



## SEMINAIRE D'ÉCHANGES SUR LES ARS :

### QUEL PILOTAGE TERRITORIAL POUR NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ ?

Salle Pierre Laroque, Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports  
Paris, 11 octobre 2007

#### « Quel diagnostic sur l'organisation territoriale du système de santé ? »

**Contribution de Christian Saout,**  
Président du Collectif interassociatif sur la santé (CISS).

Il ne faut pas nier que des évolutions ont eu lieu pour faire de l'échelon régional un lieu de réflexion sur la santé. Cependant, cela reste assez timoré comme je voudrais vous le montrer (I). C'est à partir de ce diagnostic, donc nécessairement partiel, que peut selon nous se penser une évolution régionale plus favorable pour des réponses optimales aux besoins des groupes humains qui y vivent (II).

\*

#### **I. L'échelon régional, politiquement mis en perspective depuis plus d'une décennie, est bien loin d'avoir été optimisé.**

1. En effet, on parle de la régionalisation de la santé depuis très (trop) longtemps.

Parce que l'on pense que la région est un meilleur échelon pour apprécier des besoins et organiser les réponses. Ou parce que l'on considère que le « fait régional » s'installe dans notre pays, depuis les lois de décentralisation notamment, et qu'il n'y a aucune raison que la santé échappe à un niveau d'appréhension régionale plus exigeant.

2. Les politiques successives depuis plus de dix ans n'ont eu de cesse de se référer à l'échelon régional comme un optimum sans jamais lui donner la moindre chance de se concrétiser.

Même si la loi a pu reconnaître l'existence de missions régionales, les agences régionales n'ont pour l'instant qu'un caractère expérimental. La proposition qui nous est faite aujourd'hui

consiste d'ailleurs à regarder dans quelles conditions le mouvement vers une régionalisation plus poussée de la santé pourrait être accéléré.

Cependant, quelques premiers éléments sont venus donner plus d'épaisseur à l'approche régionale : au SROSS se sont ajoutés plus récemment les PRSP, des institutions se sont aussi établies avec une ampleur régionale, les ORS et les GRSP par exemple. Les conférences régionales de santé permettent aussi de traduire une vision régionale en permettant la formulation des attentes et des recommandations en région.

Et puis pour nous, usagers du système de santé, la démocratie sanitaire, votée à l'unanimité de la représentation nationale, après les Etats Généraux de la Santé, a permis de donner un peu d'épaisseur à la réalité régionale. Je rappelle que cette démocratie sanitaire marche sur deux « pieds » : la participation des usagers et leur représentation. Présents dans les CRS, les usagers sont associés. Ils siègent aussi, de façon moins évidente qu'au plan national, mais tout de même, dans certaines instances régionales. Mais, ce n'est pas toujours facile car un certain nombre de DRASS, comme en Rhône Alpes par exemple décident de nommer des associations non agréées, ce que je viens de constater pour le Corevih de Rhône Alpes. Il ne faudrait pas que le goût immodéré de l'illégalité vienne contrecarrer la volonté du Parlement !

3. Malgré ces efforts, il reste encore une série d'impasses sur le chemin des réponses optimales attendues par les usagers. Quelles sont leurs attentes ?

Il faut les regarder d'un double point de vue : les impatiences individuelles, et les revendications collectives.

#### 31. Les attentes personnelles.

- Une meilleure *coordination* des soins : aujourd'hui ce sont les patients qui coordonnent les médecins au lieu que ce soit, comme on l'attendrait, les médecins qui coordonnent les soins pour une personne. Il faut une institution capable de peser en proximité pour modifier les comportements.
- Une meilleure *lisibilité de l'offre de soins de premiers recours, de la permanence des soins et des urgences* : il est inadmissible d'être obligé de se retourner vers la médecine hospitalière d'urgence par défaut de permanence des soins. Il faut une institution capable d'offrir aux citoyens, de façon visible et lisible, un système de prise en charge depuis les soins de premiers recours jusqu'aux spécialités et à l'urgence.
- Une meilleure capacité à appréhender les réponses à sa situation de santé dans un *continuum* de la prévention aux soins en passant par la qualité de vie à l'hôpital et à domicile. J'insiste encore sur la médecine de premier recours qui n'est pas reconnue. Elle doit l'être, et elle doit être organisée, par une autorité régionale, en fonction des besoins des bassins de population. C'est elle la porte d'entrée dans le système de soin et non pas le médecin traitant qui n'ouvre que sur un parcours tarifaire.
- Une meilleure *sécurité* dans les soins, car comme le montrent certaines affaires récentes (Epinal, Toulouse, ...) des efforts sont à conduire. Il faut une autorité capable de contrôler en proximité. On fait une loi sur la sécurité des manèges forains mais pas sur la sécurité des patients en radiothérapie !
- Une meilleure *qualité* des soins : il est inentendable de voir, comme cela s'est produit, la HAS accréditer un établissement un jour, et le Préfet ordonner la fermeture le lendemain pour défaut de sécurité ! Ici encore, un peu de cohérence ne nuirait pas, à partir d'une autorité régionale.

### 32. Les revendications collectives.

- Une *approche globale de la santé*, car aujourd'hui on traite d'un côté le financement et de l'autre l'action, d'un autre côté encore le soin et de l'autre la prévention, et enfin le soin sans le lier au social. Il faut en finir avec ce saucissonnage dont l'utilisateur fait les frais.
- L'absence de réponse efficace depuis plusieurs décennies au mépris dans lequel se tiennent respectivement *la ville et l'hôpital*.
- L'absence de politique de *prévention* régionale, coordonnée à l'organisation des soins, en fonction des priorités régionales.
- L'absence de *gouvernance de l'offre* de façon suffisamment satisfaisante comme le révèlent les questions de déficit dans la répartition territoriale des médecins généralistes ou de spécialité. La garantie de l'égal accès de tous aux soins est une contrainte légale (L 111-2-1), l'échelon régional devrait permettre d'y parvenir plus aisément.
- L'incapacité à conduire *l'adaptation de la réponse hospitalière* en fonction des exigences de sécurité et d'efficacité.
- La coexistence *d'un mode de prise en charge sanitaire sans lien avec la prise en charge sociale* : pour prendre un exemple, il est extrêmement difficile de penser la modernisation de la réponse hospitalière en terme de durée de séjour pour nous adapter aux standards internationaux si nous ne mettons pas en regard la prise en charge ambulatoire et les ressources en terme d'aide à domicile.

Je n'ai pris que quelques critères et donné seulement quelques exemples pour ne pas alourdir cette présentation, mais nombreux sont ceux qui dans cette salle pourraient multiplier les exemples.

## II. Comment penser l'évolution régionale de santé?

Nous proposons des orientations simples et robustes.

21. Le périmètre des ARS doit être le plus large possible au nom de la santé publique, en faisant fi des intérêts des corporations de tout poil qui ne manqueront pas de craindre pour le pré carré qui leur sert de terrain d'exercice favori pour un lobby ignorant des besoins des personnes et plutôt attaché à défendre l'exercice de leurs prérogatives.

Il faut donc y mettre *la prévention et le soin, le soin et le social, l'action et le financement*.

22. Il faut garantir certains équilibres. C'est pourquoi nous proposons que les ARS soit un échelon de déconcentration, quelle qu'en soit la forme, plutôt que d'envisager une décentralisation. C'est peut être une évidence pour beaucoup d'acteurs, mais nous préférons le redire.

Car il y a des questions sensibles qui ne peuvent être appréciées au niveau régional, comme dans les *maladies rares* par exemples ou pour les pathologies dans lesquelles *les centres de ressources* sont peu nombreux sur le territoire national. En outre, il y a des garanties à apporter en terme de péréquation des dotations publiques pour garantir *l'égalité de traitement* entre les citoyens dans l'accès à la santé d'une région à l'autre.

23. Il faut un management élargi, impliquant toutes les parties, sans hégémonie, en ayant le souci de la parité entre la représentation des différents acteurs. Il ne saurait en la matière y avoir d'inflexion par rapport à *l'objectif de démocratie sanitaire* : la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie démontre qu'elle peut bien vivre avec un quart de son conseil composé

d'associations de personnes handicapées. Ne nous privons donc pas de la contribution des usagers au sein des organes de gouvernance des ARS.

24. Il faut aussi accompagner la mise en cohérence régionale d'une cohérence nationale accentuée. Sans prétendre répondre à la question de savoir s'il faut une agence nationale de santé, on peut néanmoins estimer que *la mosaïque d'institutions et d'agences nationales doit suivre le même rythme que l'évolution régionale*. On peut ainsi penser que la prévention et la veille sanitaire pourraient être dans un premier temps regroupées, comme la sécurité sanitaire et l'organisation des soins, avant d'aller vers une agence nationale de plein exercice. Si les agences thématiques n'étaient pas regroupées, il faudrait à minima que des outils soient identifiés au sein d'une agence nationale chargée de définir le cahier des charges de mise en œuvre des orientations votées par le parlement et de s'assurer de la réalisation des objectifs régionaux. Cela sera de toute façon indispensable si l'on veut faire quelque chose de la Revue générale des politiques publiques qui est en cours.

\*

C'est ainsi que se présentent les premières réflexions du CISS.