



**Synthèse de l'Etude de l'Observatoire de la Régionalisation :
Santé, acteurs et régions**

***La montée en charge de la loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires »
et la création des Agences Régionales de Santé :
quels enjeux et perspectives pour les acteurs du système de santé ?***

Plus de dix-huit mois après la promulgation de la loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires » (HPST), quel bilan les acteurs du système de santé dressent-ils des réformes en cours et des premières actions conduites par les Agences Régionales de Santé (ARS) ?

L'étude de l'Observatoire de la Régionalisation, *Santé, acteurs et régions*, propose une analyse approfondie de la montée en charge de la loi HPST. Enrichie d'une vingtaine d'entretiens auprès des autorités de santé nationales, de directions d'ARS, d'élus, de représentants d'associations de patients et de présidents de syndicats de professionnels de santé, elle restitue leurs motifs de satisfaction à l'égard des réformes engagées, mais également leurs inquiétudes, leurs doutes et les premiers signaux d'alerte qu'ils adressent aux autorités de santé quant à la poursuite de ces réformes. Par ailleurs, elle apporte des éléments de prospective sur les conditions de réussite des réformes engagées. L'exercice est de dessiner les contours d'un futur souhaité parmi les futurs apparaissant comme possibles.

**Un consensus largement exprimé : la nécessaire refondation du système de santé
et la reconnaissance d'avancées d'ores et déjà réalisées**

L'ensemble des experts et des responsables interviewés partage le diagnostic des carences actuelles du système de santé français et s'accorde ainsi sur le bien-fondé de cette vaste réforme, porteuse d'une ambition forte et légitime. La nécessité de la refondation du système de santé français fait donc l'objet d'un large consensus qui s'est bâti autour de trois grandes lignes de force :

- le choix de la région comme unité géographique et politique centrale de l'organisation et de l'efficacité du système de santé
- le renforcement de la démocratie sanitaire, attente fortement exprimée par l'ensemble des acteurs
- le décloisonnement impératif des secteurs sanitaire et médico-social, des médecines de ville et hospitalière, avec la réaffirmation du « parcours de soins coordonné » comme axe directeur autour duquel le système doit se réorganiser.

L'ensemble des acteurs du système de santé a été mobilisé par cette loi qui n'apporte pas une, mais plusieurs réformes structurelles, d'autant plus déstabilisantes qu'elles sont conduites « à marche forcée » dans un contexte économique particulièrement tendu.



Acteurs du système de santé : la loi HPST lance de nouveaux défis

Orchestrer la refondation du système de santé dans un contexte économique fortement contraint : le défi des ARS

Trois principaux défis sont lancés pour orchestrer la refondation du système de santé.

1^{er} défi : l'installation des Agences Régionales de Santé

Par la dimension politique forte que revêtent leurs missions, les ARS sont devenues le pivot du système de santé. Elles redéfinissent les interactions entre acteurs et redessinent la carte des pouvoirs en région face aux Préfets, aux élus locaux et aux collectivités territoriales, aux Directions Régionales de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale (DRJSCS) et aux services déconcentrés de l'Assurance-maladie comme les Caisses Primaires d'Assurance-Maladie (CPAM). La mise en place de ces nouvelles structures soulève des questions encore en suspens à ce jour :

- comment les ARS vont relever les enjeux managériaux qu'elles rencontrent dans un contexte économique particulièrement contraint ?
- réussiront-elles à développer en interne des « synergies positives » ?
- quels nouveaux modes d'organisation mettront-elles en place ?

Par ailleurs, la question des relations entre les ARS et l'Assurance-maladie reste entière avec l'élaboration des Programmes Régionaux de Gestion du Risque (PRGDR).

2^{ème} défi : (re)définir les territoires de santé

L'objectif des ARS est de pallier les carences des territoires en matière d'offre de soins et de services de santé, liées à l'intégration insuffisante des secteurs du médico-social, de la psychiatrie et de la médecine de ville. Cette mission revêt une dimension politique forte, le territoire recouvrant :

- l'espace géographique de la démocratie sanitaire et de la concertation
- le cadre rénové de planification de l'offre de soins
- l'espace sur lequel se déclineront les Schémas Régionaux d'Organisation des Soins (SROS), médico-social (SROSM) et de la prévention (SRP)
- l'espace qui devra s'harmoniser avec l'échelon administratif pour tout ce qui ne relève pas de la santé pure mais intéressera d'autres forces vives de la nation.

Dans cet esprit, les ARS se doivent d'introduire des modes d'organisation et des mécanismes de régulation nouveaux, dans une dynamique de gestion de projet.

3^{ème} défi : la définition des Plans Régionaux de Santé d'ici fin 2011

Trois enjeux majeurs sont identifiés dans l'élaboration des Plans Régionaux de Santé (PRS). Nécessitant un très lourd travail de synthèse, leur construction devra s'inscrire dans une logique de concertation étroite et transversale avec les différents acteurs territoriaux. Il s'agira d'avoir une vision prospective des besoins sanitaires et médico-sociaux des populations, en anticipant notamment les évolutions démographiques. La question qui se pose est celle du partage d'informations entre les acteurs. Les experts interrogés pointent unanimement du doigt le partage insuffisant d'informations entre les acteurs, la qualité variable de ces informations selon les régions, et le manque d'interopérabilité des systèmes d'information entre les établissements hospitaliers, les Observatoires Régionaux de Santé (ORS) et les ARS. Ainsi, les directions des ARS ont d'ores et déjà identifié les écueils majeurs à éviter lors de l'élaboration des PRS.



Poursuivre les restructurations dans une logique de décloisonnement avec la médecine ambulatoire et le secteur médico-social : le défi des établissements hospitaliers

L'hôpital comme une entreprise

De l'avis des experts et des responsables interviewés, le volet « Hôpital » d'HPST ne marque pas de véritable rupture avec les réformes précédentes. Il s'inscrit dans la continuité des plans « Hôpital 2007 » et « Hôpital 2012 » et conforte ainsi l'évolution du fonctionnement des établissements vers un mode de gestion de plus en plus entrepreneurial. Quatre dispositions attestent de cette évolution :

- le resserrement des pouvoirs de décision et des compétences exécutives entre les mains du directeur d'établissement et de son directoire ; mesure vécue comme une perte de pouvoir pour le personnel médical hospitalier
- la suppression de la notion de « service public hospitalier », qui devrait rééquilibrer le partage des missions de service public entre les établissements publics et privé
- la création des Communautés Hospitalières de Territoire (CHT) et le renouvellement des Groupements de Coopération Sanitaire (GCS), qui vont accélérer le processus d'externalisation d'activités et de mutualisation de moyens
- la création du « contrat clinicien », s'inscrivant pleinement dans une logique de droit privé, pour les médecins et les pharmaciens hospitaliers.

Le risque de la « lourdeur » et du « non-dialogue »

Deux obstacles importants, non levés par la loi HPST risquent de limiter la montée en charge des restructurations hospitalières :

- la lourdeur administrative de la mise en place des GCS d'établissements
- la faible interopérabilité des systèmes d'information, qui va considérablement limiter les gains d'efficacité devant théoriquement être générés par la mise en œuvre des coopérations entre offreurs de soins.

Rénover la médecine libérale de proximité en s'inscrivant dans les logiques de coordination et de décloisonnement promues par la loi : le défi de la médecine de ville

HPST, loi de refondation de la médecine libérale ?

C'est dans le camp des médecins libéraux que se sont exprimées – et s'expriment encore - les oppositions les plus virulentes à la loi HPST. La crise profonde que traverse depuis plusieurs années la médecine n'explique pas à elle-seule cette opposition. Elle est à la mesure des défis qu'HPST lance aux médecins libéraux. En effet, la loi HPST peut être appréhendée comme une loi de refondation de la médecine libérale ; plusieurs dispositions venant remettre en question ses fondamentaux :

- les coopérations entre professionnels de santé vont conduire à une forfaitisation croissante de la rémunération des médecins, et donc à une remise en cause du paiement à l'acte
- les volets ambulatoires des SROS, bien que non opposables, vont progressivement réorganiser l'offre de soins au sein des territoires de santé, avec comme objectif prioritaire la régulation des soins de premier recours dans les zones sous-médicalisées
- la transformation des Unions Régionales des Médecins Libéraux (URML) en Unions Régionales des Professionnels de Santé (URPS) divise le pouvoir et la représentation des syndicats médicaux, et affaiblit la politique conventionnelle au niveau national.



Dans ce contexte, les principales dispositions de la loi Fourcade (rétablissement des contrats de bonne pratique et des contrats de santé publique, abrogation de la déclaration obligatoire des absences programmées et du « contrat santé-solidarité ») revêtent un enjeu politique fort : « reconquérir » les médecins libéraux et faciliter les négociations relatives aux modalités concrètes d'organisation et de financement de la coordination des soins.

La rupture du modèle « Charte 1927 » ?

Au-delà de ces enjeux politiques, les représentants des syndicats de médecins libéraux expriment des craintes quant aux conséquences à moyen-long terme de la loi :

- la régionalisation du système de santé ne masque-t-elle pas en réalité une étatisation des politiques de santé, avec la création de schémas de prise en charge par filières, définis par l'Etat et déclinés en région par les ARS ?
- le cadre réglementaire, prévu par la loi, sur les démarches de coopération entre professionnels de santé, ne risque-t-il pas, par sa dimension administrative et procédurale, de décourager les démarches locales déjà existantes et de freiner les initiatives futures ?
- quel est l'avenir de la convention médicale ? Quels seront son rôle et son contenu une fois que sera publié le décret relatif à la coordination des soins et établie la nomenclature des actes de coopération rémunérés ?
- les ARS sauront-elles créer de véritables dynamiques auprès des professionnels de santé autour des Maisons Pluridisciplinaires de Santé (MPS) et des pôles de santé ? Quel sera le coût véritable du déploiement de ces structures ? En cas d'échec de ces dispositifs, quelles seront les alternatives pour maintenir dans certains territoires de santé la permanence des soins et assurer la pérennité de spécialités médicales confrontées à un déclin important de leur démographie ?

Une opportunité sans précédent de revaloriser l'acte pharmaceutique et d'asseoir la légitimité du réseau officinal : le défi de la pharmacie d'officine

Une profession officinale consensuellement mobilisée autour de ses enjeux

Les pharmaciens d'officine constituent sans nul doute la profession de santé qui aura su le mieux tirer parti de la nouvelle organisation des soins de ville prévue dans la loi HPST. Confrontée depuis le milieu des années 2000 à une dégradation continue de son modèle économique et menacée dans ses fondamentaux, la pharmacie d'officine se voit contrainte de défendre son monopole de compétences. En ce sens, l'article 38 de la loi HPST, et plus particulièrement le statut de pharmacien correspondant, jette les bases de la revalorisation du rôle du pharmacien en confortant clairement le pharmacien d'officine dans sa dimension professionnel de santé. Néanmoins, la concrétisation des missions dites « HPST » se voit actuellement freinée par plusieurs obstacles qui restent à lever :

- la place des pharmaciens d'officine dans les démarches de coopération entre professionnels de santé reste floue
- l'épineuse question des transferts de tâches et de compétences entre médecins et pharmaciens, source traditionnelle de tension entre les deux professions demeure d'actualité.

Ces nouvelles missions posent par ailleurs deux interrogations clés :

- les pharmaciens titulaires sont-ils réellement prêts à s'engager dans l'exercice de ces missions dites HPST ? En particulier celles relatives à l'éducation thérapeutique et aux actions « d'accompagnement patients », au statut de pharmacien correspondant et à celui de pharmacien référent ? En effet, les observateurs du réseau officinal et les représentants de la



profession sont conscients qu'au-delà des déclarations d'intention, nombreuses, seule une minorité de titulaires sera en mesure d'exercer pleinement ces missions.

On peut donc s'interroger légitimement sur l'impact économique réel que ces missions auront sur l'économie globale du réseau. Sont-elles susceptibles d'offrir de véritables relais de croissance et d'enrayer l'érosion continue des marges ?

- ces missions ne portent-elles pas en germe une hétérogénéité croissante du réseau ? A travers une spécialisation qu'une partie des pharmacies d'officine pourraient opérer en faveur de certaines missions, certains types d'activité, voire la prise en charge de certaines pathologies... Cette spécialisation serait d'autant plus motivée par la recherche d'une différenciation au sein d'une même zone de chalandise ou d'un territoire de santé, et ce dans une logique concurrentielle que repoussent pourtant vigoureusement les représentants syndicaux et ordinaires de la profession.

Assurer réellement leur représentativité au sein des Conférences Régionales de Santé et de l'Autonomie et professionnaliser leur organisation en région : les défis des associations de patients

Hors Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie (CRSA), rien de nouveau depuis le 4 mars 2002

Les représentants des associations de patients interviewés dans le cadre de cette étude font une lecture relativement critique de la loi HPST quant à la place et aux nouvelles missions qui leurs sont désormais dévolues au sein du système de santé. S'ils reconnaissent qu'à travers le rôle attribué aux CRSA, la loi élargit sensiblement leurs prérogatives en les associant étroitement à l'élaboration des PRS, et que l'élargissement de la CRSA à l'ensemble des acteurs du système de santé renforce la démocratie sanitaire et son fonctionnement, ils relèvent que la loi ne reconnaît pas plus le fait associatif que ne l'a fait la loi de 2002 relative aux droits des patients. Leur représentativité auprès des autorités de santé et des gestionnaires en région ne se trouve pas fondamentalement modifiée, du moins « numériquement », dans la mesure où ces associations siégeaient déjà dans les Conférences Régionales de Santé. Selon eux, la déconcentration du système de santé et la nouvelle organisation qui se met en place en région feraient peser plusieurs menaces sur les associations de patients :

- au sein des CRSA, les associations de patients sont reconnues comme des associations d'« usagers de services de santé ou médico-sociaux ». Ce terme générique ne pourrait-il pas conduire à terme à une dilution de la représentativité des associations de patients au sein des CRSA ?
- la loi lance à la majorité de ces associations un double défi, organisationnel et financier : ne modifiant pas les modalités de financement des associations et ne leur conférant pas plus de moyens, les associations pourront-elles « régionaliser » leurs organisations et accompagner la professionnalisation nécessaire de leurs membres, appelés à prendre part au débat public des PRS ?
- dans un système sous contrainte économique forte, les budgets qui seront alloués aux initiatives locales, éligibles principalement aux Missions d'Intérêt Générales et d'Aide à la Contractualisation (MIGAC) et au Fonds d'Investissement pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS) risquent d'être prioritairement affectés aux expérimentations et réalisations existantes et s'inscrivant dans les priorités de santé publique définies au niveau national. Une incertitude plane sur les perspectives de financement des projets nouveaux ne s'inscrivant pas ou pas totalement dans les priorités nationales de santé publique.



La vision des acteurs et les perspectives de la régionalisation du système de santé

Près de deux ans après sa promulgation, la loi HPST fait toujours l'objet d'analyses contradictoires quant à ses orientations et son impact concret sur l'organisation future du système de santé. Certains acteurs la voient comme une loi d'étatisation du système de santé, donnant à l'Etat les moyens d'une « reprise en main » à travers la création des ARS. Cette analyse est largement partagée par les représentants syndicaux des professionnels de santé libéraux, pour qui HPST signe à terme la fin de la politique conventionnelle de la médecine de ville. Pour d'autres, plus minoritaires, cette loi est une étape préalable à une décentralisation future du système de santé. Ces deux visions contraires s'expriment dans le débat récurrent, tant au niveau national que régional, sur les perspectives du financement des dépenses de santé et l'arbitrage entre un Objectif National des Dépenses d'Assurance-Maladie (ONDAM) et 26 Objectifs Régionaux de dépenses d'Assurance-Maladie (ORDAM). Elles expliquent aussi les résistances parfois fortes à l'égard des réformes engagées. Au-delà de ces visions divergentes, l'une des interrogations majeures à l'égard de cette loi porte sur la dichotomie entre les objectifs ambitieux d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins, et les moyens budgétaires insuffisants alloués au financement d'un système appelé à se réformer en profondeur.

Dans ce contexte économique contraint, plusieurs conditions de réussite se dessinent pour atteindre les objectifs des réformes engagées :

- dans un premier temps, l'objectif de décloisonnement du système de santé dépendra moins d'éventuels ORDAM que de la fongibilité réelle des enveloppes budgétaires
- la capacité des ARS à atteindre les objectifs fixés par la loi va dépendre des marges de manœuvre financières qu'elles sauront dégager et des « synergies positives » qu'elles pourront créer en région
- ces objectifs ne pourront pas être atteints sans que l'ensemble des acteurs du système ne parvienne à dépasser les divergences politiques et syndicales, ainsi que les clivages traditionnels de toute nature (entre modes d'exercice, entre secteurs de soins et services de santé). Les URPS et les CRSA seront en ce sens les instances clés du nouveau système car l'adhésion des acteurs aux politiques de santé régionales dépendra de leur dynamique interne
- enfin, il convient de noter qu'à ce jour, la pédagogie de la loi HPST reste à faire, tant à l'égard du corps médical (en particulier les médecins libéraux) que du grand public. Sur ce plan, le pouvoir exécutif et le législateur ne semblent pas s'attacher à mener ce travail d'explicitation de la loi, pourtant essentiel dans la réussite des réformes engagées.

Il ressort que les facteurs de réussite seront en grande partie « humain-dépendant », liés à :

- la légitimité que sauront acquérir les directions d'ARS auprès de l'ensemble des acteurs du système de santé (professionnels de santé, élu locaux, associations de patients)
- l'autonomie qu'elles sauront gagner vis-à-vis du Conseil National de Pilotage (CNP), de la DGOS et des pouvoirs politiques en région
- l'émergence d'acteurs du changement parmi les professionnels de santé et les associatifs.

Les conditions de réussite des réformes engagées depuis la promulgation de la loi HPST tiendront avant tout à la capacité des acteurs du système à s'engager dans des projets entrepreneuriaux et à créer, au niveau de la région, une véritable dynamique du changement.

*Clémence Fréger et Hélène Charrondière, pour Direct Research,
Laurence Mouillet, Anouk Cambonie et Arnaud Emeriau, pour nile, mai 2011*