

## Régionalisation et gouvernance du système de santé.

Deux rapports établis l'un par Ph RITTER, ancien Directeur de l'ARH d'Ile de France (et ancien Préfet) et l'autre par une mission parlementaire présidée par Yves BUR, député du Bas Rhin ont été remis au Ministre de la Santé en ce début d'année portant l'une et l'autre sur les Agences régionales de la santé.

Ces deux rapports qui font un bilan somme toute assez sévère de l'organisation actuelle de notre système de santé prolongent les constats de (quasi) faillite établis année après année par la Cour des Comptes sur l'organisation et le fonctionnement de notre système de santé au plan local : la Sécurité Sociale qui a su offrir un excellent service à ses « clients » (production & relation clientèle) n'a pas réussi sur le plan de la maîtrise de la dépenses ( payeur aveugle payant trop souvent à guichet ouvert).

Dans son rapport 2004, la Cour des Comptes consacra un chapitre entier à l'organisation régionale de la santé et de l'assurance Maladie. Or qu'écrivit elle dans une partie intitulé « Des activités enchevêtrées et de portée limitée » ?

« La multiplication d'acteurs dont les domaines d'intervention se chevauchent engendre une confusion sur les responsabilités respectives des uns et des autres sans toutefois permettre de couvrir l'ensemble du champ des problématiques. Au total, les résultats sont de portée limitée ». Suit un examen sans concession de la réalité actuelle et déjà deux recommandations impératives :

À Clarifier au niveau régional les champs de compétence de l' Etat et de l'Assurance Maladie.

À Créer des Caisses régionales propres à la branche Maladie du régime général se substituant aux diverses structures existantes ( CPAM versant GdR / URCAM / DRSM / CRAM versant GdR / MRS / GRSP...) et disposant de pouvoirs sur les Organismes de base.

### ETAT DES LIEUX

#### Les deux alternatives à la réforme de la gouvernance du système de santé.

Les deux missions conduites par Ph RITTER et par Y.BUR reprennent les constats déjà connus et se rejoignent sur les objectifs à assigner à une différence près, soit un pilotage unique et responsable de l'ensemble de l'offre de soins au plan régional (médecine de ville, hôpital et médico-social) dans le rapport RITTER soit selon la mission BUR un mode de gouvernance alternatif : un système dual s'appuyant sur une ARS chargée d'organiser l'offre de soins et la politique de santé publique d'une part et une Direction régionale de l'assurance maladie (DiRAM) régulatrice des dépenses de santé d'autre part. ».

La position de l'ancien Directeur d'ARH est celle d'un praticien qui a pu mesurer dans l'exercice de ses anciennes fonctions les limites sérieuses qu'ont pu rencontrer les 26 ARH dans leurs missions :

- définition de la politique régionale de l'offre de soins hospitaliers
- tutelle des Etablissements de santé

Les audits et rapports établis au cours des dix années qui ont suivi leur mise en place ne concluaient-ils pas à l'élargissement de leurs champs d'intervention et au renforcement de leurs pouvoirs ?

Mais face au principe fondateur posé par Ph RITTER suivant lequel « on ne peut être responsable de l'organisation de l'offre de soins sans être responsable de la gestion du risque », un autre principe non moins pertinent relativise une telle position. Selon C. LE PEN, économiste de la santé de renom, « Toute l'économie de marché est fondée sur l'idée d'une séparation entre la fonction de régulation et la fonction de gestion. La confusion des responsabilités fait courir des risques certains ». Une telle exigence se retrouve sur le plan politique, et ce depuis des siècles ( cf la séparation des pouvoirs chers à Montesquieu) et plus prosaïquement au plan opérationnel de la gestion de projets ( distinction entre le maître d'ouvrage et le maître d'œuvre).

Par ailleurs, si l' Assurance Maladie a échoué dans la gestion du risque et la maîtrise des dépenses de santé, doit-elle en porter seule la responsabilité ? D'autre part, l'appareil d'Etat a-t-il fait preuve de son efficacité sur le terrain de la gestion....pour autant que cela relève de sa mission ?

La question des insuffisances de la branche Maladie dans la gestion du risque et la régulation des dépenses aurait mérité un examen objectif. Opposer au Directeur de la CNAMTS l'échec de la réforme de l'Assurance Maladie pour faire, in abstracto, un nouveau pari sur l'avenir n'est tout simplement pas sérieux d'autant que cette branche ne s'est réellement investie sur ce terrain que depuis 2004, avec des résultats tangibles..

### La gestion politique du dossier de la régionalisation.

Vu sous l'angle politique, la partie semble être jouée puisque aussi bien le Ministère de la Santé a opté pour le schéma d'organisation préconisé par RITTER et le Président de la République a lui aussi marqué sa faveur pour une gouvernance unique, solution qui peut sembler, de prime apparence, comme garante d'efficacité et d'efficience. Mais il y a encore place pour le débat car cette réforme que Ph RITTER présente comme « l'une des plus importantes réformes institutionnelles de ces dernières décennies » doit être examinée par le Parlement à la session d'automne.

Il faut espérer que d'ici là le bon sens et le réalisme l'emporteront sur les luttes de pouvoir – qui opposent le Ministère de la santé et l'Assurance Maladie – et les positions de principe. Le réalisme commande en effet de vérifier la faisabilité de l'option la plus radicale, celle qui en enlevant à la branche Maladie la mission de gestion du risque et de la régulation des dépenses de santé ( même réduites aux soins de ville) pour le confier aux seules ARS, limite le réseau des CPAM aux missions de production et de relations avec le public. Ce qui pose 3 questions pratiques lourdes :

○ Comment détacher des bataillons aussi importants de la branche Maladie (soit environ 20.000 salariés) pour réussir à les intégrer à un autre milieu professionnel : outre qu'une telle opération ait peu de chance de réussir, il faut aussi en mesurer la difficulté et le coût.

○ L'option consistant à confier aux ARS une activité relevant traditionnellement de la branche Maladie lui enlève une piste privilégiée pour entamer le redéploiement de ce réseau, jugé indispensable par l'ensemble des autorités de Tutelle (Cour des Comptes, MECSS, IGAS..). D'autant que les activités de production se réduisent imposant une ré affectation des personnels vers les activités de contrôle et de régulation : en la matière les besoins sont immenses et urgents.

○ Les ARS qui auront la difficile responsabilité d'engager la reconfiguration du tissu hospitalier – désormais inéluctable – peuvent elles au surplus prendre la charge de réguler l'activité des professionnels de santé en soins de ville ?

Bien d'autres arguments pourraient au demeurant être avancés....

Si nombre d'institutionnels ne se sont pas fait entendre sur ce dossier – à commencer par le Conseil de la CNAMTS – FO a tout à fait raison de dénoncer « une étatisation régionalisée », risque qui en cas d'échec et par contrecoup peut déboucher sur une privatisation de larges pans de ce secteur d'activité.

### Les enjeux de la réforme du système de santé.

La réforme de la gouvernance du système de santé n'est pas l'objectif essentiel de cette nouvelle réforme qui va affecter le système de santé dans son ensemble : ce qui est recherché c'est une nouvelle fois, une meilleure maîtrise des dépenses de santé.

D'emblée, il faut savoir que les dépenses de santé sont structurellement déficitaires depuis de nombreuses années (progression régulièrement supérieures au taux de croissance et des recettes) , la préoccupation des gouvernements successifs consistant plus à minimiser les déficits que de revenir à l'équilibre. C'est ainsi que pour l'année 2007, le dépassement sur les soins de ville serait de 3,1 milliard d'€. en raison notamment du redémarrage des dépenses pharmaceutiques.

Les raisons en sont désormais bien connues : elles tiennent au comportement des assurés sociaux mais aussi des prescripteurs. La branche Maladie a commencé seulement depuis quelques années à mettre l'accent plus activement sur ces différents plans et enregistre des succès en terme de décelération de la dépense.

La deuxième raison et assurément la plus prégnante tient à la démographie médicale et aux profonds déséquilibres régionaux et locaux : ainsi la densité médicale est de 70,8 omnipraticiens pour 100.000 habitants à CHOLET et de 135,8 à MONTPELLIER. Pour les médecins spécialistes, l'écart est encore plus marqué : 30,5 pour LONGWY et 245,5 pour MONTPELLIER. Ces fortes disparités – que l'on pourrait même qualifier d'extravagantes - se retrouvent dans toutes les catégories des professionnels de santé lesquels étaient au nombre de 270.930 en 2005. Quant aux excédents de démographie médicale s'ajoutent des pratiques dispendieuses, on assiste à un niveau de dépenses qui peut aller du simple au double entre 2 régions ( coût moyen annuel des soins de ville en 2005 : 822€ en PAYS de LOIRE et 1.561€ en CORSE).

L'extrapolation qui figure en bas du tableau est de ce point de vue particulièrement éclairante sur ces écarts de coûts à l'échelle de notre pays :

○ en se basant sur le niveau du coût moyen des soins de ville le plus bas – soit 822€ en PAYS de LOIRE – le régime général aurait été largement en excédent ( d'environ 8milliards d'€).

○ en se basant sur le niveau du coût moyen des soins de ville le plus haut – soit 1.561€ en CORSE – le régime général aurait enregistré un déficit du RG cataclysmique ( d'environ 26 milliards d'€).

Si comparaison n'est pas raison, ce petit exercice de style pose question : Est on moins bien soigné et vit on plus mal en Pays de Loire que dans le Sud de la France ? Ou est l'égalité et même la solidarité quand de tels écarts – alors même que la France est déjà mieux dotée que les autres pays d'Europe – empêchent notre pays de s'équiper et d'investir (exemple : les IRM) ?

## MISE EN ŒUVRE de la REGIONALISATION : Position de notre Syndicat

La régionalisation du système de santé et la mise en place des ARS se présentent assurément comme la réforme de fond la plus importante depuis la création de la Sécurité Sociale. Cette évolution était inéluctable. Encore faut-il en réussir la mise en œuvre.

Dans le cadre de la concertation que les Pouvoirs publics souhaitent ouvrir avant la phase de rédaction des textes puis l'examen par l'Assemblée nationale, notre Syndicat veut communiquer ses positions sur un dossier aussi essentiel pour notre Institution et ses personnels.

Les 3 orientations connues de cette réforme ne sont guère contestables :

À Les difficultés actuelles du système de santé français (insuffisante maîtrise de la dépense / carences de la régulation de l'offre de soins / cloisonnement pénalisant des opérateurs de la santé publique) justifient une réforme s'appuyant sur une territorialisation véritablement opérationnelle du système de santé.

À La régionalisation du système de santé prévue dans le cadre de cette nouvelle réforme vise à décroïsonner le système de santé actuel. Partant de là, le pilotage régional d'une organisation souhaitée plus efficace et moins coûteuse va être confié à des Agences Régionales de la Santé aux compétences élargies et à la responsabilité renforcée, autrement dit, une autorité exécutive forte. Cette orientation, conséquence logique du renforcement de l'échelon régional est également souhaitable.

À la pleine coopération du réseau de l' Assurance Maladie, fort de son implantation territoriale, de son infrastructure informatiques et des compétences de ses différents personnels (cf tableau joint) et d'autre part les ARS, maître d'œuvre de la politique régionale de santé est jugée par l'ensemble des acteurs de cette réforme, quels que soient leur sensibilité comme indispensable à la réussite de cette réforme.

Au-delà de ces 3 orientations, se pose la question – assez cruciale pour la branche Maladie mais aussi pour les ARS – de la régulation des dépenses de santé : autrement dit selon qu'elles modalités sera assurée cette mission essentielle qui est actuellement exercée, pour l'essentiel par l'Assurance Maladie.

Le scénario du rattachement aux ARS des « personnels Sécu » concernés par cette activité peut sembler répondre à une cohérence d'ensemble. Une telle entreprise fait peser des doutes sérieux sur la montée en charge d'une réforme de structure qui va déjà bousculer bien d'autres secteurs d'activité. Nous exprimons par conséquent nos plus extrêmes réserves sur une telle approche.

Il est par contre indispensable d'améliorer l'ensemble du dispositif de gestion du risque et de régulation de la dépense : cela passe par un réexamen du rôle et des modalités d'intervention de l'ensemble des acteurs du réseau de notre branche ( CRAM branche Maladie / Service Médical / CPAM régulation) et par la responsabilisation et l'autonomie de l'échelon régional sur le terrain de la GDR

En conséquence, un scénario s'appuyant sur des Directions régionales de l'Assurance Maladie travaillant en concertation avec les ARS, donneurs d'ordre fonctionnant selon un mode contractuel est assurément une voie plus rapidement opérationnelle et socialement plus acceptable par l'ensemble des personnels concernés par cette réforme fondamentale qui est d'ailleurs sans doute attendue.

Tableau récapitulatif des effectifs de la branche Maladie concernés par la mise en place des ARS

Régions cram / N°			population protégée	population protégée RG	Soins de ville	Rang	Coût moyen	ETP Cram	ratio Assuré s / ETP	ETP GdR	JRCAM	ERSM	CRAM	total	Médecins (nbre)	densité Médecins	autres pro de la santé	Total pro de la santé	ratio Assurés / ETP GdR	ratio Pro santé / ETP GdR
AQUITAINE	BORDEAUX	16	3 034 630	2 456 020	2 610 405 555 €	19	1 063 €	2 609	941	132	13,5	415	329,1	889,6	6 680	220	9 738	16 418	18 606	124
AUVERGNE	LERMONT FE	14	1 308 470	1 063 075	1 058 089 123 €	16	995 €	1 312	810	90	12,5	442	196,5	741,0	2 302	176	3 346	5 648	11 812	63
BRANCHE-COMTE (Besançon)	DIJON	9	1 123 300	977 023	871 512 086 €	4	892 €	1 117	875	82	12,6			94,6	1 919	171	1 999	3 918	11 915	48
BOURGOGNE	DIJON	18	1 600 407	1 325 289	1 289 859 840 €	14	973 €	1 520	872	86	15,5	385	333,6	820,1	2 662	166	3 240	5 902	15 410	69
PICARDIE	LILLE	3	1 864 364	1 607 747	1 552 618 848 €	12	966 €	1 853	868	127	13,8			140,8	2 700	145	3 215	5 915	12 659	47
NORD-PAS-DE-CALAIS	LILLE	6	4 048 104	3 617 224	3 559 868 375 €	15	984 €	4 498	804	244	15,0	814	669,6	1 742,6	6 674	165	9 312	15 986	14 825	66
POITOU-CHARENTES	LIMOGES	15	1 681 560	1 330 678	1 254 750 586 €	9	943 €	1 423	935	63	11,2			74,2	2 970	177	3 511	6 481	21 122	103
LIMOUSIN	LIMOGES	13	709 570	560 825	581 552 954 €	17	1 037 €	665	843	59	11,3	330	266,3	666,6	1 365	192	1 797	3 162	9 506	54
RHONE-ALPES	LYON	19	5 938 024	5 236 464	4 889 025 096 €	7	934 €	5 376	974	315	18,3	762	650,5	1 745,8	10 995	185	16 080	27 075	16 624	86
CORSE	MARSEILLE	22	267 360	217 748	339 865 023 €	22	1 561 €	248	878	17	10,9			27,9	590	221	1 266	1 856	12 809	109
PACA	MARSEILLE	21	4 899 110	4 229 898	5 386 197 255 €	21	1 273 €	4 875	868	347	16,5	749	603,9	1 716,4	12 167	248	20 516	32 683	12 190	94
LANGUEDOC-ROUSSILLON	MONTPELLIEF	20	2 500 670	2 034 260	2 387 251 670 €	20	1 174 €	2 125	957	147	14,6	316	261,0	738,6	5 666	227	10 508	16 174	13 839	110
CHAMPAGNE-ARDENNES	NANCY	2	1 334 050	1 100 693	1 030 598 130 €	8	936 €	1 294	851	65	11,8			76,8	2 118	159	2 481	4 599	16 934	71
LORRAINE	NANCY	7	2 316 775	2 003 241	1 921 538 080 €	11	959 €	2 422	827	140	14,0	394	328,1	876,1	3 842	166	5 145	8 397	14 309	60
PAYS DE LA LOIRE	NANTES	11	3 421 694	2 861 196	2 353 076 440 €	1	822 €	2 937	974	137	13,2	411	364,5	925,7	5 342	156	6 987	12 329	20 885	90
CENTRE	ORLEANS	5	2 472 317	2 086 740	1 941 418 488 €	6	930 €	2 201	948	133	12,9	306	287,1	739,0	3 853	156	4 732	8 585	15 690	65
ILE DE FRANCE	PARIS	1	11 919 530	11 078 007	9 397 554 533 €	2	848 €	13 370	829	627	22,4	1 953	2 304	4 906,4	23 274	195	25 016	48 740	17 668	78
BRETAGNE	RENNES	12	3 030 377	2 403 524	2 270 391 581 €	10	945 €	2 428	990	152	15,0	357	305,5	829,5	5 181	171	8 722	13 903	15 813	91
BASSE-NORMANDIE (Caen)	ROUEN	10	1 439 185	1 181 310	1 032 773 034 €	3	874 €	1 247	947	108	12,6			120,6	2 163	183	2 678	4 841	10 938	45
AUTE-NORMANDIE (Rouen)	ROUEN	4	1 808 937	1 615 070	1 481 662 717 €	5	917 €	1 889	855	99	12,4	414	372,3	897,7	2 819	156	2 948	5 767	16 314	58
ALSACE	STRASBOURG	8	1 778 830	1 618 245	1 565 898 874 €	13	968 €	1 871	865	89	13,2	394	371,6	867,8	3 539	199	3 644	7 183	18 183	81
MIDI-PYRENEES	TOULOUSE	17	2 697 465	2 205 441	2 294 686 735 €	18	1 040 €	2 415	913	146	14,7	372	311,6	844,3	5 794	215	9 572	15 366	15 106	105
FRANCE METROPOLITAINE			61 194 730	52 809 717	51 070 595 023 €			59 695	885	3 405	308	8 814	7 955	20 482	114 615	187	156 453	270 928	15 509	80
Total DOM				1 633 575																
FRANCE ENTIERE				54 443 291																

nd : non disponible

simulation s/ la base de la 2ème moyenne de conso la plus haute : Ile de France = 44 782 639 642 € 88%

simulation faite sur la base moyenne de conso la plus basse : Pays de Loire = 82. 43 409 587 049 € 85%

51 070 595 023 €

simulation faite s/ la base de la moyenne de conso la plus haute : Corse = 1 561€ 82 426 521 874 € 161%

simulation s/ la base de la 2ème moyenne de conso la plus haute : PACA = 1 27: 67 226 769 179 € 132%