé par arrêté du Ministre de la santé sur proposition du directeur. Le directeur est lié au ministre par un contrat d'objectifs en application de la loi organique des finances sociales de 2006. Il rend compte de son action par un rapport annuel soumis pour avis au conseil des directeurs d'ARS et au « conseil de développement » de la région.
- ✓ Le conseil d'administration de l'ARS arrête les politiques de santé publique, les orientations budgétaires triannuelles (avec réajustement annuel), agréé les établissements, les réseaux de santé et certifie les professionnels de santé. Le directeur de l'ARS met en œuvre les politiques, exécute le budget, organise l'offre de soins. Les décisions sont prises à la majorité simple.
- ✓ Dans ce scénario, le secteur médico-social n'a pas été pris en compte : on suppose donc qu'il bénéficie toujours d'une organisation particulière confiée aux collectivités locales.
- ✓ Chaque région (qu'elle soit autonome ou qu'elle ait confié la gestion de la santé à l'ARS) reçoit une enveloppe fermée, prévue dans la loi pluriannuelle de financement, sur la base de clés de répartition votées par le Parlement. Un réajustement peut avoir lieu en fonction des seuils d'évolution de critères démographiques et/ou épidémiologiques.

✓ Parti pris relatifs à la situation de PACA : l'évolution démographique, marquée par une forte proportion de personnes âgées jusqu'en 2020, connaît ensuite un regain de natalité. L'immigration d'Afrique du Nord a repris depuis 2015.

Compte- rendu du conseil d'administration de l'ARS PACA

Le 15 janvier 2025

Ordre du jour

1. Installation
2. Perspectives budgétaires 2025
3. Agrément des réseaux et certification des professionnels et des établissements

1 Installation

Monsieur TREMBLAY, directeur de l'ARS PACA, procède à l'installation du nouveau conseil de l'ARS. Lui-même a été renouvelé pour quatre ans ; son adjoint, le docteur Irène SOUTOU, a exercé pendant dix ans dans la région Languedoc – Roussillon où elle assurait la coordination des réseaux de santé (elle assiste au Conseil sans voix délibérative).

Sur les 16 membres du Conseil, sept ont été renouvelés et neuf sont nouveaux :

- Dans le collège des élus, messieurs RAYSONNIER et PICCI ont été désignés par le conseil régional nouvellement élu, monsieur DUTRILLES représente l'assemblée des départements, lui-même est originaire du département des Alpes de Haute Provence ; monsieur EL ASAOUI représentera à nouveau la communauté d'agglomération du Grand Marseille.
- Dans le collège des professionnels, seule madame SINAMOR siège pour la première fois : orthoptiste, elle dirige le réseau « provenc'œil » et représentera le comité régional des réseaux de santé. Le docteur Philippe LEPOIVRE, Christine GABRIEL et Jean BAUER ont été renouvelés par l'union régionale des professionnels de santé.
- Dans le collège des financeurs de la protection sociale, madame Claire LAJOUX a été désignée par l'URCAM et siègera aux côtés de Brian NAMUDON et Pauline CARTON.

Les deux représentants des financeurs du secteur privé sont nouveaux : Camille LEDOUX pour la Mutualité Française et Cyril BENVENISTA pour le conseil des assurances.

Enfin, deux représentants des usagers, Madame Johanna MIR pour l'union régionale des consommateurs en santé et Sandra LEPERS, présidente des accidentés, rejoignent Victor MURENI.

Monsieur TREMBLAY souhaite que ce conseil, largement renouvelé, s'inscrive dans une tradition de respect du travail en commun et de prospective. Il rappelle les missions respectives du conseil et de la direction, les échéances principales. Il soumettra à un prochain conseil (en septembre), de nouvelles modalités de travail internes basées sur le résultat de la procédure de certification EURO 2020, obtenue après l'audit mené conjointement par la Cour des Comptes française et la Haute Autorité autrichienne.

Monsieur Cyril BENVENISTA souhaite faire une déclaration liminaire : « le conseil des assurances qu'il représente au sein de l'ARS, a été à l'origine de plusieurs propositions de lois, prévoyant la dévolution de la gestion de la santé, à l'échelon régional, à des assureurs privés. Il regrette profondément qu'à une courte majorité, les députés n'aient pas autorisé cette réforme qu'il juge indispensable à une meilleure gestion du système de santé, c'est-à-dire à un rapport coût – efficacité qui satisfasse aux besoins de santé des assurés, tout en ne ponctionnant pas inutilement leurs capacités contributives. Il rappelle que la dépense de santé en 2024 a atteint 13 % de la richesse nationale. Il se déclare néanmoins prêt à coopérer loyalement au sein du conseil d'administration de l'ARS ».

2 Perspectives budgétaires

Monsieur TREMBLAY présente la situation financière de l'ARS PACA et les perspectives budgétaires 2025. Il explique aux nouveaux élus notamment que le budget 2025 se situe comme la troisième tranche d'un budget triennal adopté en 2023 par la précédente ARS.

Les perspectives 2025 sont donc largement conditionnées par les choix faits par le précédent conseil, mais néanmoins des ajustements, même substantiels, sont possibles.

Madame MIR proteste au nom des usagers qu'elle représente sur ce qui peut s'apparenter à un simulacre de responsabilité. Elle regrette d'autre part que les orientations de l'ARS ne prennent pas suffisamment en compte les nouveaux problèmes de santé publique comme ceux des populations d'origine étrangère.

Monsieur TREMBLAY répond qu'il partage largement l'insatisfaction exprimée par madame MIR, qu'il a, comme d'autres directeurs d'ARS, proposé au Ministère un calendrier budgétaire plus respectueux des échéances de renouvellement des conseils ; toutefois, il fait remarquer que ce système triennal se révèle infiniment plus satisfaisant que l'annualité budgétaire qui prévalait jusqu'en 2018 et contre laquelle tous les conseils d'ARS de France s'étaient érigés ; enfin, il souligne que l'adoption, l'an prochain, de perspectives budgétaires 2026-2029 coïncidera avec le terme du mandat de ce conseil.

Il demande à Madame SOUTOU de présenter les éléments budgétaires et les perspectives pour 2025

L'intégralité de la présentation budgétaire est donnée en annexe. Sont reproduites ici, les cinq planches les plus significatives :

TABLEAU 1 : Ressources Emplois – évolution triennale en structure

RESSOURCES ET EMPLOIS

%	2023	2024	2025
<u>Ressources :</u>			
Activités	70,5	69.8	70.3
Missions serv. Public	18.9	20.1	19.5
Programmes	7.6	8.1	9.2
Ressources propres	3.0	2.0	1.0
Sous-total	100 %	100 %	100 %
<u>Emplois :</u>			
Etablissements	43.2	43.1	42.8
Prévention	12.3	12.5	12.7
Ambulatoire	40.0	39.1	39.9
Investissements	4.5	5.3	4.9
Sous-total	100 %	100 %	100 %

Le tableau 1 présente l'évolution des ressources et des emplois sur les trois dernières années. En 3 années, les évolutions structurelles sont faibles. On peut noter toutefois une baisse des ressources propres, qui reposent essentiellement sur les emprunts dont aucun n'a été mobilisé en 2025.

En matière d'emplois, les parts relatives entre établissements de santé, prévention et ambulatoire sont relativement stables depuis plusieurs années.

TABLEAU 2 : Répartition des ressources liées à l'activité.

ORIGINE DES RESSOURCES		
Année 2025	Montant (milliards d'€)	%
Activités hospitalisations	3,82	28.2
Activité ambulatoire	5,67	42.1
Sous total	9.49	70.3
Enveloppe MSP		19.5
Sous total	2.83	19.5
Programmes		
Etat	0,283	2.1
Région PACA	0,716	5.3
Europe	216	1.6
Autres collectivités	27	0.2
Sous total	1.242	9.2
Ressources propres		
Emprunts	-	-
Fonds de recherche	0,0405	0.3
Partenariats industriels	0,0945	0.7
Sous total	0.135	1
TOTAL	13.5	100

Concernant l'origine des ressources en 2025 (tableau 2), les principales proviennent de l'activité, en particulier l'activité ambulatoire. On peut noter la part majeure des programmes de santé financés par la région PACA (5.3% des ressources totales de l'ARS et plus de la moitié des ressources liées aux programmes de santé. Enfin, les partenariats industriels représentent aujourd'hui 0,7% de notre budget et sont notre principale ressource propre.

TABLEAU 3 : Répartition par programmes de santé

Financement	Nature	Montant (en millions d'€)	Evolution 2025/2024
Etat	• Prévention de l'obésité	138,2	id
	• Prévention du suicide des jeunes retraités	2,5	id (fin du programme)
	• Fonds de prévention	142,8	- 36 %
Sous total		283,5	
Région PACA	• Prise en charge du diabète	350	id
	• Suivi médico-social des prématurés	28,5	id
	• Programme qualité certification	85	id
	• Fonds régional	252	id
Sous total		715,5	
Europe	• Recherche médicaments liés aux produits de la mer	216	+ 100 %
Sous total		216	
Autres collectivités	• Santé des migrants	27	
Sous total		27	
TOTAL		1 242,00	+ 15 %

Le tableau 3 présente la répartition de notre budget « programmes de santé » en fonction des principaux financeurs. Globalement, le budget consacré aux différents programmes augmente de 15% entre 2024 et 2025. Cette hausse est due au financement européen que nous avons obtenu sur la recherche pharmaceutique liée aux produits de la mer qui fait plus que compenser la baisse du fonds de prévention attribué par l'Etat. Concernant le financement provenant de la région PACA, on peut noter que la prise en charge du diabète reste la priorité régionale. Les évolutions démographiques récentes avec la baisse de la part des personnes âgées et la reprise de la natalité dans notre région peuvent toutefois nous laisser penser que la question du suivi médico-social des prématurés et les programmes d'accompagnement de la grossesse (notamment pour les femmes issues de l'immigration) devraient se développer durant les prochaines années.

TABLEAU 4 : Réalisations 2024 / versus prévisions

REALISATIONS 2024	
Ressources budgétées	13,220
Variations d'activité	0,045
Emplois	13,140
Résultats	+ 0,125

Le résultat positif enregistré en 2024 correspond pour un tiers à une variation d'activité positive et pour les deux tiers à des économies sur le fonctionnement et sur certains programmes. Compte tenu de la nature de ce résultat, il est proposé au conseil d'affecter les surplus liés à l'activité à l'investissement et le reste à un fonds de réserve.

Les membres du conseil félicitent madame SOUTOU pour la clarté de son exposé. Outre les nombreuses demandes d'explications, les questions les plus significatives donnant lieu à débat, ont été les suivantes :

L'ARS PACA peut elle accroître ses recettes ?

Trois possibilités sont ouvertes :

- Augmenter la participation financière des patients : cela permet mécaniquement une baisse des dépenses de l'ARS mais il s'agit d'une mesure très impopulaire. Les associations de patients et les professionnels de santé y sont opposés arguant que le reste à charge des patients dans notre région est déjà parmi les plus élevés...
- Augmenter les ressources non liées à l'activité : il s'agit là des possibilités d'obtenir des crédits supplémentaires de la part de l'Etat (pour des programmes de santé publique), des collectivités locales (pour des programmes de recherche ou des subventions d'investissement) ou encore des conventions signées avec les entreprises dans le cadre de l'organisation de séminaire de prévention (en particulier les séminaires d'aide au sevrage tabagique ou de prévention de l'alcoolisme qui rencontrent un fort succès). D'ores et déjà, les propositions budgétaires 2025 présentent deux projets nouveaux, l'un lié à la prévention de l'obésité, l'autre à un programme de recherche franco-italien-espagnol, sur les médicaments liés aux produits de la mer.
- Avoir recours à l'emprunt pour investir : l'ARS PACA a déjà eu recours à cette possibilité puisqu'elle a lancé, en lien avec la région Languedoc – Roussillon, un emprunt obligataire de 500 millions d'Euros en 2022 afin de soutenir le programme régional d'investissement. Compte tenu du taux de vétusté des équipements de santé, qui est revenu en deçà de la moyenne nationale, du taux d'endettement de l'ARS qui demeurera, jusqu'en 2027, assez élevé en comparaison aux ratios nationaux, le budget 2025 ne propose pas un nouvel emprunt pour cette année.
- Enfin, la région peut accroître, non pas ses ressources, mais ses marges de manœuvre financière si des efforts de productivité sont accomplis. Les enveloppes régionales allouées de façon triennale par la loi de financement sont, en effet, basées pour partie sur des coûts moyens nationaux.

Peut-on modifier les répartitions par programmes ?

La réponse est clairement positive dans les conditions suivantes :

- A l'intérieur du programme prévention, des répartitions différentes sont possibles, compte tenu notamment de l'évaluation des programmes, de l'état des projets. Le programme prévention de l'ARS PACA repose principalement sur 7 programmes et deux fonds régionaux, dont 2 sont en fin de cycle et dont l'évaluation sera connue en juin prochain :
 - (a) la prévention du suicide des jeunes retraités
 - (b) le programme de suivi médico-social quinquennal des prématurés de moins de 36 semaines.

Les premières données de l'évaluation interne qui devra être corroborée par le collège spécialisé de la Haute Autorité de Santé (*) laissent entrevoir la faible efficacité du programme « a ». Son éventuel abandon sera donc soumis au prochain conseil de l'ARS. Le budget de ce programme de 250 000 €/annuel pendant cinq ans, pourra donc être redistribué à des projets nouveaux (cinq ont actuellement reçu l'agrément scientifique de la commissions régionale spécialisée où siègent deux des administrateurs de l'ARS).

- Sur les ressources propres de l'ARS provenant de l'activité : Madame SOUTOU rappelle qu'en PACA, un prélèvement de 0,25 % des ressources liées à l'activité ont été affectées à des programmes de prévention, de soutien aux associations de patients et de recherche. D'autres ARS en France ont été plus volontaristes dans cette démarche en y affectant près de 0,50 % de ces mêmes ressources. Le directeur souhaite que ces programmes fassent l'objet d'un engagement accru des établissements de santé.

Quels seront les effets de la réforme de la tarification à l'activité prévue en 2027 ?

Monsieur TREMBLAY rappelle les conditions dans lesquelles la tarification à été mise en place il y a maintenant 20 ans en 2004/2005. Ce système succédait à celui dit du budget global qui s'appliquait aux établissements publics, les cliniques étant soumises à un système complexe de tarification. La tarification à l'activité a donc été généralisée en 2008, plus tôt que le calendrier initial le prévoyait pour les établissements publics et la notion de budget de missions de service public (BMSP qui a succédé au MIGAC/MERRI en 2012) a évolué quant à son périmètre et à son mode de calcul au fil des ans.

La tarification à l'activité a incontestablement produit des effets quant à la restructuration de l'offre de soins en réduisant drastiquement le nombre de plateaux techniques, en obligeant à des coopérations public – privé. En revanche, la T2A n'a jamais pu s'adapter aux spécificités de la psychiatrie et des réseaux.

La réforme, expérimentée depuis deux ans dans cinq régions françaises, devrait être généralisée en 2027 : elle consiste à introduire des dotations à la capitation (c'est-à-dire, une dotation par habitant) pour le financement de la psychiatrie, de certaines pathologies chroniques, modulées par des indicateurs de santé publique. L'ARS PACA n'a pas été incluse dans l'expérimentation évoquée ci-dessus. Monsieur TREMBLAY propose qu'un échange soit organisé avec l'ARS Nord – Pas de Calais qui est une région expérimentatrice et avec laquelle des liens étroits existent depuis plus de 20 ans, initiés en 2003 par des travaux du Commissariat général du Plan.

Les orientations budgétaires pour 2025 sont soumises au vote du Conseil d'Administration :

Votes favorables = 12

Votes négatifs = 3 (M. Benvenista, Mme Carton, Mme Mir)

Abstentions = 2 (Mme Lepers, M. Bauer)

3. Agrément des réseaux et certification des professionnels et des établissements

Monsieur TREMBLAY expose aux nouveaux administrateurs, qu'il s'agit là d'une mission importante, quoique presque routinière du conseil d'administration de l'ARS. Il rappelle que malgré les demandes répétées du conseil des ARS, l'agrément des associations de patients reste de la compétence du ministre et ce, depuis 20 ans !

L'agrément des réseaux, la certification des professionnels et des établissements est de la responsabilité de l'ARS. Après une longue période de tâtonnements juridiques et organisationnels, les procédures ont été simplifiées et réussies. Il n'y a plus de régime d'autorisation pour les établissements, ni d'agrément spécifique pour certains réseaux. Une commission spécialisée de l'ARS recueille les avis des collectivités régionales, des ordres professionnels et des sociétés savantes et/ou constate les résultats des certifications par des organismes agréés au plan national comme au plan régional. Cette commission émet ensuite des propositions au CA de l'ARS.

Après débat,

- les professionnels de santé (liste en annexe) sont certifiés (renouvellement ou initial),
- les réseaux PACardiaque et Néphroméditerranée sont agréés,
- les certifications de l'Assistance Publique de Marseille et des Bouches du Rhône et de la Polyclinique du Cèdre à Nice sont reconnues.

La décentralisation des compétences aux Régions

Les partis pris

- ✓ Dans cet exercice, nous avons choisi de rester relativement « fidèles » à une réunion de conseil régional : le ton est donc parfois **polémique** avec des interpellations politiques. La santé est donc devenue une question éminemment politique au niveau régional avec, en particulier l'idée d'un contrôle démocratique fort. Par ailleurs, la santé est aussi abordée de manière globale, notamment au travers des questions d'aménagement du territoire.
- ✓ Les **prérogatives de l'État** en termes de santé :
 - Il assure une péréquation inter-régionale sur la base d'un budget régional théorique calculé en fonction de la taille de la population régionale pondérée par des déterminants individuels des dépenses de santé et du potentiel fiscal de chacune des régions (une sorte d'Ondam régionalisé qui serait opposable) ;
 - Il est responsable, en collaboration avec l'union européenne, de la police sanitaire et de la gestion des crises sanitaires ;
 - Il assure l'évaluation des actions de santé (Haute Autorité de Santé) et veille au respect du « socle commun » (accès et qualité des soins) que doivent proposer toutes les régions.
- ✓ Les **acteurs régionaux** : l'observatoire régional de la santé (ORS) est maintenu dans son rôle d'observation et d'expertise, le secrétariat des groupements régionaux de santé publique est assuré par le conseil régional, le personnel des agences régionales d'hospitalisation (ARH), des Unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM) et des caisses d'assurance maladie a été intégré dans le service santé de la Région, les directions régionales de l'action sanitaire et sociale (DRASS) ont été intégrées au Pôle Santé-Environnement des préfectures et sont des relais pour l'État (évaluation régionale, police et gestion des crises sanitaires)
- ✓ Les régions sont **libres de gérer leur budget santé** (sous réserve de respecter le socle commun). Par exemple, elles peuvent déléguer ce budget à des opérateurs publics ou privés, mettre en concurrence des prestataires de soins, etc. Ainsi, le Nord-Pas-de-Calais a choisi de travailler sur la base d'un budget tri-annuel qui intègre le secteur médico-social. La répartition du budget entre différentes enveloppes est laissée à l'appréciation des régions.
- ✓ Les régions lèvent un impôt complémentaire que l'Etat leur a confié en vue du financement de leur compétence santé (qui sera appelé contribution santé généralisée régionale ou CSGR). Parmi les scénarios budgétaires (présentés en annexe), les scénarios 1 et 2 présentent l'avantage d'impliquer davantage les régions que le scénario 3. Or, l'exemple espagnol montre que lorsque les régions reçoivent une dotation forfaitaire de la part de l'État couvrant la très grande majorité de leurs dépenses, elle consacrent beaucoup d'énergie à prouver que cette dotation est insuffisante. En revanche, ces deux scénarios posent des difficultés de nature juridique en termes d'autonomie des collectivités territoriales.
- ✓ Les débats portent sur : le niveau de la fiscalité locale, les priorités en termes de santé publique, la répartition du budget entre enveloppes, l'organisation de l'offre de soins au niveau régional (délégation, appels d'offre, recours à d'autres opérateurs...), les incitations à l'installation de professionnels de santé. Les décisions individuelles qui sont validées lors de la séance soulignent le renforcement de la politique d'évaluation des professionnels de santé ainsi que celui de la mobilité des professionnels de santé au sein de l'Union européenne.
- ✓ Concernant la **trajectoire du Nord-Pas-de-Calais**, sont simplement prolongées quelques tendances observables aujourd'hui. En matière économique, la phase de déclin de la région semble aujourd'hui terminée : on suppose que l'on reste sur ce même trend dans les 20 ans qui viennent et, en 2025, le Nord-Pas-de-Calais est une région « moyenne », sinon prospère. En termes épidémiologiques, les progrès enregistrés dans la lutte contre l'alcoolisme sont confirmés mais la mortalité prématurée reste importante, notamment le taux de suicide. Enfin, la démographie de la région est caractérisée par un phénomène de papy-boom en 2025, soit plus tardivement que dans les autres régions françaises.

Nord-Pas-de-Calais

Séance plénière du Conseil Régional

Le 7/07/2025

Ordre du jour

1. Débat d'orientation budgétaire
 2. Décisions individuelles
-

1. Débat d'orientation budgétaire

Nicolas Boris, rapporteur du budget santé de la région :

Nous parlons aujourd'hui d'orientation budgétaire pour notre compétence « santé ». Ne nous trompons pas de débat. Au-delà des chiffres, c'est de choix politiques fondamentaux dont il s'agit. À cette croisée des chemins pour notre nouvelle majorité, il fallait choisir entre deux attitudes. La première consistait à limiter les dégâts et à proposer un budget quasi-constant, à peine suffisant pour couvrir l'inconséquence de la politique fiscale de l'ancienne équipe et les retards (voire les désengagements de l'État). La seconde attitude était l'action. C'est pour cette voie que nous avons opté, le seul choix digne et responsable.

Les dépenses de santé de notre région ont connu une quasi stagnation durant le mandat précédent en raison de la baisse du taux d'imposition décrété par l'ancienne majorité. Alors que dans les autres régions, la contribution santé régionale généralisée (la csgr) s'élève en moyenne à 3 % nos prédécesseurs l'ont fixée à 1,5 %. Certes les progrès en termes de santé du Nord-Pas-de-Calais durant les vingt dernières années ne justifient plus aujourd'hui de faire porter l'essentiel de l'effort régional sur la santé mais avec un taux d'imposition à 1,5 % on se retrouve avec une situation digne du système de santé britannique des années 80.

Ne nous trompons pas. Si l'ancienne majorité a perdu les élections, c'est avant tout parce que nos concitoyens refusent d'attendre 6 mois pour une opération de la cataracte ou pour un rendez-vous avec un cardiologue. La mesure la plus urgente, aujourd'hui, est donc de garantir l'accès aux soins dans la région Nord-Pas-de-Calais et pour cela, il faut arrêter de raconter de jolies histoires à nos concitoyens : si on veut améliorer l'accès aux soins et la qualité, il faut que chacun mette la main à la poche. C'est pourquoi notre première mesure c'est d'augmenter le taux de Csgr à 2,5 %. Cela correspond à une hausse de 66 % du taux. Nous savons bien qu'il ne s'agit pas d'une mesure populaire mais nous croyons qu'il faut en finir avec la démagogie de l'équipe précédente qui promettait baisses d'impôts et maintien de la qualité des soins en même temps !

Ilhem Steinkler

M. Boris, vous n'ignorez pas qu'il y a 20 ans le Nord-Pas-de-Calais était une région économiquement sinistrée. Peut-être avez-vous oublié tous les efforts que nous avons dû faire pour attirer à nouveau les investisseurs et même les professionnels de santé qui se précipitaient vers les régions plus accueillantes du sud de la France – mais à l'époque vous et votre parti criez déjà au scandale quand nous essayions de relancer l'initiative économique. Une fiscalité locale légère a été un des avantages comparatifs de notre région et nous a permis de rattraper peu à peu

notre retard. Et voilà qu'aujourd'hui, à peine revenu aux commandes de la région, vous voulez ruiner 20 ans d'efforts ! Pour ma part, je refuse de voter un budget qui anéantirait le travail de tant d'années !

François Haudeville

Madame Steinkler, votre intervention ne me surprend pas mais je trouve que votre approche est pour le moins discutable. Vous nous parlez d'attractivité de la région. Très bien. Je suis convaincu que l'attractivité est une bonne question. Je suis tout aussi convaincu que votre réponse n'est pas la bonne. Pour nous, l'attractivité d'une région a beaucoup à faire avec l'aménagement du territoire. Les incitations économiques jouent un rôle, nous ne le nions pas mais arrêtons de nous faire croire que les entreprises s'installent dans les régions ayant le taux d'imposition le plus faible. Si c'était le cas, il n'y aurait plus une seule entreprise en Midi-Pyrénées. Non, je crois qu'une entreprise s'installe dans une région si elle sait qu'elle pourra y trouver les compétences dont elle a besoin et les infrastructures en termes de service public. L'accès au système de soins fait partie des services que toute région doit pouvoir offrir. Or que voyons-nous avec votre politique de réduction de la csgr ? Des déserts médicaux dans les zones difficiles de l'ancien bassin minier, des listes d'attente dans le secteur public et la forte croissance du marché des soins et des assurances volontaires, réservées aux plus riches de nos concitoyens. Voulez-vous vraiment nous faire croire que ce sont des facteurs d'attractivité de notre région ?

Nicolas Boris

Merci M. Haudeville pour ces remarques. Je voudrais souligner qu'un taux de 2,5 % reste tout de même inférieur à la moyenne nationale qui est de 3 %... et je ne parle pas de la région PACA où le taux de csgr est à 4,5 % !

Je vous propose de poursuivre ce débat d'orientation budgétaire avec quelques éléments sur les financements que nous accorde l'État. Aujourd'hui, la participation de l'État représente 35 % de notre budget santé alors qu'il y a dix ans elle s'élevait à 40 % de nos dépenses. Avant la loi de dévolution régionale de 2015, le rapport entre les cotisations santé de la région et sa dépense de santé était de l'ordre de 66 %. Avec la prise en compte des paramètres épidémiologiques, démographiques et économiques nous avons bénéficié d'une plus forte participation de l'État qui est passée de 34 % en 2005 à 40 % en 2015 (même si en 2005, il était abusif de parler de participation de l'État). Cette augmentation substantielle de notre budget nous a permis de faire des progrès considérables en termes de santé publique et de pallier le sous-financement chronique de la santé dans notre région (en 2005, les dépenses de santé du NPdC représentaient 7,3 % du PIB régional alors qu'en France la moyenne était de l'ordre de 10 %).

Nous ne pouvons que nous réjouir de cette évolution qui témoigne de la bonne santé de notre économie et de nos concitoyens. Après avoir passé des années à nous plaindre des retards dans le paiement des sommes dues, après avoir frôlé la catastrophe quand l'État a gelé ses crédits pour faire face à la crise économique de 2017, nous avons maintenant gagné en autonomie. 35 %, ce n'est pas une petite somme mais si on compare ce chiffre à notre degré de dépendance passé, on peut dire que l'on a fait de sacrés progrès. Il n'en reste pas moins que les retards dans le versement des prestations de la part de l'État nous sont préjudiciables. Nous ne devons pas relâcher la pression sur le gouvernement !

Annie Renaud

Vous proposez une augmentation de la csgr de 66 %. Dans le même temps, le taux de croissance de notre potentiel fiscal devrait être de 2,5 % selon les prévisions qui se trouvent dans le rapport d'orientation budgétaire avec une participation financière de l'État qui devrait rester stable pour 2026. Donc si mes calculs sont bons, c'est une hausse de presque 5 % du budget santé de la région. C'est considérable. Nous voulons donc connaître vos priorités.

Nicolas Boris

Ne soyez pas impatiente Madame Renaud, j'y viens. Comme d'habitude, les priorités de notre budget ont été déterminées dans le cadre du groupe régional de santé publique en concertation avec les élus locaux de la région – et notamment les services de médiation santé. Pour dégager

ces priorités, nous tenons bien évidemment compte des données sur la morbi/mortalité de la population de notre région et des territoires qui la composent ainsi que des analyses plus fouillées sur les déterminants de la santé qui nous sont transmises par l'Observatoire régional de la santé.

Notre budget pour 2026-2030 est réparti en quatre grands postes :

- les actions de prévention et d'éducation à la santé : 20 %
- les missions transversales : 20 %
- les soins de premier recours et notamment le financement de base des maisons du bien-être : 25 %
- les soins secondaires et hospitaliers : 35 %

Par rapport au budget précédent, la répartition entre ces quatre postes est relativement stable mais notre organisation permet tout de même une grande souplesse dans l'utilisation des crédits. Par exemple, le financement de base des maisons du bien-être est calculé en fonction de l'état de santé de la zone de patientèle et de ses caractéristiques socio-économiques mais les maisons du bien-être peuvent obtenir des financements supplémentaires sur les autres enveloppes (en particulier sur l'enveloppe prévention/éducation à la santé où leur rôle est fondamental).

Quelles sont nos **priorités** sur chacun de ces postes ?

En termes de prévention et d'éducation à la santé, il faut redoubler d'efforts sur la prévention de la mortalité évitable. Cela fait trop longtemps que notre région est à la traîne en ce domaine et si nous avons réussi à diminuer l'écart, nous sommes toujours bons derniers. D'après les analyses épidémiologiques de l'ORS, notre effort doit porter en priorité sur la prévention du suicide. Nous allons donc attribuer des enveloppes Mig (mission intérêt général) conséquentes aux maisons du bien-être qui s'engageront dans la démarche de prévention du suicide qu'a définie la Haute Autorité de Santé. Autre sujet important dans notre région : le problème de l'ostéoporose, qui a été moins bien prise en charge que dans les régions qui sont confrontées depuis plus longtemps que nous au vieillissement de la population. Là encore, les maisons du bien-être joueront un rôle majeur ainsi que les médecins spécialistes.

Une bonne partie de notre enveloppe transversale sera consacrée comme chaque année au secteur médico-social avec l'ouverture d'un nouveau centre de jour pour le quatrième âge. Nous sommes actuellement en train de préparer l'appel d'offre qui sera soumis à l'ensemble des acteurs (publics et privés) : le cahier des charges comprendra évidemment la construction de la structure mais aussi son fonctionnement. Nous nous attendons – de la même manière que lors des appels d'offre précédents pour la création de résidences d'hébergement pour personnes en perte d'autonomie – à recevoir de nombreuses propositions émanant de consortiums publics/privés. Les autres missions transversales relèvent du système d'information, des politiques d'aménagement du territoire ou encore des coûts de gestion.

Concernant les soins de premier recours, il s'agit de relancer nos politiques incitatives à l'installation des maisons du bien-être dans les zones difficiles que l'ancienne équipe avait tout simplement laissées à l'abandon. Nous allons donc consacrer une large partie de l'augmentation de l'enveloppe « soins de premier recours » à la mise en œuvre de politiques incitatives, là où elles sont nécessaires. Pour prendre un exemple, dans la communauté d'agglomération du Douaisis, 25 % de la population a plus de 60 ans et on dénombre 2300 personnes atteintes de démence sénile. Or que peut-on offrir à cette population ? Rien. L'État (en particulier le ministère de l'équilibre du territoire) a accepté de financer une maison du bien-être mais nous n'avons pas été capables d'attirer une équipe de professionnels dans cette maison. Avec moins de 1,4 médecins pour 1000 habitants dans la communauté, je vous garantis que ceux qui exercent chez nous ont un emploi du temps largement occupé.... Il faut donc aller les chercher ailleurs. Pour ouvrir cette maison du bien-être, nous devons offrir un taux de salaire élevé, des primes « zone difficile » et même prendre en charge une partie des frais de logement des médecins et de leur famille si nécessaire. Nous devons aussi offrir aux professionnels qui viendront s'installer dans le Douaisis un cadre de vie attractif. Cela signifie notamment qu'il faut rénover nos équipements sportifs qui sont vétustes, ouvrir des places en crèche, améliorer la desserte des villages alentours, etc. Bien sûr toutes ces opérations ne peuvent pas relever uniquement du budget santé et d'autres sources de financement doivent être recherchées.

Concernant les soins secondaires et hospitaliers, les évolutions des 10 dernières années nous ont permis de réorganiser les structures hospitalières. L'hôpital est, avant tout, un plateau technique. Notre priorité aujourd'hui, en matière hospitalière, est de renforcer notre capacité de traitement et de gestion des informations. Il est tout de même scandaleux qu'en 2025 on ne puisse pas offrir à l'ensemble des patients qui passent à l'hôpital un Santémètre avec une liaison Wi-Fi performante afin que leurs paramètres vitaux soient transmis, enregistrés et gérés en temps réel à l'hôpital. Nous comptons aussi participer à la réévaluation nationale de l'échelle des coûts par pathologie qui permet de calculer les prix relatifs des séjours, ces prix relatifs servant ensuite de base aux allocations budgétaires.

Ilhem Steinkler

On ne peut qu'être d'accord avec les grandes orientations que vous nous présentez mais la question que vous éludez c'est sommes nous les mieux placés pour gérer le budget santé ? L'expérience de la région Aquitaine montre qu'il est tout à fait possible de déléguer la gestion de ce budget à d'autres opérateurs, je pense en particulier aux assureurs complémentaires. Vous savez comme moi qu'il n'y a pas de meilleur aiguillon à une gestion efficace que la concurrence.

François Haudeville

Quant à vous Madame Steinkler, vous savez certainement qu'en multipliant les opérateurs pour les mettre en concurrence, on multiplie aussi les coûts de gestion du système. Je ne suis pas sûr que la santé ou les finances publiques y gagneraient au final. Vous croyez à la mise en concurrence des assureurs, moi je crois en la mise en concurrence des producteurs !

Jean-Paul Clamard

Je voudrais simplement faire une remarque sur la répartition des crédits qui est pratiquée dans notre région. Comme vous le savez, j'ai passé de nombreuses années dans une région du sud de la France. Ce qui me frappe dans la présentation de M. Boris, c'est l'accent qui est mis sur la prévention et les soins primaires qui représentent à eux seuls 45 % des dépenses. Dans la région dont je suis originaire, l'hôpital et les soins secondaires représentent à eux seuls 50 % du budget, sachant que ce budget est largement supérieur à celui du Nord-Pas-de-Calais... Le sentiment que j'en retire c'est que dans le domaine de la santé, les régions ont des traditions spécifiques en termes de mode de recours et qu'il reste difficile d'aller contre ces traditions !

Nicolas Boris

Bien. Je vous propose que l'on passe maintenant au vote.

2. Décisions individuelles

Le professeur Basyzkr qui a une expérience de 15 ans en tant qu'anesthésiste à l'hôpital central de Tallin (lettonie), est nommé chef du Pôle anesthésie de l'hôpital de Lens. Cette nomination sera effective lorsque le professeur Basyzkr aura validé sa formation « intégration des professionnels de santé étrangers pour la France ».

Le docteur Quanpoint qui n'a pas satisfait les conditions de l'évaluation lors des trois dernières années est tenu de s'inscrire à la faculté de médecine de Lille afin d'y suivre la session de remise à niveau des médecins généralistes organisée tous les ans. Conformément à la décision du Conseil national de l'ordre des médecins, le docteur Quanpoint est interdit d'exercice jusqu'à la validation de cette formation.

ANNEXE

Scénarios budgétaires

1. La situation en 2005

Au niveau national, les ressources de l'assurance maladie se répartissent de la sorte :

CSG	34,4 %
Cotisations des assurés	3,4 %
Cotisations des employeurs	50 %
Taxes spécifiques (tabac-alcool-auto)	3,4 %
Industrie pharmaceutique	0,6 %
État (subvention+compensation)	6,5 %
Autres	1,7 %

Commission des comptes de la sécurité sociale

Au niveau du rapport entre recettes et dépenses *par région*, les cotisations sociales financent l'ensemble des dépenses de santé en Île-de-France. Si on ajoute aux cotisations sociales régionales, le montant moyen (calculé sur une base nationale) de la csg, l'Alsace et Rhône-Alpes serait aussi à l'équilibre.

Pour la région NPDC (selon les carnets de santé de la France 2004), les cotisations sociales financent environ 64 % des dépenses, la csg moyenne nationale (482€ par personne et par an) compterait environ pour 34 % avec un déficit régional de 2 %.

Attention : je ne retrouve pas exactement les chiffres des carnets de santé en termes de poids des cotisations dans les ressources de l'assurance maladie ou alors il faut ajouter l'item compensation de l'État (6,2 %) aux cotisations sociales. Par ailleurs, les dépenses sont standardisées au niveau des régions.

2. Deux scénarios de régionalisation des recettes

Scénario 1 : L'acte 3 de la décentralisation

L'État décide de confier la responsabilité du financement et de la gestion du système de santé aux régions. Dans ce contexte, il est difficile de justifier l'existence de cotisations sociales pour le risque maladie... En partant de la structure budgétaire actuelle, la **suppression des cotisations patronales et salariales** entraînerait une baisse des ressources de l'assurance maladie de l'ordre de 53,4 %. Afin de compenser cette baisse, le taux de csg (en moyenne d'environ 7,5 %) devrait passer à 19,25 % ou on pourrait créer une nouvelle contribution (la contribution sociale complémentaire ou CSC) avec la même assiette que le csg et avec un taux de 11,5 %. La deuxième solution est préférable dans la mesure où elle permet un transfert partiel en direction des régions des recettes de l'assurance maladie.

Au total, la loi de 2015 sur la dévolution « santé » prévoit :

- La suppression des cotisations sociales qui sont remplacées par la CSC (contribution sociale complémentaire). Le taux de CSC est de 11,5 %, son assiette est celle de la csg et la CSC représente 53,4 % des ressources de l'assurance maladie ;
- Le transfert de la CSC aux régions et la possibilité offerte aux régions de collecter une taxe supplémentaire, la csgr (contribution sociale généralisée régionale), qui sera affectée au budget santé et dont le taux est laissé au libre choix des régions.
- La csg nationale (taux moyen de l'ordre de 7,5 %) reste collectée par l'État afin d'alimenter le fonds de péréquation entre les régions. En moyenne la csg nationale représente 35 % des ressources de l'assurance maladie. Une partie de la csg nationale est utilisée par l'État pour remplir ses missions de santé publique.

Le calcul de la péréquation :

L'État calcule une dotation théorique D pour chaque région en fonction de paramètres démographiques, sociaux, géographiques et épidémiologiques.

Il évalue ensuite le potentiel fiscal PF de chaque région sur la base d'un taux de CSC égal à 11,5 % - fixé par la loi.

Le montant de la péréquation PR est donné par la formule suivante :

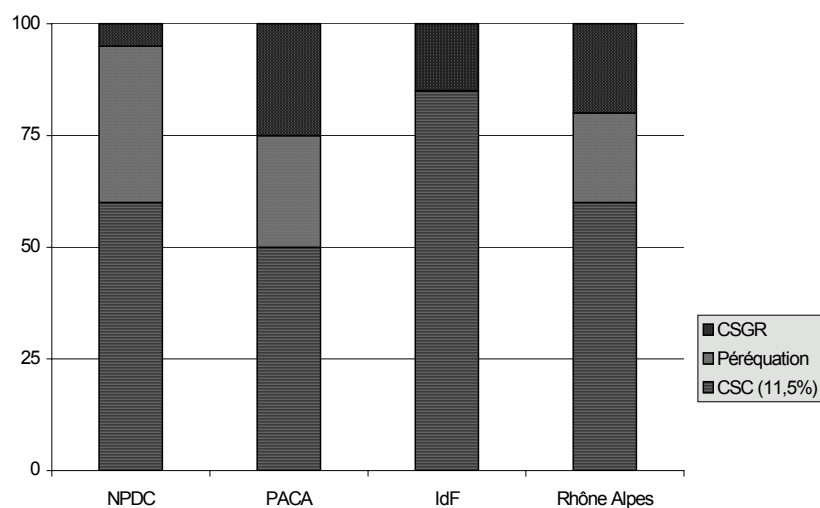
$$\begin{aligned} PR &= D - PF \text{ si } D > PF \\ PR &= 0 \quad \text{sinon} \end{aligned}$$

Scénario 2 : a minima

L'État transfère l'ensemble des cotisations sociales aux régions plutôt que la CSC... pour les autres éléments du scénario, pas de changements par rapport au premier scénario.

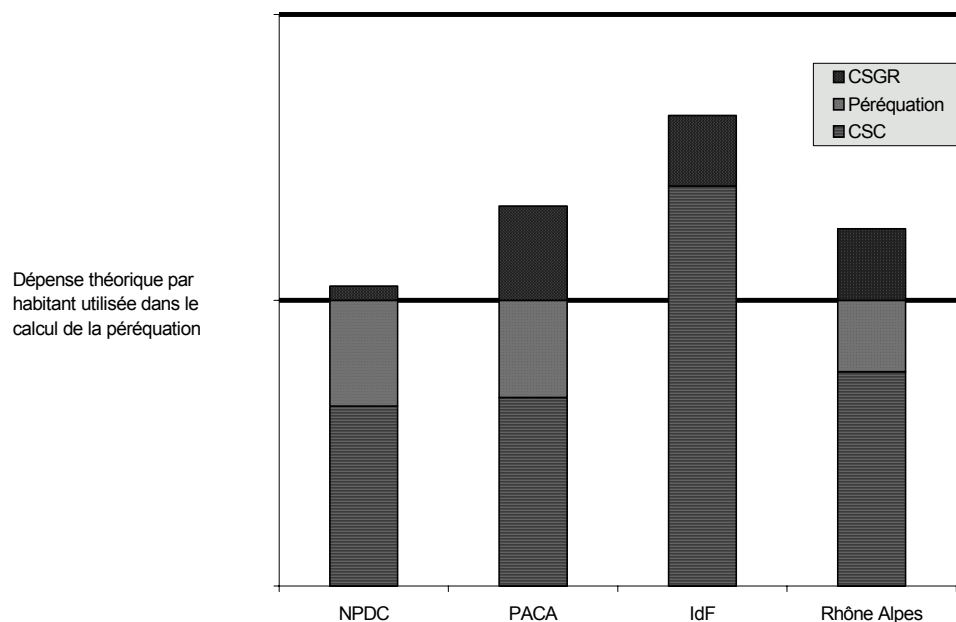
Quelques exemples d'application de ces règles

Fig. 1 La structure de budget santé des régions (en %) :



La figure 1 montre la diversité des situations selon les régions. Par exemple, dans les régions les plus riches (Ile-de-France et Rhône-Alpes), la CSC couvre plus de la moitié des dépenses de santé. La péréquation est aussi très différente selon les régions : nulle en Ile-de-France, elle représente une part importante du budget santé du Nord-Pas-de-Calais. De même, les ressources collectées par le biais de la fiscalité locale optionnelle (la CSGR) varient fortement, en fonction de la richesse de la région mais aussi du taux de fiscalité retenu par la région : ainsi même si l'Ile-de-France est plus riche de Rhône-Alpes, les recettes dégagées par la fiscalité locale optionnelle y représentent une part moins importante des dépenses de santé.

Fig. 2 : les dépenses de santé standardisées par habitant et par région



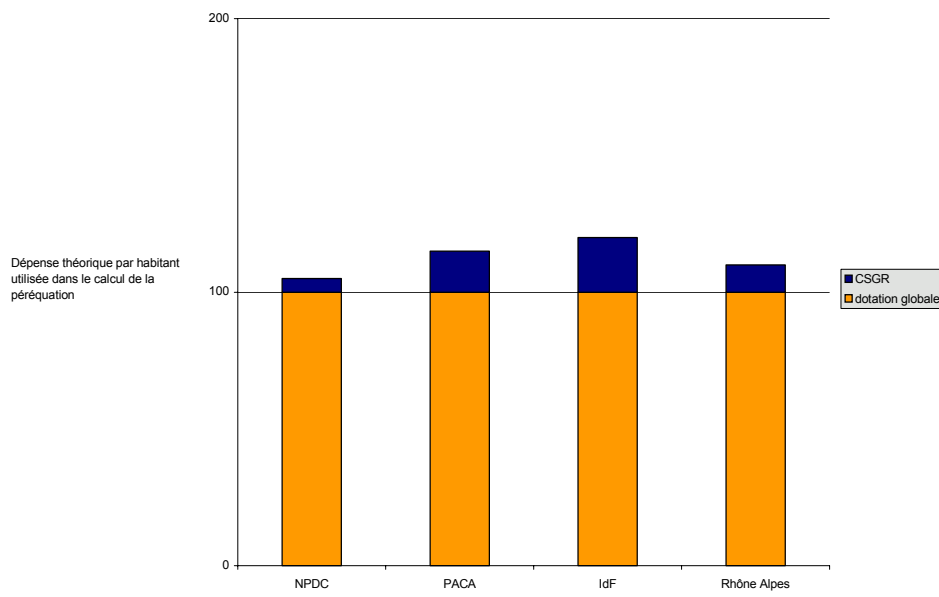
La figure 2 montre quant à elle que le niveau des dépenses est variable selon les régions : Un seuil minimal est défini au niveau central : la « dépense théorique » qui correspond au panier de soins obligatoire. L'Etat, via les mécanismes de péréquation, garantit que chaque région atteigne effectivement ce seuil. Au-delà, les régions sont libres de compléter cette dépense théorique en utilisant la fiscalité locale optionnelle (Csgr).

3. Un scénario de dotation globale

Dans ce dernier scénario, l'État assure un transfert forfaitaire aux régions, ce transfert correspondant à une sorte d'ONDAM régionalisé, opposable et non re-négociable. Cette enveloppe fermée est attribuée en début d'exercice aux régions (les exercices étant pluri-annuels) qui la gèrent ensuite à leur guise sous réserve de satisfaire le « socle commun ».

Les marges de manoeuvre des régions proviennent dans ce scénario de leur capacité à lever une imposition spécifique pour alimenter leur budget santé.

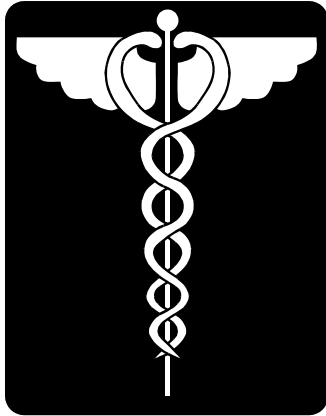
Fig. 3 : les dépenses de santé standardisées par habitant et par région



L'allocation géographique des ressources

Les partis pris

- ✓ Le transfert d'un certain nombre de compétences au niveau régional s'est accompagné d'une responsabilisation financière accrue de ce niveau. En effet, les exemples étrangers, espagnols en particulier, montrent qu'un véritable transfert de compétences implique cette responsabilisation. Dans le cas contraire, le niveau régional n'a aucune raison de chercher à atteindre des objectifs d'efficacité de l'organisation des soins ce qui peut entraîner une inflation des dépenses de santé.
- ✓ L'allocation géographique des ressources en santé au niveau régional doit permettre de garantir une certaine forme d'équité. La notion de solidarité nationale et d'égalité républicaine apparaît dans le choix des mécanismes de péréquation entre régions.
- ✓ L'Etat stratège concentre sa politique de santé sur deux éléments fondamentaux : la péréquation entre régions et l'évaluation de l'organisation et de l'efficacité du système de santé dans chacune des régions.



Université de Bordeaux II
Faculté de médecine
Master de Santé Publique

EXAMEN FINAL
OUTILS DE SANTE PUBLIQUE
LE 14 MAI 2025

Sujet : En vous basant sur les éléments de bibliographie suivants, il vous est demandé de rédiger une note portant sur les modèles d'allocation géographique des ressources en santé. En particulier, vous expliquerez les objectifs que ces modèles peuvent permettre d'atteindre. Vous vous attacherez ensuite à décrire les modalités qui ont été utilisées par différents pays à la fin du XX^e siècle afin de procéder à une allocation géographique des ressources en santé. Enfin, vous décrirez comment les mécanismes d'allocation des ressources qui ont été mis en place en France à la fin des années 2010 ce sont inspirés de ces modèles.

Références :

- Curtis S., Lucas-Gabrielli V. et Tonnellier F., 1998, [Peut-on traduire RAWP en français ?](#) Actes du V^e colloque géographie et socio-économie de la santé, CreDES n. 1242, Paris
- Department of Health, England, [Resource allocation: weighted capitation formula](#) (2003), [Global Sum Allocation Formula](#) (2004)
- Haut Comité de Santé Publique, 1998, [Allocation régionale des ressources et réduction des inégalités en santé](#), ed ENSP
- Lucas-Gabrielli V. et Polton D., 1998, [Réflexions sur les dispositifs actuels d'allocation de ressources en France](#), Actes du V^e colloque géographie et socio-économie de la santé, CreDES n. 1242, Paris
- Peacock et al., 2001, [Predicting the Expected Costs of Health Care : Methods for risk Adjustment in Health services](#), Centre for Health Program Evaluation, Technical report, n.14, Melbourne
- Rice N. and Smith P., 2001, [Capitation and Risk Adjustment in Health Care Financing : An international Progress Report](#), The Millbank Quarterly, vol. 79, n.1
- Salomez J-L et Lacoste O., [Du besoin en santé au besoin de soins](#), Herodote, 1999

Allocation géographique des ressources en santé

Les modèles de péréquation

La question de l'allocation géographique des ressources en santé est centrale pour les systèmes de santé décentralisés que nous connaissons aujourd'hui. En effet, prérogative de l'État, cette allocation est au cœur de la solidarité nationale. Pendant longtemps, les tenants d'une approche jacobine de la santé ont argué de l'incapacité des approches décentralisées à garantir cette solidarité. En France, il a fallu attendre les années 2010 pour que les progrès faits en termes de mesure de l'état de santé des populations et de ses déterminants conduisent l'État à définir des allocations géographiques.

Pourtant, depuis les travaux menés au Royaume-Uni sur l'allocation optimale des ressources aux « health authorities », l'évolution des différents systèmes de santé – que ce soit la mise en concurrence des assureurs ou la décentralisation de ces systèmes – a remis cette problématique sur le devant de la scène dès la fin du XX^e siècle. L'autonomie accordée aux organismes d'assurance en compétition ou aux différents échelons géographiques – autonomie budgétaire et responsabilité de gestion – est restée encadrée, la maîtrise des dépenses de santé restant une préoccupation majeure pour le niveau central. Ce contrôle se traduit notamment par la mise en place de **budgets prospectifs**⁴ alloués aux régions ou aux plans d'assurance maladie. L'allocation des ressources sur des bases rationnelles tenant compte de la population et des services couverts est ainsi devenue un enjeu crucial. Dans les pays où la concurrence entre assureurs est autorisée, les mécanismes de péréquation ont pour principal objectif de limiter les risques de sélection de la clientèle alors que dans les autres pays la péréquation vise à l'équité entre régions. Cette note traitera essentiellement ce deuxième aspect de la péréquation.

La notion d'allocation optimale est un premier domaine d'investigation car elle renvoie à celle d'équité et à la mesure de cette équité avec, le plus souvent, un objectif de réduction des inégalités régionales de santé. Nous verrons dans le premier paragraphe que d'une part existent des visions graduées de l'équité et que d'autre part l'effet de l'allocation des ressources en santé sur les inégalités d'état de santé reste largement indéterminé. Ces réserves étant émises, il est tout de même possible d'identifier quelques conditions nécessaires (malheureusement pas suffisantes) que doivent vérifier les modèles d'allocation de ressources.

La deuxième partie de cette note présente les modèles de péréquation utilisés à l'étranger. Deux modèles sont analysés plus particulièrement : le modèle anglais sur données agrégées et le modèle de l'Alberta sur données individuelles. Elle inclut aussi une analyse des facteurs de besoin utilisés par les principaux pays dans le cadre des modèles d'allocation géographique des ressources.

⁴ En France, l'ONDAM emprunte à cette logique mais ne peut pas être considéré comme un mécanisme de régulation par un budget prospectif puisqu'il n'est pas opposable dans son ensemble.

1. La péréquation : objectifs et propriétés

1.1. Les objectifs d'un modèle de péréquation

Un premier objectif possible de la péréquation dans le domaine de la santé est de **réduire les inégalités de santé** entre régions. Les chiffres disponibles pour la France montrent en effet qu'il existe de grandes inégalités de santé (en termes d'espérance de vie ou de causes de mortalité) et, parallèlement, de grandes inégalités en termes d'offre et de consommation de soins entre les régions. Cependant, bien qu'il s'agisse d'un objectif souvent mis en avant, il est peu probable que des mécanismes d'allocation budgétaire permettent, à eux seuls, de diminuer ces écarts difficilement justifiables. « Quatre éléments viennent distendre l'apparente liaison forte entre état de santé et offre de soins : le fait que la santé déborde largement les soins, l'adéquation des réponses du système de soins aux besoins de santé, son efficacité, enfin l'accès aux soins des personnes en mauvaise santé » (Allocation régionale des ressources et réduction des inégalités de santé, Haut Comité de santé publique, juin 1998).

Moins ambitieux, un deuxième objectif se traduit par la formule « **à besoin égal, recours (ou consommation) aux soins égal** ». La difficulté majeure qui se pose est alors d'évaluer les besoins de santé dans chaque région afin de raisonner à risque égal. La notion de besoins de santé renvoie à l'écart entre un état de santé constaté et un état de santé souhaité : il est donc nécessaire, d'une part, de mesurer l'état de santé et, d'autre part, de définir et quantifier un état de santé souhaité. Là encore, la détermination d'un référentiel d'état de santé est difficile : des référentiels absolus définis par des experts risquent d'être déconnectés des besoins ressentis de la population et des référentiels relatifs définis sur la base de comparaisons territoriales tendent à ériger la moyenne en norme. La mesure de l'état de santé constaté n'est pas aussi exempte de difficultés : les données sur la morbidité restent à ce jour largement insuffisantes et le taux de mortalité (disponible, quant à lui, à une échelle géographique fine) ne donne qu'une image partielle des différences d'état de santé (Lacoste, Salomez, 1999).

La définition normative des « besoins » d'une population en termes de recours au système de santé est donc un point d'achoppement majeur de toute tentative de péréquation fondée sur le principe « à besoin égal, recours égal ». Il s'agit donc de faire avec les données disponibles ; en l'occurrence, c'est l'analyse des dépenses passées et de leurs déterminants qui fournit le cadre des estimations utilisées dans les modèles de péréquation. Outre la disponibilité des données, cette méthode présente aussi l'avantage d'avoir un pouvoir prédictif relativement élevé.

Les principales limites de cette approche sont le risque de réplique d'un existant qui n'est pas forcément optimal et la détermination d'une norme (le plus souvent la moyenne) qui a un caractère arbitraire. Par exemple, si les estimations montrent que le fait d'être un homme, âgé de 25 à 50 ans, vivant dans une zone rurale isolée entraîne un recours aux soins inférieurs de 50 % au recours moyen, cela traduit-il des besoins inférieurs de 50 % à ceux de l'ensemble de la population, des besoins non pris en charge ou une prise en charge plus performante des besoins ? Selon la réponse apportée à cette question, l'allocation ex ante qui doit être affectée à ce groupe sera inférieure à la moyenne (car les besoins sont plus faibles) ou supérieure à la moyenne (afin de rééquilibrer la répartition des ressources vers ceux qui en manquent).

Enfin, une conception a minima de la péréquation considère que chaque région doit disposer des **mêmes ressources pour produire un ensemble de soins donnés**. Selon ce principe, les actes médicaux doivent être rémunérés de la même manière sur l'ensemble du territoire. Concernant le secteur hospitalier en France, cela signifie une harmonisation de la valeur des points ISA (qui est de fait très différente selon les régions). En effet, la variabilité de la valeur des points ISA selon les régions traduit le fait qu'un même acte (un accouchement par voie basse par exemple) coûte plus ou moins cher à l'assurance maladie selon les régions. Si cette différence de coût peut sembler difficile à justifier, la question du « juste » prix reste entière. Face à l'incapacité de définir un niveau de prix absolu, la solution couramment retenue est de faire de la moyenne une norme.

1.2. Les propriétés des outils de péréquation

La conception d'un modèle de péréquation suppose que ce modèle soit examiné au regard de quatre critères principaux : le caractère approprié des incitations, le pouvoir explicatif des déterminants retenus, la disponibilité des données et la résistance à la manipulation des indicateurs construits.

Le caractère approprié des incitations

Quel que soit le modèle de péréquation adopté, le caractère approprié des incitations que ce modèle engendre pour l'ensemble des acteurs doit être garanti. Dans le cadre d'une allocation géographique, les principaux écueils que le mode de répartition des ressources doit éviter sont :

- l'incitation à l'écrémage qui se traduit par une fourniture de soins excessive pour les patients profitables et insuffisante pour les patients qui ne le sont pas ;
- la fourniture de biens et services médicaux excessive pour des patients ou des groupes de population dont les besoins sont relativement faibles et insuffisante pour des patients ou des groupes de patients avec des besoins relatifs élevés ;
- la fourniture de biens et services médicaux dont la qualité – qui est en partie inobservable – sert de variable d'ajustement pour limiter les coûts.

Le problème de la sélection adverse est central quand l'allocation concerne des plans d'assurance en concurrence mais disparaît lorsque l'appartenance à un plan d'assurance est uniquement déterminée par la localisation géographique en ce qui concerne le problème de l'exclusion de l'assurance.

Le pouvoir explicatif

Cette condition renvoie aux capacités prédictives réelles des modèles utilisés mais reste soumise à la condition de bonne adéquation des incitations. En effet, un modèle prédisant parfaitement les dépenses de santé futures d'un groupe de population fondé sur les dépenses passées n'a aucun intérêt si l'objectif de l'allocation des ressources est de modifier la distribution de ces dépenses dans la mesure où ce modèle ne fait que répliquer les pratiques et modes de recours existants. Généralement, le pouvoir prédictif d'un modèle est estimé grâce à la valeur du R^2 qui mesure la proportion de la variance des dépenses de santé qui est expliquée par les facteurs de besoin et d'offre retenus dans le modèle. Notons tout de même que les valeurs attendues du R^2 sont très différentes selon que le type de variable à expliquer (médecine de ville, hôpital, médicaments) et la population analysée (malades chroniques par exemple).

La disponibilité des données

Les données utilisées dans les modèles de péréquation doivent être disponibles à un niveau suffisamment fin (idéalement il s'agit des données individuelles) et doivent être collectées à intervalles réguliers afin que les différents paramètres puissent être adaptés le cas échéant.

Il est important d'identifier des facteurs de besoin difficilement manipulables par les acteurs régionaux. Les données doivent donc être, dans la mesure du possible, vérifiables afin d'éviter toute distorsion de l'information transmise au niveau central dans le but d'augmenter l'allocation

2. Les méthodes de péréquation : regard international

Les modèles de péréquation utilisés pour l'allocation géographique des ressources répondent tous au même objectif : garantir des ressources équivalentes pour la prise en charge de populations présentant des besoins équivalents⁵.

Les enjeux méthodologiques des modèles de péréquation se retrouvent donc à deux niveaux. Dans un premier temps, les facteurs de besoins de la sous-population et ceux liés à l'offre de soins ayant un effet sur les dépenses de santé de la sous-population concernée doivent être sélectionnés et, dans un second temps, le poids de ces facteurs (qui mesure l'ampleur de cet effet) doit être déterminé. La principale difficulté de cette estimation réside dans le caractère endogène des variables d'utilisation et d'offre⁶. Il faut en outre rappeler que les besoins sont déterminés en fonction des dépenses de santé passées en l'absence d'approche normative.

La plupart des modèles de péréquation utilisés à l'étranger ont été largement inspirés par la formule du *Resource Allocation Working Party* (RAWP) développée en Angleterre dans les années 70. Cette référence commune se retrouve dans l'architecture générale de ces modèles, qui prend en compte le nombre de personnes couvertes pondérées par :

- leurs caractéristiques démographiques (et l'effet de ces caractéristiques sur les besoins de santé) ;
- leur état de santé et leurs caractéristiques socio-économiques (et l'effet de ces caractéristiques sur les besoins de santé) ;
- les différences de coûts des biens et services médicaux liés à l'offre de soins sur un territoire donné (avec parfois une distinction entre différence endogène i.e. liée à l'organisation des soins sur ce territoire et différence exogène comme le coût du travail ou du foncier).

Il convient enfin de noter que l'ensemble des modèles de péréquation autorisent des ajustements ex post (évidemment limités) notamment pour la prise en charge des malades les plus coûteux (par exemple, dialyse en milieu rural isolé en Alberta)

2.1. Le modèle de péréquation anglais

L'allocation géographique des ressources au sein du NHS britannique repose sur le principe « à besoin égal, recours aux soins égal » adopté dès les années 70 lors des premières réflexions conduites dans le cadre du RAWP. Le premier modèle d'allocation développé – qui concernait les hôpitaux et les soins communautaires – reposait uniquement sur l'indice comparatif de mortalité⁷ (ICM) utilisé comme indicateur approximatif des besoins de la population⁸. L'écart entre ces allocations théoriques et les budgets régionaux était ensuite progressivement réduit (par une action sur les taux d'évolution des budgets régionaux). Le choix de l'ICM comme indicateur de besoins et la relation linéaire retenue entre cet indicateur et la détermination du budget cible ne reposait cependant pas sur des évidences empiriques ou des analyses théoriques validées si bien que les nombreuses critiques ont entraîné la mise en place de programmes de recherche d'envergure sur les mécanismes d'allocation de ressources.

Le principe même défini par le RAWP n'a pas été remis en cause mais la mesure des besoins a été très largement affinée. Dans un premier temps, un groupe de travail a recommandé qu'un indicateur de difficulté sociale soit inclus dans la formule d'allocation et que la pondération accordée à l'ICM soit

⁵ Cet objectif s'inscrit aussi dans un objectif plus large de maîtrise des dépenses concrétisé par la détermination de budgets prospectifs.

⁶ L'utilisation des services de santé dans un territoire donné est liée à l'offre disponible sur ce territoire (par le biais de mécanismes de rationnement si l'offre est insuffisante ou du fait de la demande induite par les professionnels dans le cas inverse). De même, on peut penser que l'offre d'un territoire (le nombre de lits disponibles, la densité de médecins) reflète, au moins en partie, les besoins de santé de ce territoire.

⁷ L'indice comparatif de mortalité est construit en contrôlant la structure démographique.

⁸ Une région où l'ICM était supérieur de 10 % à la moyenne nationale recevait une allocation théorique supérieure de 10 % à la moyenne

diminuée⁹. Ces conclusions découlaient d'une analyse statistique des déterminants de la consommation de soins hospitaliers menée au niveau des circonscriptions électorales (Coopers and Lybrand, 1988).

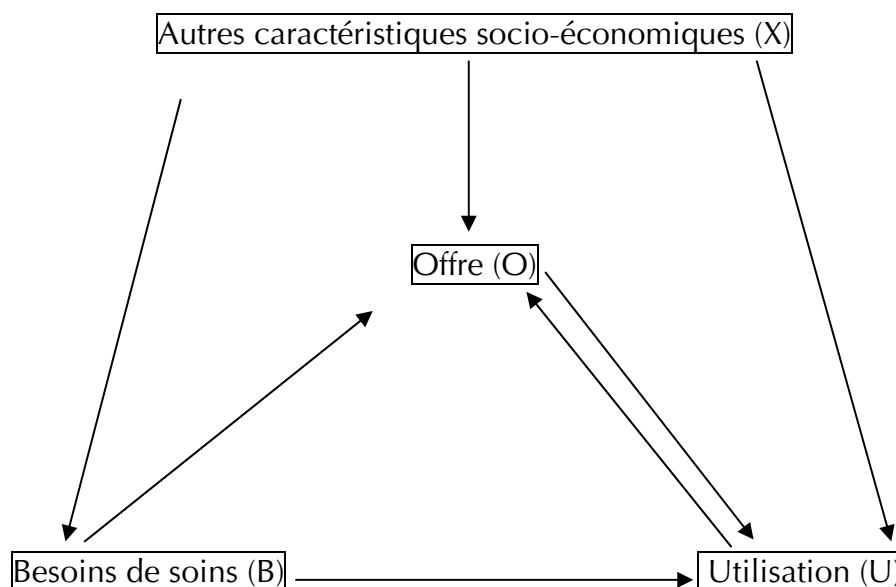
Des travaux menés ultérieurement par une équipe de l'université de York (Carr-Hill et al. 1994) se sont penchés sur les aspects plus méthodologiques de la sélection des indicateurs de besoin. La « formule de York » qui isole les indicateurs de besoin statistiquement significatifs (pour expliquer les dépenses de santé) repose sur quatre éléments : la taille de la population couverte, un facteur âge, un facteur besoins de santé et besoins sociaux, et, enfin, un facteur lié aux différences de coût inévitables entre régions :

$$\text{Budget} = \text{PerCap} \times \text{Pop} \times (1+a) \times (1+b) \times (1+c)$$

où PerCap représente la dépense moyenne nationale par habitant, Pop la taille de la population couverte, a le facteur d'ajustement démographique, b un indicateur relatif de besoin (à âge égal) et c les coûts relatifs dans la région considérée. Les estimations économétriques permettant d'identifier les facteurs de besoins ont reposé sur une analyse des dépenses de santé au niveau des circonscriptions électorales selon le modèle suivant :

⁹ Le gouvernement n'a suivi que la deuxième recommandation.

Le modèle de York



L'objectif de cette modélisation était donc d'isoler l'effet des facteurs de besoin (considéré comme légitime) sur le recours au système de santé – qu'il s'agisse d'un effet direct (flèche a) ou d'un effet indirect via l'offre (flèches b et c). Les facteurs de besoin statistiquement significatifs ainsi déterminés (hors psychiatrie et long séjours) ont ensuite été intégrés dans le modèle d'allocation géographique des ressources. Il s'agit : de l'indice comparatif de mortalité avant 75 ans ; de l'indice comparatif d'incapacité avant 75 ans ; de la proportion de personnes âgées vivant seules ; de la proportion de famille monoparentales ; du taux de chômage.

Afin de prendre en compte les différences de coûts inévitables entre région, l'allocation est aussi pondérée par le niveau relatif des salaires dans les zones géographiques (hors salaires du secteur de la santé).

La réforme du gouvernement travailliste a entraîné de profondes modifications des mécanismes d'allocation budgétaires. Avec les Primary Care Trust (PCT), les allocations ne concernent plus seulement les soins hospitaliers mais l'ensemble des biens et services médicaux et couvrent des groupes de population de taille beaucoup plus réduite. La formule d'allocation mise en place pour l'exercice 2003-2004 comprend les éléments suivants :

- Une allocation globale fonction du nombre de personnes prises en charge par chaque cabinet et pondérée par des facteurs de besoins et de coûts ;
- Un facteur de correction calculé comme la différence entre le budget de l'année précédente du cabinet et l'allocation globale (positif ou nul) ;
- Un facteur d'ajustement calculé à partir des honoraires perçus l'année précédente pour la prise en charge de patients qui ne sont pas inscrits sur la liste.

Les budgets ainsi déterminés par cabinet sont ensuite agrégés pour chaque PCT qui reste libre de leur répartition entre divers biens et services (alors que jusqu'à présent les enveloppes médecine de ville et médecine hospitalière n'étaient pas fongibles).

2.2. L'allocation des ressources en Alberta – Canada

Le modèle d'allocation régionale des ressources (hôpital et soins communautaires principalement) développé en Alberta (9 régions) est largement inspiré du modèle de péréquation britannique. Le principe est, là encore, de répartir les ressources en fonction des besoins de la population et non de la structure de l'offre existante dans la région. La méthodologie employée est cependant nettement plus

fruste que celle développée par l'université de York mais présente l'avantage de reposer sur des données individuelles.

Afin de prendre en compte l'hétérogénéité des besoins, 124 sous-groupes ont été déterminés en croisant des variables d'âge (20 groupes), de sexe, et des indicateurs socio-économiques (bénéficiaires d'un revenu minimum, population autochtone, bénéficiaires de l'aide médicale, autres). Les dépenses de santé de chaque individu ont ensuite été assignées à l'un de ces groupes puis la dépense nationale moyenne par tête dans chaque groupe a été calculée. A chacun des 124 groupes est donc associée une allocation *per capita* qui correspond à la dépense moyenne du groupe l'année passée. C'est cette valeur qui est utilisée dans l'allocation budgétaire régionale en fonction de la répartition de la population régionale dans chacun des 124 groupes (actualisée avec des projections démographiques). En 2004-2005, 88 % des ressources allouées aux régions provenaient de l'application de cette formule¹⁰.

Il convient de souligner que cette méthode d'allocation des ressources ne permet pas de s'affranchir des effets liés aux caractéristiques régionales de l'offre de soins. La consommation de soins de chaque région étant, au moins en partie, liée à la structure de l'offre, le calcul d'une consommation moyenne sur l'ensemble des régions inclut cet effet structure. L'effet de l'offre de soins d'une région sur l'allocation *per capita* calculée au niveau national est alors proportionnel à sa population relative. Dans le cas de la province de l'Alberta, deux régions concentrent à elles seules les deux tiers de la population : l'organisation des soins dans ces deux régions a donc un impact très fort sur le niveau de l'allocation budgétaire¹¹.

2.3. Les principales variables de péréquation retenues dans les pays de l'OCDE

Le tableau qui suit montre les principales variables de péréquation retenues dans 9 pays. Bien qu'essentiellement similaires dans leur conception et dans leurs objectifs, ces modèles retiennent des variables (en dehors du sexe et de l'âge) qui peuvent être spécifiques. Les facteurs de besoins considérés comme légitimes et/ou statistiquement significatifs sont donc, au moins dans une certaine mesure, propres à chaque pays. Ainsi, en Finlande, le caractère insulaire est pris en compte ; en Norvège c'est le statut marital ; en Australie, le niveau d'éducation.... Ce tableau montre que les modèles d'allocation géographique des ressources peuvent être utilisés dans des contextes différents.

¹⁰ Des ressources supplémentaires peuvent être accordées aux régions en fonction des flux inter-régionaux de patients, des coûts relatifs hospitaliers entre les régions, de la prise en charge des problèmes de santé mentale, etc.

¹¹ Si on considère que la consommation de soins (c_i) d'un individu i est une fonction de ses besoins (b_i) et des caractéristiques de l'offre de soins dans sa région de résidence (o_R) soit $c_i = f(b_i, o_R)$ alors l'impact de l'offre sur la consommation de la région est égal à $\sum_i \frac{\partial f}{\partial o_R}(b_i, o_R)$. Avec le modèle de capitation de l'Alberta l'effet des caractéristiques de l'offre sur l'allocation budgétaire de la région R est égal à $\frac{PopReg}{PopTot} \sum_i \frac{\partial f}{\partial o_R}(b_i, o_R)$. Cet effet est donc d'autant plus marqué que la population de la région est importante.

Les méthodes de péréquation : expériences étrangères – Rice and Smith 2001

Pays	Champ d'application de la péréquation	Variables individuelles	Variables agrégées	Autres facteurs
Angleterre (jusqu'en 2002)	100 autorités régionales de santé	Âge	Mortalité Morbidité Taux de chômage Personnes âgées vivant seules Groupes ethniques Statut socio-économique	Coût relatif
Australie	17 aires de services de santé	Âge Sexe Groupe ethnique Sans domicile fixe	Mortalité Niveau d'éducation Ruralité	Flux inter-aires de patients Coût relatif Utilisation du privé
Alberta Canada	9 autorités régionales de santé	Âge Sexe Groupe ethnique Bénéficiaires de minima sociaux Bénéficiaires de l'aide médicale		Flux inter-régionaux de patients Variation des coûts
Danemark	14 comtés	Âge	Âge Familles monoparentales	Assiette fiscale du comté
Finlande	452 municipalités	Âge Incapacités	Éloignement Caractère insulaire	Assiette fiscale de la municipalité
Italie	21 autorités régionales de santé	Âge Sexe	mortalité	
Norvège	19 autorités régionales de santé	Âge Sexe	Mortalité Personnes âgées vivant seules Statut marital	Assiette fiscale régionale
Nouvelle-Zélande	4 autorités régionales de santé	Âge Sexe Groupe ethnique Bénéficiaires de minima sociaux	Ruralité	
Suède	Comté de Stockholm : 9 autorités régionales de santé	Âge Personnes vivant seules Statut en termes d'emploi Type d'occupation du logement (propriétaire, locataire) Hospitalisations passées	Urbanisation	

Il est possible de classer les variables retenues dans ces modèles de péréquation en 5 catégories principales :

- les variables démographiques (âge, sexe, groupe ethnique, statut marital) ;
- les caractéristiques socio-économiques (personnes âgées vivant seules, personnes sans domicile fixe, type d'occupation du logement, niveau d'éducation, bénéficiaires de minima sociaux, taux de chômage, familles monoparentales) ;
- les indicateurs de santé (mortalité, incapacités, hospitalisations passées, morbidité) ;
- les caractéristiques géo-économiques (ruralité/caractère insulaire/isolement géographique, coût relatifs, assiette fiscale régionale);
- les caractéristiques liées au recours aux soins (flux inter-régionaux de patients, importance du secteur privé dans la fourniture de soins).

Selon les pays, on note que certaines des variables utilisées dans les modèles de péréquation sont prises en compte au niveau des individus ou au niveau des aires géographiques (emploi, personnes âgées vivant seules)... Ce choix résulte en fait de contraintes sur la disponibilité des données mais n'est pas sans conséquence. D'une part, les variables individuelles ont un pouvoir explicatif supérieur et, d'autre part, le recours aux données agrégées introduit un « artefact écologique » dans la mesure où les « besoins » moyens d'une sous-population sont généralement différents des « besoins » d'un individu représentatif de cette sous-population.

Enfin, un dernier élément d'analyse de ces modèles a trait aux propriétés des variables retenues. Le tableau suivant (adapté de Rice and Smith 2001) résume l'intérêt des différentes variables.

	Démographie (âge, sexe, groupe ethnique)	Caractéristiques socio- économiques	Indicateurs de santé		Caractéristiques géo-économiques
			Mortalité, incapacité	Morbidité, hospitalisations passées	
Disponibles	oui	oui ?	oui	non	oui
Résistantes à la manipulation	oui	non ?	oui	non	oui
Caractère approprié des incitations	oui	oui	oui	oui	oui
Pouvoir explicatif	faible	faible	faible ?	fort	faible

Ce tableau met en évidence que le choix des différents indicateurs de besoin résulte dans la plupart des pays des contraintes de disponibilité des données.

3. L'allocation géographique des ressources en santé en France

La bibliographie commentée dans les deux premières sections de ce travail permet d'apporter un éclairage intéressant sur les procédures d'allocation géographiques des ressources qui ont été retenues dans notre pays. Notre retard relatif dans ce domaine nous a ainsi permis de tirer des enseignements précieux des expériences étrangères et d'éviter certains écueils qui auraient pu remettre en cause le principe même de cette allocation géographique. En effet, les débats houleux qui ont précédé sa mise en place rappellent que ce sujet est extrêmement délicat : dans tous les pays où de tels mécanismes existent les autorités en charge du budget santé au niveau régional ont souvent dénoncé le mode de calcul des dotations régionales. L'Espagne en est un exemple frappant ; on a aussi retrouvé ces débats au Royaume-Uni. Pourtant, dans ces deux pays, les conditions de la « décentralisation » (entendue au sens large c'est-à-dire transfert de certaines compétences du niveau central vers des niveaux intermédiaires) sont

totale­ment diffé­ren­tes : poli­ti­que en Espagne, elle prend la forme d’une délé­ga­tion « pro­fes­sion­nelle » au Royaume-Uni – ce sont les pro­fes­sion­nels de santé regrou­pés au sein d’une au­to­ri­té ré­gi­o­nale qui ont en charge la dé­fi­ni­tion des ob­jec­tifs, la ges­tion et le fonc­tion­ne­ment du ser­vice de santé. **Le sujet de l’al­lo­ca­tion géo­gra­phique des res­sur­ces en santé est donc un sujet épi­neux, quelle que soit la forme de la dé­cen­tra­li­sa­tion re­te­nue.**

La France ayant pu prendre la mesure de cette caractéristique à l’aune des expériences étrangères, la détermination des dotations régionales de santé a donné lieu à de nombreux travaux exploratoires (cf. par exemple les appels d’offre lancés par le ministère de la Santé entre 2007 et 2015) et colloques destinés aux différents acteurs potentiellement impliqués (par exemple, à partir de 2010, une formation sur cette question a été systématiquement proposée aux élus territoriaux). En parallèle, la collecte d’information a été largement améliorée en s’appuyant notamment sur les recommandations des travaux financés par le ministère de la Santé. Ces travaux, réalisés par des équipes de recherche universitaire pluridisciplinaire (économie, statistique, épidémiologie, sociologie le plus souvent) ainsi que par des cabinets de conseil indépendants à la fois nationaux et internationaux, ont ainsi montré que la robustesse des mécanismes de péréquation dépendait largement de la disponibilité et de la fiabilité des données recueillies, en particulier des données de morbidité individuelle. Il s’agissait là d’un résultat assez attendu mais les règles de protection de la vie privée en France rendaient la collecte et l’utilisation des données délicates. Le fichier de l’assurance maladie qui recensait l’ensemble de la consommation médicale de la population n’avait pas non plus été constitué afin de permettre des analyses de nature épidémiologique très poussée. Il a donc fallu modifier la nature même des remontées d’information (on pense notamment à la mention du diagnostic) ainsi que les procédures assurant la confidentialité de ces informations et les possibilités de chaînage. Ce très lourd travail a évidemment retardé la mise en place de l’allocation géographique des ressources ; néanmoins, il a permis de fonder cette allocation sur des modèles relativement robustes et résistants aux polémiques et aux comportements opportunistes !

Enfin, il semble que la France a pris exemple sur le modèle britannique dans la mesure où les modèles économétriques utilisés dans la détermination des dotations régionales sont réévalués périodiquement par des experts indépendants. En effet, l’évolution des comportements socio-culturels, l’apparition ou le développement des maladies, les possibilités thérapeutiques exigent de nouvelles estimations régulières (tous les 5 ans en France). Outre leur intérêt en termes d’allocation, ces travaux sont aussi l’occasion d’évaluer les politiques de prévention ou de prise en charge.

L'évaluation de l'organisation et de l'efficacité du système de santé au niveau régional

Partis pris

- ✓ L'administration et la fourniture des services de santé relèvent de la responsabilité des autorités régionales dans le respect de la loi. L'évaluation porte sur le **respect de principes généraux** définis au niveau national et sur la performance du système de santé au niveau régional.
- ✓ L'évaluation a lieu sur une base annuelle en ce qui concerne le respect des principes généraux définis par la loi française sur la santé et sur une base tri-annuelle pour l'évaluation de la performance. Elle est réalisée par la direction de l'évaluation des systèmes de santé de la Haute Autorité de Santé en collaboration avec le service sanitaire de la préfecture et avec l'observatoire régional de la santé de la région concernée.
- ✓ En cas d'évaluation négative, des recommandations seront transmises à l'autorité régionale qui devra se mettre en conformité dans un délai de 6 mois. Au-delà de ce délai, si l'organisme chargé de l'évaluation ne constate aucune amélioration, un administrateur sera nommé par l'État.
- ✓ Les résultats des évaluations sont publics et consultables facilement sur le site de la Haute Autorité de Santé, dans les relais information-santé ou enfin auprès des médiateurs santé qui interviennent dans les collectivités territoriales.

Recrutement de deux évaluateurs nationaux

OFFRE D'EMPLOI :

La Haute Autorité de Santé recrute deux évaluateurs nationaux. Pour plus d'informations, consulter les deux fiches de poste jointes.

Date limité de candidature : le 30 mars 2025

Fiche de poste
Intitulé du poste
Evaluateur national « respect des principes généraux de la loi française sur la santé »
Organisme recruteur
La direction de l'évaluation des systèmes de santé de la Haute Autorité de Santé
Place du poste dans l'organisation
L'évaluateur national est placé sous l'Autorité du Directeur de l'évaluation des systèmes de santé de la HAS. Ce poste comporte l'encadrement d'une petite équipe constituée d'un secrétariat et d'un(e) chargé(e) d'études statistiques ainsi que l'accès à des ressources externes (cabinets d'audits et de conseil publics ou privés).
Missions
<p>En collaboration avec le pôle santé-environnement des préfectures de région et avec les différents ORS vous êtes chargé de vérifier le respect des principes généraux définis par la loi française sur la santé au niveau régional (entre 5 et 8 régions).</p> <p>Depuis 2015, l'administration et la fourniture des services de santé sont sous la responsabilité des autorités régionales qui doivent respecter les dispositions de la Loi française sur la santé. L'évaluation porte sur le respect des principes généraux définis au niveau national.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'intégralité : l'ensemble des services de santé inclus dans le panier de soins national (défini par la Haute Autorité de Santé) doit être pris en charge au niveau régional ▪ L'universalité : tous les habitants d'une région doivent avoir accès à ces services de santé selon des modalités uniformes ▪ La transférabilité : le paiement des coûts des services assurés doit se poursuivre lorsqu'une personne assurée déménage ou voyage dans une autre région (française ou européenne) ▪ L'accessibilité : l'accès raisonnable des personnes assurées à des soins médicalement justifiés doit être libre de tout obstacle financier ou autre. En particulier, la contribution financière demandée aux patients ne peut excéder 2 % de leur revenu annuel. ▪ La participation : chaque région doit disposer d'un service de médiation qui enregistre les difficultés rencontrées par les usagers des services de santé. Ce service veille en outre au respect de la loi sur les droits des malades. ▪ La qualité : les services de santé proposés par une région (qu'ils relèvent des services obligatoires ou d'une initiative locale) doivent satisfaire les normes de qualité nationales (ces normes sont définies par la HAS en collaboration avec l'agence européenne pour la qualité des soins) en termes d'accréditation pour les établissements et de certification pour les professionnels. <p>En cas d'évaluation négative, vous transmettez vos recommandations à l'autorité régionale qui devra se mettre en conformité dans un délai de 6 mois. Au-delà de ce délai, si aucune amélioration n'est constatée, un administrateur sera nommé par l'État.</p>
Qualités requises
<p>Vous disposez d'une solide formation en science politique ou en droit et maîtrisez les outils statistiques et épidémiologiques. Idéalement, vous disposez d'une expérience significative dans le domaine sanitaire et/ou social et dans la pratique de l'évaluation ou de l'audit.</p> <p>Une première expérience en région serait un atout. Basé à Bordeaux, vous êtes prêt(e) à faire de nombreux déplacements en France. Autonome, vous avez toutefois de grandes capacités d'écoute et de négociation. Vous savez faire preuve d'autorité et prendre des sanctions le cas échéant.</p> <p>Enfin, vous êtes en mesure de satisfaire les critères du code de déontologie de la profession.</p>

<p>Fiche de poste</p> <p>Intitulé du poste</p> <p>Evaluateur national « performance du système de santé au niveau régional »</p> <p>Organisme recruteur</p> <p>La direction de l'efficacité des systèmes de santé de la Haute Autorité de Santé</p> <p>Place du poste dans l'organisation</p> <p>L'évaluateur national est placé sous l'Autorité du Directeur de l'efficacité des systèmes de santé de la HAS. Ce poste comporte l'encadrement d'une petite équipe constituée d'un secrétariat, d'un(e) chargé(e) d'études statistiques et d'un chargé de communication. Vous pouvez aussi mobiliser en tant que de besoin des ressources externes.</p>
<p>Missions</p> <p>En collaboration avec le pôle santé-environnement des préfectures de région et avec les différents ORS vous êtes chargé d'évaluer la performance du système de santé au niveau régional (entre 5 et 8 régions). Cette évaluation est menée à l'aune des critères suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pertinence : les objectifs de la politique régionale de santé répondent-ils à des besoins avérés ? • Cohérence des différents objectifs définis par les autorités régionales de santé : est-ce que ces objectifs sont cohérents entre eux ? Les moyens légaux, financiers et humains pour atteindre ces objectifs sont-ils adaptés ? • Réalisation des objectifs : dans quelle mesure les évolutions observées sont-elles en accord avec les objectifs de la politique de santé régionale ? • Efficacité : les effets de la politique de santé régionale sont fidèles aux objectifs initiaux ? • Efficience : les moyens financiers alloués ont été bien utilisés. Les résultats obtenus sont-ils à la mesure de cet effort financier ? • Impact : quelle est l'incidence globale de la politique de santé de la région ? <p>Les évaluations sont menées tous les trois ans et reposent en grande partie sur les informations de la base de données en santé que l'ensemble des acteurs du système doit renseigner en permanence. Dans certains cas (« clignotants rouges »), cette évaluation peut être anticipée.</p> <p>En cas d'évaluation négative, vous transmettez vos recommandations à l'autorité régionale qui devra se mettre en conformité dans un délai de 6 mois. Au-delà de ce délai, si aucune amélioration n'est constatée, un administrateur sera nommé par l'État.</p>
<p>Qualités requises</p> <p>Vous disposez d'une solide formation en économie de la santé et maîtrisez les outils statistiques et épidémiologiques. Par ailleurs, vos qualités de gestionnaire ont été confirmées par un diplôme national ou par une expérience dans ce domaine et d'une expérience dans la pratique de l'évaluation ou de l'audit.. Enfin, vous êtes aussi rompus aux techniques de communication et vous accordez une grande importance à la diffusion des informations auprès du grand public.</p> <p>Une première expérience en région serait un atout. Basé à Bordeaux, vous êtes prêt(e) à faire de nombreux déplacements dans toute la France. Autonome, vous avez toutefois de grandes capacités d'écoute et de négociation. Vous savez faire preuve d'autorité et prendre des sanctions le cas échéant.</p> <p>Enfin, vous êtes en mesure de satisfaire les critères du code de déontologie de la profession.</p>

THEME 3

Les jeux d'acteurs

Déclinaison régionale de la convention médicale et contractualisation avec le médecin

Les partis pris

Le texte aborde d'une part les relations entre l'autorité régionale et les unités de santé à travers la négociation de la convention médicale au niveau régional et, d'autre part, les changements induits dans la pratique médicale quotidienne.

✓ **Négociation régionale de la convention médicale :**

1. La santé, y compris la régulation de la démographie médicale sur le territoire, est à présent l'une des prérogatives principales des régions. Les incitations ou les contraintes à l'installation vont donc varier selon les régions.
2. Ce parti pris entraîne donc des risques de différenciation entre régions, qui sont présentés ici.
3. La régionalisation de la négociation collective entraîne des changements importants par rapport à une négociation nationale, à savoir :
 - le financement d'innovations,
 - la négociation par une union régionale des professions de santé.
4. La flexibilité des contrats au niveau intra-régional est illustrée par les grandes différences de contrats selon que la pratique est de type urbain ou rural et selon la disponibilité, à proximité du cabinet, d'une offre de soins en établissement.

✓ **Pratique médicale quotidienne :**

5. Le fonctionnement des contrats de médecine de groupe au quotidien s'accompagne d'une évaluation lors du renouvellement des contrats qui suppose qualité et fiabilité des indicateurs utilisés pour l'évaluation de la performance de l'unité de santé.
6. La pratique au sein d'unité de santé s'accompagne de délégation des actes aux infirmières et secrétaires.
7. Les conditions d'exercice sont très différentes en fonction de la démographie médicale.
8. Le libre choix du médecin par les patients varie également en fonction de la démographie médicale.

Dîner annuel des anciens de la promotion 2005 de l'internat de Rennes

Lieu

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

7 anciens internes et 5 conjoints ; sur les 7 médecins, 4 viennent de la même région (celle où ils ont fait leurs 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 dessert... ! 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 a 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 500^{ième} 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'énerve 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 a vivoté 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 développer 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 !

Damien

Attendez, je suis paumé moi... qui négocie quoi ? Il y a des obligations nationales ? Régionales ? Locales ? Tout à la fois ? Et qu'est-ce qui est pris en compte dans la rémunération des unités de santé : les engagements locaux ou les engagements nationaux ?

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 coût efficaces... 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 ?

Les élus territoriaux et la décentralisation de la santé

Les partis pris

- √ Dix ans après la promulgation de la loi de dévolution régionale de 2015 - ou « Acte III 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 affectés au financement du système de santé
- √ L'État opère une péréquation interrégionale, 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.

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. La deuxième et la troisième partie de cette thèse – qui ne sont pas reproduites ici – portent sur l'analyse de la loi de dévolution de 2015 et des processus qui ont conduit à son adoption et sur sa mise en œuvre dans les régions.

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 ». ¹²

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

« 1. Objectifs

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.

2. Échantillon

Les entretiens ont été réalisés en priorité en régions Nord-Pas-de-Calais et Provence-Alpes-Côte-d'Azur. Cela a permis de compléter les travaux réalisés lors de la journée du 28 janvier 2004, qui avaient réunis à Marseille divers acteurs politiques, institutionnels et professionnels des deux régions. Ces deux régions diffèrent considérablement en termes de situation épidémiologique, de démographie médicale et de territorialisation de la politique de santé. D'autres entretiens ont été réalisés ponctuellement en Alsace, Aquitaine, Bourgogne et Bretagne, avec des élus identifiés pour leur approche originale de la santé dans les territoires. Enfin, 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 œuvre 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

¹² Lettre adressée aux élus en janvier 2005, groupe POLES, Commissariat général du Plan.

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'élus dans un système de santé décentralisé et quelles conclusions pouvons-nous en tirer au regard de la situation actuelle ?

Dans une première partie, nous analyserons donc les piliers sur lesquels les élus territoriaux appuient leur légitimité à intervenir dans le domaine de la santé. Dans une seconde partie, nous chercherons à comprendre comment ils résolvent les contradictions entre une volonté d'action de proximité et une exigence d'égalité de tous face à la santé. Pour cela, nous mettrons en perspective le discours des élus territoriaux sur la décentralisation avec les actions déjà réalisées et leur vision prospective.

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 2005.¹³ 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 ».¹⁴ 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 :

¹³ Cette perception de la hiérarchie des problèmes était renforcée par divers sondages d'opinion parus dans la presse ; par exemple : Rollot C., « 67% des français estiment que l'État gère mal son budget », article paru dans le journal *Le Monde* du mardi 8 février 2005, p.V du cahier « Économie ». La santé arrive en tête des priorités pour 64% des Français, devant l'emploi avec 60%, et l'éducation nationale et la recherche avec 53%. Sondage TNS-Sofres des 26-27 janvier 2005.

¹⁴ Entretien, conseiller général.

« 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, telles que les États généraux de la santé de 1999 ou les conférences régionales de santé¹⁵. 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 différents 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 œuvre 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 :**

¹⁵ Les conférences régionales de santé président à l'élaboration des programmes régionaux de santé

« 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'attractivité démographique du territoire ».

La santé est aussi devenue un volet important de la politique de la ville, avec le développement des Ateliers Santé Ville.¹⁶ 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. »¹⁷ 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)

¹⁶ Document d'étape (2004), *Les Ateliers Santé Ville. Territoires, santé publique et politiques de santé au niveau local*, Éditions de la DIV

¹⁷ OMS (1948), *Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé*, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la santé, New York, 19-22 juin 1946 ; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 États. 1946 ; (*Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé*, n°2, p.100) et entré en vigueur le 7 avril 1948

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 définition¹⁸, 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 des 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 lobbys 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'engagement pour la santé précède parfois l'engagement politique pour ces élus. **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.

« 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

¹⁸ Notamment par une approche utilisant des compétences en matière d'urbanisme, d'aménagement du territoire ou d'action sociale

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 ». ¹⁹ 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. ²⁰

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 territoriales 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 régionale. 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

¹⁹ Polton D. (2003), « Décentralisation des systèmes de santé. Quelques réflexions à partir d'expériences étrangères », *Questions d'économie de la santé*, 72, 1

²⁰ *Ibid.* ; Duriez M., Lequet-Slama D. (1999), « Régionalisation et systèmes de santé en Europe », *Actualité et dossier en santé publique*, 29

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 uniforme²¹. 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 DRASS²². 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.

²¹ Béhar D., Estèbe P., Epstein R. (1998), « Les détours de l'égalité, remarques sur la territorialisation des politiques sociales en France », *Revue Française des Affaires Sociales*, 4

²² Il s'agit de développer des actions de prévention et de promotion de la santé, et de favoriser l'accès aux soins et d'améliorer la prise en charge des personnes dont la mobilité est réduite.

« 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 confortées 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.²³

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

²³ Denis J.-L., Contandriopoulos D., Langley A., Valette A. (1998), *Les modèles théoriques et empiriques de la régionalisation du système socio-sanitaire*, Montréal, Université de Montréal

desquelles se déroulera le jeu de la négociation et de l'échange ».²⁴ Il revient ensuite aux acteurs du niveau régional de formuler des priorités et d'élaborer des stratégies de mise en œuvre 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 ».²⁵ 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 souhaitaient 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 locaux n'ayant pas été réellement moteurs sur 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 négociations et des efforts de coordination entre les acteurs. En 2025, les Conseils régionaux assument la responsabilité politique et financière de la politique de santé : la négociation et la coordination entre les acteurs locaux sont toujours des principes du fonctionnement des politiques régionales de santé.

²⁴ *Ibid.* p.30

²⁵ *Ibid.* p.28

CONCLUSION

La tonalité de ce rapport mériterait un épilogue. Mais celui-ci ne pourra 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.

1. Politiques : emparez-vous franchement de la santé !

La santé est la première préoccupation des Français mais, paradoxalement, il s'agit d'un thème le plus souvent absent des débats politiques, peu abordé lors des campagnes électorales. Les ordonnances de 1996, en établissant le vote de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie par le Parlement, ont amené la santé au cœur de l'hémicycle. Cependant, près de 10 ans plus tard, force est de constater que le vote du projet de loi de financement de la sécurité sociale ne donne pas vraiment lieu à débat et que peu d'élus se sont réellement saisis de ces questions.

L'importance de ce secteur en termes de dépenses publiques et de richesses créées souligne plus encore ce hiatus. Ce phénomène est-il lié à une complexité, réelle ou supposée, des questions de santé qui confisquerait le débat politique au profit d'un débat plus scientifique ? Le profil des élus qui interviennent dans ce domaine pourrait le laisser supposer : le plus souvent médecins, voire praticiens hospitaliers, ils revendiquent leur expertise médicale comme source de leur légitimité à intervenir. Cette première explication n'est toutefois guère satisfaisante : la tendance à mettre actuellement en avant les usagers et leurs représentants dans une « démocratie sanitaire » montre que l'expertise n'est pas une condition nécessaire.

Partiellement à contre courant de cette tendance, 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 se limiter à une délégation expresse aux usagers et à leurs représentants, nonobstant leur rôle majeur et indispensable de contre-pouvoir.

2. La santé jacobine a failli : Vive les Régions !

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 prospective, de la pertinence de la responsabilité des Régions sur les politiques de santé. Le mouvement de fond que constitue la décentralisation depuis près de vingt ans ne pourra pas exclure encore longtemps le domaine de la santé. Les deux fondements de la décentralisation, proximité et cohérence, sont des objectifs pertinents pour le système de santé français : l'importance des déterminants sociaux dans les problématiques de santé conduit à des solutions de proximité alors que le coût des ressources tant humaines que techniques nécessite une certaine concentration. La région représente le bon niveau de synthèse.

Ce principe 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. Concrètement cela signifie que l'organisation du système de santé, les modalités d'accès aux soins et même la gamme des biens et services offerts à la population peuvent différer d'une région à l'autre. En effet, la grande diversité des régions françaises rend difficilement applicable une solution unique. Par exemple, certaines régions, confrontées à une pénurie de professionnels de santé peuvent mener une politique privilégiant l'exercice de groupe et la régulation de la demande alors que d'autres régions disposant d'une offre médicale plus abondante peuvent opter pour une politique de mise en concurrence des professionnels de santé.

3 Un Etat garant et surtout plus gérant

Véritable corollaire du principe de décentralisation, l'Etat stratège en matière de santé édicte des normes législatives peu nombreuses, établit une péréquation durable, lisible et démocratiquement débattue et évalue 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.

Seuls les principes d'universalité, d'accessibilité et de faculté contributive (minimum de participation demandé à la région et au patient) seraient du ressort national, la déclinaison et la mise en œuvre se faisant régionalement. La solidarité nationale et l'équité ne seraient donc pas incarnées par l'uniformité mais par la garantie du respect d'un socle minimal défini par l'Etat et par la mise en place d'une péréquation entre régions.

4 Des autorités régionales de santé passant de la tutelle à la posture d'acheteur avisé

Les autorités régionales en santé abandonnent définitivement toute posture de tutelle, tant sur l'hôpital que sur l'ambulatorio, 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 de la contractualisation et de son corollaire, l'évaluation. Cela signifie aussi la fin du conventionnement « automatique » pour les professionnels de santé et surtout la possibilité pour les régions d'agir concrètement sur l'offre de soins en fonction des priorités de la politique régionale de santé – priorités définies selon les besoins de la population et la structure de l'offre sur le territoire.

5. Professionnels de santé : on ne négocie plus à Paris

Jusqu'à présent, les négociations portant sur la réforme du système de santé et d'assurance maladie ont toujours été menées au niveau national. Cependant, c'est à ce même niveau que les positions des différents acteurs (ministères, professionnels et assurance maladie) sont les plus verrouillées : le groupe Poles préconise donc qu'une très large part des négociations soit régionalisée.

Il s'agit en fait d'un système à trois étages : une négociation nationale avec les professionnels de santé qui définit des règles minimales applicables sur l'ensemble du territoire (par exemple la durée maximale de travail des médecins salariés ou les conditions de prise en charge des cotisations sociales des professionnels de santé) ; une négociation régionale qui implique l'ensemble des professionnels de santé et non les seuls médecins centrée sur l'organisation régionale de l'offre de soins (incitations et contraintes régionales à l'installation, objectifs régionaux de santé publique à atteindre, places à l'internat, financements d'innovations) ; une contractualisation au niveau local entre praticien et unité de santé (une unité de santé pouvant ne compter qu'un seul praticien).

La flexibilité des contrats au niveau intra-régional est illustrée par les grandes différences de contrats selon que la pratique est de type urbain ou rural et selon la disponibilité, à proximité du cabinet, d'une offre de soins en établissement.

Le fonctionnement des contrats de médecine de groupe au quotidien s'accompagne d'une évaluation lors du renouvellement des contrats qui suppose qualité et fiabilité des indicateurs utilisés pour l'évaluation de la performance de l'unité de santé.

6. Les territoires : supports de la gradation et de la spécialisation de l'offre de soins

Compte tenu de la rareté des ressources, en particulier médicales, la spécialisation de l'offre de soins (tant des personnels soignants que des équipements) est nécessaire. Le groupe Poles recommande de poursuivre la gradation de l'offre de soins c'est-à-dire d'optimiser la réponse à la demande de santé des citoyens. Elle se traduit aussi par de fortes délégations de compétences, l'accès régulé au dispositif de soins, la téléassistance médicalisée, le développement de l'auto prise en charge par le patient et le soutien aux aidants naturels.

Cette spécialisation implique une certaine concentration territoriale. 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 le 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 à partir des projets locaux de santé répondant aux besoins de santé de la population.

ANNEXES

Les membres du groupe Poles

- Pierre Chabas, directeur délégué à la santé à la MSA Languedoc-Roussillon
- Sandrine Chambaretaud, co-chef de projet (Commissariat Général du Plan)
- Karine Chevreul, médecin de santé publique (Irdes)
- Carole Clavier, doctorante en Science Politique ((Rennes I)
- Jean-Marie Devevey, chargé de mission « Santé » (Datar)
- Xavier Dupont, directeur départemental de l'Action sanitaire et sociale
- Laurence Hartmann, maître de conférence en économie (Lille II)
- Patrick Hassenteufel, professeur de Science Politique (Rennes I)
- Olivier Lacoste, directeur de l'observatoire régional de la santé Nord-Pas-de-Calais
- Stéphane Le Bouler, coordinateur de l'axe santé (Commissariat Général du Plan)
- Alain Le Maguet, président de l'URML Basse-Normandie
- Jean-Marc Macé, géographe de la santé
- Benoît Péricard, co-chef de projet, directeur du CHU de Nancy
- Lise Rochaix, professeure d'économie (Aix-Marseille II)
- Huguette Vigneron-Meleder, directrice de l'ARH Basse-Normandie

L'ensemble des membres du groupe de projet Poles tient tout particulièrement à remercier Marc Bouillet, Yann Bourgueil, Dominique Coudreau, Danièle Larger, Rémi Pellet, Alain Pelc et Dominique Polton.

Liste des personnes auditionnées

Gérard Arcega, directeur de la CPAM du Vaucluse

Michel Autès, vice-président du Conseil régional Nord Pas-de-Calais délégué à la santé et à la prévention

André Castelli, vice-président du Conseil général du Vaucluse, président de la commission Action sociale

Jean-Luc Chagnon, vice-président du Conseil général du Nord délégué à l'enfance et la famille, à la prévention et à la santé

Evelyne Combier, médecin de santé publique, CREGAS

Benoît Crochet, médecin conseil à la caisse centrale de la MSA

Laurent Davezies, professeur à l'université de Paris 12

Michèle Delaunay, présidente de la délégation santé, Conseil général de la Gironde

Claude Evin, député de Loire-Atlantique

Françoise Gaunet-Escarras, adjointe au maire de Marseille déléguée à l'hygiène et à la santé

Charles Honorat, Union Nationale des Associations de Formation Médicale Continue

Claude Huriet, président du Conseil d'administration de l'Institut Curie, sénateur honoraire

Monique Le Clézio, présidente du Pays Centre Ouest Bretagne

Guy Lengagne, président de la Communauté d'agglomération du Boulonnais

Jean Lissar, président de la commission Vie sociale et solidaire, santé, démocratie participative, Conseil régional d'Aquitaine

Michel Mazué, médecin responsable de la maison médicale de Bletterans

Valérie Merle, assistante de Joël Canapa, vice-président du Conseil régional PACA délégué à la solidarité, la prévention et la sécurité

Henri Metzger, adjoint au maire de Mulhouse délégué à la santé

Muriel Parcelier, déléguée à la santé, Ville de Bordeaux

Christian Paul, député de la Nièvre, président du pays Nivernais Morvan,

Hervé Poher, vice-président du Conseil général du Pas-de-Calais délégué à l'environnement et à la santé

Jean-Luc Prétel, député de Vendée

Jacques Roland, président du Conseil national de l'ordre des médecins

Clotilde Tascon-Mennetrier, adjointe au maire de Rennes déléguée à la santé

Françoise Tenenbaum, vice-présidente du Conseil régional de Bourgogne déléguée à la santé

Danièle Tubiana, adjointe au maire de Grasse déléguée aux affaires sociales, à la petite enfance, aux relations extérieures et à la solidarité, Grasse

Françoise Vidal-Borossi, MSA du Languedoc-Roussillon

Emmanuel Vigneron, Professeur à l'université de Montpellier

Jacques Willem, vice-président de la communauté urbaine de Dunkerque délégué à la prévention, la santé, l'éducation à la santé et à la citoyenneté dans ce domaine