



11 Décembre 2020

Xavier BERTRAND

Président de la Région Hauts-de-France

Comment la gestion du territoire impacte la transformation de la santé ?

Lorsque l'on évoque les actions des régions, l'on pense surtout aux lycées, à l'économie et aux transports, mais s'il est bien un domaine dans lequel les régions jouent un rôle croissant c'est celui de la santé. Dans un pays où la moitié des habitants vit dans des villes de moins de 10 000 habitants, c'est une compétence clé pour l'égalité d'accès aux soins. La crise sanitaire du Covid-19 a révélé à nombre de français l'existence des **agences régionales de santé (ARS)**, en charge de l'organisation des soins et des actions de dépistage dans les régions. Régies par la loi Hôpital, patients, santé et territoires du 21 juillet 2009 (« Loi HPST »), les 17 agences régionales de santé (ARS) sont chargées d'organiser la politique de santé dans les régions, de piloter et réguler l'offre de soins pour répondre aux besoins des populations locales. Pourtant, la politique de « **territorialisation du système de santé** » ne date pas d'hier. Commencée dans les années 70 avec la « carte sanitaire des hôpitaux », elle s'est déployée avec les « observatoires régionaux de santé », le « schéma régional d'organisation sanitaire » et les « programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins ». Mais c'est la création des **ARS** qui marquent un vrai tournant. Ces agences matérialisent la volonté

des pouvoirs publics de se départir d'un système de santé centralisé, perçu comme « budgétivore » et questionné sur son efficacité.

Une régionalisation en trompe l'œil ?

Plus de dix ans après, où en sommes-vous ? Peut-on vraiment parler de régionalisation ? Rien n'est moins sûr si l'on écoute les élus locaux. Ils critiquent la lourdeur de la « *technostructure sanitaire* » des agences régionales de santé (ARS) et déplorent leur mise à l'écart dans les processus de décision. La nouvelle « articulation » Paris/province tant souhaitée du système de santé est loin d'être réglée.

Le naturel revient au galop Les vieux réflexes jacobins ont la vie dure. Bercy, à travers la Caisse d'assurance maladie (Cnam) et Ségur gardent la main sur la santé dans les régions. Et ce n'est pas la présence d'élus aux conseils de surveillance des hôpitaux publics qui change la donne. De même que l'octroi au président de région de la présidence de l'ARS relèverait plus d'un « effet d'annonce » que d'un vrai partenariat. Pour expliquer cette situation, Xavier Bertrand, président de la région Hauts-de-France livre son « diagnostic ». L'Etat ne fait pas confiance aux élus trop souvent considérés comme des « *dépensiers de l'ancien monde* » et leur impose une kafkaïenne, une « *absurdie réglementaire* » qui ne tient pas assez compte des « *bassins de vie* ». Les « *logiques de vie* » ignorent les frontières administratives. Et de citer en exemple l'ouverture d'une maison de santé pluridisciplinaire qui s'apparente souvent à un véritable « parcours du combattant ». « *Bien souvent, le directeur général d'une ARS n'a pas assez de pouvoir d'interprétation par rapport aux textes* ». En raison de leur taille et de leur lourdeur, les ARS n'ont pas l'« *agilité* » requise sur un territoire. Leur champ de compétences trop large et le « management » de leurs effectifs font qu'elles ne sont pas suffisamment concentrées sur leurs missions. Le ministre de la santé plaide pour une expérience d'objectif régional d'assurance maladie (ORDAM) régionalisé. Une

véritable régionalisation permettrait une clarification des rôles entre le ministère de la Santé et la Cnam : au **ministère**, les grands principes de politique de santé publique et à l'**Assurance Maladie**, l'élaboration des règles économiques et financières et aux **régions** la régulation et l'organisation des acteurs locaux. La médecine de ville comme les établissements de santé retrouveraient des capacités d'initiative et de dialogue avec une « tutelle » plus proche. Ce transfert de responsabilité vers les collectivités devrait se traduire par une déconcentration et un engagement supplémentaire sur la « ligne santé » pour des moyens financiers et humains à la hauteur des enjeux. Faut-il rappeler que, comparées aux *comunidades autónomas* espagnoles ou aux *länder* allemands, les régions françaises sont des « nains budgétaires ». Pression budgétaire imposée par Bercy à la Santé, puis du ministère de la santé aux ARS, lesquelles les imposent aux acteurs locaux, ce cercle fait que l'équation budgétaire est bien souvent impossible. Cette « tendance centralisatrice » est d'autant plus regrettable que la région est « *le bon échelon* » pour le pilotage d'une politique de santé. Au même titre que l'intercommunalité qui s'inscrit dans une « logique de vie » au plus près des territoires pour prévenir notamment les déserts médicaux. Le Grand débat national, initié par le Président de la République avait mis en exergue une demande de décentralisation et cette aspiration toujours plus forte à une « dynamique territoriale ».

Les arguments contre la **régionalisation de la santé** sont en train d'atteindre leurs limites. Elle ne génère pas plus d'inégalités territoriales, celles-ci existaient déjà. Régionaliser les moyens de la santé (en créant des objectifs régionaux de dépenses d'assurance maladie) est tout à fait possible avec les nouveaux outils technologiques et les données de territoire sur les plans épidémiologique et démographique.

Faut-il pour autant pousser jusqu'au bout la logique de la régionalisation ?

Comme on l'a constaté durant cette crise sanitaire, la sécurité sanitaire doit rester une

compétence étatique. Au début dramatique de la pandémie, l'incapacité d'un président d'une région italienne à prendre une décision a fait prendre conscience de l'importance d'un pilotage central. L'Etat doit concerter et associer davantage les acteurs locaux, mais les décisions importantes ne doivent-elles pas relever du régalien ?

Des pistes pour l'innovation La traduction opérationnelle de la Loi de 2009 se traduit par de nouveaux échelons : « projet départemental de santé » avec projets des établissements et « contrats locaux de santé », sans oublier les « communautés professionnelles territoriales de santé » (CPTS) qui regroupent les professionnels d'un même territoire qui souhaitent s'organiser – à leur initiative – autour d'un projet de santé pour répondre à des problématiques communes. La limite de ces dispositifs n'est-elle pas liée au fait qu'ils sont plus définis par les projets que par les acteurs et sont le plus souvent sans réel rapport les avec les bassins de vie ?

Le vrai chantier n'est-il pas entre les professionnels de la santé et l'Etat ? Une initiative, comme celle menée en Saône-et-Loire pour décharger les professionnels de la santé des rapports et tâches administratives avec l'Assurance maladie pour se concentrer sur les soins et la formation constitue une piste.

A l'instar de ce qu'il se fait pour l'économie, ne faut-il pas aussi imaginer **plus de passerelles entre le monde de la santé et les élus** ? Source d'incompréhensions, il y a trop peu d'élus qui ont une connaissance complète des acteurs de la santé. La mise en place récente de « Conférences régionales stratégiques » permet une approche transversale et un vrai croisement horizontal de points de vue des acteurs. Appliquées à la santé, elle pourrait permettre de créer plus de synergies.

On le constate en cette période inédite de crise sanitaire, les régions peuvent concilier **proximité et responsabilité** pour promouvoir dans les territoires un accès aux soins

innovant et une santé solidaire. Il en va de la pérennité de notre modèle français qui se différencie des autres, ne n'oublions pas, par sa dimension humaine. Et donc par sa capacité à être efficace sur un territoire.

LE CEPS REMERCIE LES PARTENAIRES DU CLUB

I-SANTE

**DE GAULLE
FLEURANCE
& ASSOCIÉS**
SOCIÉTÉ D'AVOCATS



AG2R LA MONDIALE



Healthmedia