



COMMENT LE CONSEIL RÉGIONAL PEUT-IL CONTRIBUER A LA SANTÉ PUBLIQUE APRÈS LA LOI « HOPITAL, PATIENTS, SANTÉ, TERRITOIRES » ?

AVIS

présenté par

Maurice BOLLARD

Isabelle RAUSZER

COMMISSION N°4

« Politiques sociales, politique de la ville et de l'habitat, politiques de la santé et du sport, politiques culturelles et loisirs »

SEANCE PLENIERE DU 17 NOVEMBRE 2009

Conseil économique et social de Bourgogne

17, boulevard de la Trémouille – BP 1602 – 21035 Dijon cedex – Tél. 03 80 44 34 32 – Fax 03 80 44 33 09
E - m a i l : cesr@cr-bourgogne.fr

www.cr-bourgogne.fr

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	3
1. LA LOI HOPITAL PATIENTS SANTE TERRITOIRES.....	4
1.1. LES QUATRE TITRES DE LA LOI HPST	4
1.1.1. <i>La modernisation des établissements de santé.....</i>	4
1.1.2. <i>L'accès de tous à des soins de qualité.....</i>	4
1.1.3. <i>La prévention et la santé publique.....</i>	5
1.1.4. <i>L'organisation territoriale des systèmes de santé.....</i>	5
1.2. POINTS D' ACTIONS ET DE VIGILANCE CONTENUS DANS LA LOI HPST	6
1.2.1. <i>Comment la loi propose-t-elle de répondre au problème des inégalités territoriales d'accès aux soins ?.....</i>	6
1.2.2. <i>Les coopérations entre établissements de santé préserveront-elles les établissements de santé secondaires ?</i>	6
1.2.3. <i>Les agences régionales de santé : vers un renforcement de la démocratie sanitaire ?</i>	7
1.2.4. <i>Le projet régional de santé</i>	8
1.2.5. <i>Le plan stratégique régional de santé.....</i>	8
1.2.6. <i>Les schémas régionaux de prévention, de l'organisation des soins, de l'organisation médico-sociale</i>	9
1.2.7. <i>Les programmes décrivant les modalités spécifiques d'application des schémas.....</i>	9
2. LA REGION BOURGOGNE ET LA SANTE	11
2.1. UNE REGION CARACTERISEE PAR DES INDICES DE SANTE HETEROGENES	11
2.1.1. <i>Une dégradation des indices de santé sur certains territoires.....</i>	11
2.1.2. <i>Une région à dominante rurale menacée par les déserts médicaux.....</i>	11
2.2. LA PARTICIPATION DU CONSEIL REGIONAL A LA SANTE PUBLIQUE.....	11
2.2.1. <i>L'aménagement du territoire</i>	11
2.2.2. <i>Les formations sanitaires et sociales</i>	12
2.2.3. <i>La recherche, la prévention</i>	13
3. CONCLUSION	14
4. PROPOSITIONS	15
4.1. POUR QUE LA REGION PESE SUR LA QUALITE DES SOINS ET SUR LA DENSITE MEDICALE PAR LA FORMATION	15
4.1.1. <i>Par une valorisation des formations sanitaires et médico-sociales dès le lycée.....</i>	15
4.1.2. <i>Par la professionnalisation des métiers du soin gériatrique.....</i>	15
4.1.3. <i>Par le décroisement des formations sociales.....</i>	15
4.1.4. <i>Par sa participation à l'universitarisation des formations paramédicales.....</i>	15
4.2. POUR QUE LA REGION CONTRIBUE A L' AMENAGEMENT SANITAIRE DES TERRITOIRES	16
4.2.1. <i>Bourgogne Médecin accessible à tous les étudiants en médecine.....</i>	16
4.2.2. <i>Pour que la Région participe aux projets de santé sur les territoires.....</i>	16
4.3. POUR QUE LA REGION INTERVIENNE DAVANTAGE EN FAVEUR DE LA PREVENTION	17
4.3.1. <i>Des projets de prévention et d'éducation sanitaire en lycée.....</i>	17
4.3.2. <i>Des projets de prévention sur les territoires prioritaires.....</i>	17
4.4. POUR QUE LE CONSEIL REGIONAL PRENNE PART A L'OBSERVATION DES BESOINS DE SANTE EN AMONT DE SES POLITIQUES... ..	18
4.5. POUR DES ETUDES D'IMPACT AU CONSEIL REGIONAL	18
4.6. POUR QUE LE CONSEIL REGIONAL SOIT PARTIE PRENANTE DE LA DEMOCRATIE SANITAIRE : L'ORGANISATION D'ETATS GENERAUX DE LA SANTE.....	19
EXPLICATIONS DE VOTE

INTRODUCTION

Les rapports de l'Organisation mondiale de la santé distinguent régulièrement le système de santé français, en soulignant les aspects bénéfiques d'une couverture de santé généralisée à toute la population.

La protection sociale en France est de nature socialisée et publique. Elle s'appuie sur trois principes fondamentaux formulés par le Conseil national de la résistance au sortir de la deuxième guerre mondiale :

- l'égalité d'accès aux soins,
- la qualité des soins,
- la solidarité.

Selon ses valeurs fondatrices, l'assurance maladie permet à chacun de se faire soigner selon ses besoins, quels que soient son âge et son niveau de ressource.

Pour autant, les inégalités de santé d'origine territoriale et sociale apparaissent croissantes. Les 9.4 % de dépenses de santé restant à la charge des ménages peuvent être dissuasifs pour les personnes qui, faute de moyens, ne peuvent ni prétendre à la CMU ni souscrire à une complémentaire santé. Les personnels de santé se concentrent de plus en plus dans les grandes villes et au sud du pays, délaissant progressivement les zones rurales ou sensibles. La pénurie en professionnels de santé devient véritablement problématique pour les territoires ruraux, surtout lorsque des services d'hôpitaux de proximité ont été fermés¹.

Les conseils régionaux s'engagent à travers leurs compétences en faveur d'une répartition plus équitable des professions de santé et d'une meilleure réponse aux besoins des populations. Ils encouragent la pratique des soins partagée en milieu rural par l'implantation de maisons de santé, participent à l'installation et à la formation de professionnels, et à l'équipement médical de structures de soins. Dans le cadre de ses compétences, la Région complète les politiques de santé menées par l'État et l'Assurance maladie, auxquels il incombe de garantir un égal accès aux soins. Elle intervient à l'heure actuelle en appui de l'action menée par ailleurs et au regard de son expertise territoriale.

La loi « Hôpital, patients, santé, territoires », parue au journal officiel le 22 juillet 2009, prévoit le pilotage des politiques de santé à l'échelon régional par les agences régionales de santé. Les collectivités territoriales seront associées à plusieurs instances de décision, dont le fonctionnement et l'organisation restent à préciser.

La saisine du Conseil régional se concentre sur le positionnement des Régions au sein de la nouvelle organisation sanitaire qu'instaurera la loi « Hôpital, patients, santé, territoires ». Le CESR se prononce après que le texte ait été adopté par les parlementaires et alors que les décrets d'application ne sont pas encore publiés. La réforme des collectivités territoriales s'apprête à être discutée à l'Assemblée nationale et pourra elle aussi impacter partiellement les compétences des Régions² et leur intervention dans le champ de la santé publique.

Les propositions du CESR doivent aider le Conseil régional à optimiser son engagement au regard des enjeux soulevés par la nouvelle gouvernance des politiques de santé.

¹ « Quant aux hôpitaux locaux, ils offrent aux médecins libéraux des possibilités de travail en équipe et d'échange d'expérience qui sont utiles pour rompre l'isolement professionnel. Un bon maillage hospitalier est donc nécessaire au maintien d'une offre de soins de premier recours sur l'ensemble du territoire », p 34-35 extrait du rapport d'information parlementaire déposé le 30 septembre 2008 en conclusion des travaux de la Mission d'information sur l'offre de soins sur l'ensemble du territoire, et présenté par Marc BERNIER, député.

² Proposition 11, 12 et 13 du rapport BALLADUR.

1. LA LOI HOPITAL PATIENTS SANTE TERRITOIRES

La loi « Hôpital, patients, santé, territoires » se propose de répondre à des besoins et à des carences constatées par plusieurs rapports³. Deux affirmations justifient les principales mesures contenues dans la loi :

- le système de santé n'est pas assez efficace au regard de son objectif d'offrir des soins de qualité à l'ensemble de la population ;
- il n'est pas assez efficient car la croissance des coûts est mal maîtrisée.

Le manque de coordination entre les services assumant le pilotage de l'offre de soins et les politiques de santé serait à l'origine de cette perte d'efficacité et d'efficacités. C'est pourquoi la loi « HPST » prévoit une nouvelle gouvernance pour les hôpitaux et pour le pilotage des politiques de santé.

1.1. LES QUATRE TITRES DE LA LOI HPST

A travers ses quatre titres, la loi « HPST » entend relever quatre grands défis :

- un défi de santé publique, avec le poids grandissant des pathologies chroniques ou des conséquences du vieillissement de la population ;
- un défi économique, avec l'indispensable équilibre des dépenses et des ressources ;
- un défi d'accès aux soins sur l'ensemble du territoire ;
- un défi d'organisation : l'enchevêtrement des compétences nuit à l'efficacité du système.

1.1.1. La modernisation des établissements de santé

De nouvelles instances de pilotage sont mises en place au sein des centres hospitaliers : le Conseil de surveillance vient remplacer le Conseil d'administration qui n'est plus présidé automatiquement par le maire de la ville d'implantation de l'établissement ; le directoire présidé par le directeur pilote la stratégie de l'établissement. Le rôle du directeur, nommé par le ministre de la Santé sur proposition du directeur de l'ARS, est renforcé.

La loi encourage la coopération entre établissements publics de santé en mettant en place les communautés hospitalières de territoire et ouvre la possibilité de partager un projet médical. Un renforcement de la permanence de soins est en outre prévu par notamment la mise à contribution d'établissements privés dans les territoires, où l'hôpital public ne peut pas assurer une activité.

1.1.2. L'accès de tous à des soins de qualité

Ce titre a pour objet d'« optimiser l'accès de tous à des soins de qualité sur l'ensemble du territoire, tout en respectant la liberté d'installation des professionnels libéraux ». Le législateur a finalement opté pour des mesures non contraignantes à l'égard des professionnels de santé, et introduit :

- le contrat santé solidarité, consistant à faire participer, à partir de 2013 les médecins des zones sur-denses aux besoins des zones sous-médicalisées ;
- le contrat d'engagement de service public permettant, quant à lui, aux étudiants de bénéficier d'une allocation mensuelle contre l'engagement de pratiquer, dès la fin de leur formation et au moins deux ans, dans une zone sous dotée.

³ Rapport « Bur », rapport d'information déposé par la Commission des affaires culturelles, familiales et sociales, en conclusion des travaux de la mission sur les agences régionales de santé. Rapport « l'offre de soins sur l'ensemble du territoire », en conclusion de travaux de la mission d'information correspondante, présenté par Marc BERNIER, le 30 septembre 2008, Assemblée nationale.

1.1.3. La prévention et la santé publique

La loi « HPST » n'est pas une loi de santé publique⁴, elle s'attache néanmoins en matière de prévention à promouvoir l'éducation thérapeutique et à prévenir les addictions chez les plus jeunes.

L'éducation thérapeutique est un ensemble de pratiques visant à permettre au patient l'acquisition de compétences, afin de pouvoir prendre en charge sa maladie, ses soins et sa surveillance en relation avec les soignants. La loi prévoit que les Agences régionales de santé concluent des conventions avec les promoteurs de programmes d'éducation thérapeutique du patient et précise avec eux les financements des projets.

La vente d'alcool et de tabac est réglementée pour protéger les plus jeunes : les « open bars », la vente d'alcool réfrigéré, et la livraison d'alcool à domicile sont encadrées. La vente de cigarettes bonbons au goût modifié est interdite.

1.1.4. L'organisation territoriale des systèmes de santé

Le quatrième titre de la loi crée les Agences régionales de santé.

La loi leur confie deux grands objectifs :

- la **simplification du système de santé** et l'association, au niveau régional, de l'État et de l'assurance maladie ;
- le **décloisonnement hôpital, ambulatoire et médico-social pour une prise en charge plus coordonnée et continue des patients.**

Elles sont donc appelées à remédier à l'enchevêtrement des compétences en réunissant sept structures aujourd'hui en place :

- l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) ;
- les directions régionale et départementale des affaires sanitaires et sociales (DRASS et DDASS) ;
- les unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM) ;
- les groupements régionaux de santé publique (GRSP) ;
- les missions régionales de santé (MRS) ;
- les caisses régionales d'assurance maladie (CRAM) dans leur volet sanitaire.

L'ARS définira dans chaque région la politique régionale de santé en déclinant les objectifs nationaux. La loi lui enjoint également de contribuer à l'ancrage territorial des politiques de santé, en s'appuyant sur deux nouvelles commissions de coordination des politiques associant les services de l'État, les collectivités territoriales et les organismes de sécurité sociale compétents, une conférence régionale de santé et des conférences de territoires associant les différents acteurs du système de santé.

Plusieurs outils permettront à l'ARS de mettre en œuvre son projet régional de santé :

- le plan stratégique régional de santé, qui fixe les orientations et objectifs régionaux ;
- les schémas régionaux de mise en œuvre (schéma régional de prévention, schéma régional de l'organisation médico-sociale, schéma régional d'organisation des soins).

Le titre IV de la loi « HPST » crée enfin les unions régionales des professions de santé (URPS), qui réuniront les représentants des professionnels de santé exerçant à titre libéral, et supprime donc en la forme actuelle les unions régionales des médecins libéraux.

⁴ Une loi de santé publique est attendue en 2010.

1.2. POINTS D' ACTIONS ET DE VIGILANCE CONTENUS DANS LA LOI HPST

La loi HPST a été adoptée par l'Assemblée nationale le 23 juin 2009 après avoir été examinée et débattue par les parlementaires depuis le début de l'année 2009. 1 300 amendements ont été discutés au cours de séances de travail, venant modifier en profondeur le texte initial.

Si la création des agences régionales de santé répond à l'attente d'un grand nombre d'acteurs désireux de voir éclore une prise en charge plus coordonnée des patients, elle interroge quant à la marge de concertation laissée aux collectivités territoriales.

L'ARS sera chargée d'arrêter le plan stratégique régional de santé et les schémas régionaux qui détermineront la future offre de soins. Elle sera donc au cœur de problématiques sensibles pour les territoires.

Les travaux préparatoires à la loi soulignent la progression des inégalités d'accès à la santé d'ordre social : le refus de soins touche principalement les bénéficiaires de la couverture maladie universelle, un nombre croissant de Français ne peut se munir d'une mutuelle, et renonce aux soins⁵. Le projet de loi « HPST » se proposait d'instaurer plusieurs mesures pour pallier à ces difficultés d'accès. Le texte adopté procède à des rappels de la déontologie médicale, inscrivant l'interdiction du refus de soin et rappelant la règle appliquée aux dépassements d'honoraires, devant être pratiqués avec « tact et mesure ». Elle ne propose pas de mesure nouvelle en la matière, et s'en tient à des rappels de bonnes pratiques.

1.2.1. Comment la loi propose-t-elle de répondre au problème des inégalités territoriales d'accès aux soins ?

Les inégalités territoriales dans l'accès aux soins s'accroissent. Pour répondre à la désertification médicale la loi HPST, tout en réaffirmant le principe de la liberté d'installation, propose deux dispositifs pour encourager les professionnels de santé à pratiquer dans les zones sous-dotées : les contrats santé solidarité mis en œuvre à partir de 2013 et le contrat d'engagement de service public.

Le contrat santé solidarité incitera les médecins conventionnés, pratiquant en zones sur denses, à répondre aux besoins des populations des zones sous médicalisées. En cas de refus, ces derniers devraient s'acquitter d'une amende. Le contrat d'engagement de service public consiste, quant à lui, en une allocation attribuée aux étudiants en médecine en contrepartie de l'engagement d'exercer à compter de la fin de leur formation au moins deux années dans des territoires sous-dotés.

Le texte confère en outre une existence légale aux maisons de santé. Il appelle à multiplier ces structures, qui apparaissent pour le législateur comme un moyen de répondre à la désertification médicale. La maison de santé permet à des professionnels, porteurs d'un projet de santé pour un territoire, de pratiquer en milieu rural ou sensible au sein d'une même entité. En tant que structures de premier recours, les maisons de santé œuvrent au côté et en appui des hôpitaux de proximité, mais ne s'y substituent pas.

1.2.2. Les coopérations entre établissements de santé préserveront-elles les établissements de santé secondaires ?

Les communautés hospitalières de territoire ouvrent la possibilité aux établissements de santé publics de partager un projet médical avec d'autres structures publiques. La loi leur attribue un mode de fonctionnement partenarial, dans lequel l'établissement siège est chargé de la mise en œuvre d'une stratégie commune, et la gouvernance associe les représentants de tous les établissements. Les communautés hospitalières de territoire se constituent en principe sur la base du volontariat,

⁵ Mission au profit du gouvernement relative aux disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire, rapport présenté par Monsieur André FLAJOLET, député du Pas-de-Calais ; Rapport d'information, en conclusion des travaux de la mission d'information sur l'offre de soins sur l'ensemble du territoire, présenté par Marc BERNIER, Député, le 30 septembre 2008, Assemblée Nationale.

néanmoins, il est prévu que le directeur général de l'ARS puisse créer de sa propre initiative une CHT dans l'hypothèse où un établissement bloquerait une dynamique de coopération. La loi limite enfin la participation d'un établissement de santé à une seule convention de communauté hospitalière de territoire.

La loi rénove les groupements de coopération sanitaire (GCS), qui instaurent un mode de collaboration entre établissements publics et privés, notamment dans l'objectif de renforcer la permanence des soins.

Les partenariats entre établissements devraient permettre à des hôpitaux dits « de proximité » de bénéficier de l'appui technique de centres hospitaliers plus importants et d'échanges de compétences entre équipes médicales. Au cours des débats autour de la loi, des parlementaires ont exprimé la crainte que ces coopérations n'accélèrent la fermeture de services ou de plateaux techniques dans les structures dites « secondaires », au motif que certains actes médicaux ou chirurgicaux seront prodigués dans l'établissement « pivot » de la communauté hospitalière.

D'après plusieurs observateurs⁶, des zones d' « exception géographique » peuvent justifier le maintien de services hospitaliers. Considérant que certains actes médicaux, notamment en chirurgie, nécessitent une pratique régulière de la part des soignants pour être bien exécutés, il paraît équitable que l'activité d'un service soit mesurée à partir du nombre d'actes réalisés par professionnel. Dans certains cas, il pourrait être pertinent de déroger aux seuils d'activité exigés pour l'autorisation des services hospitaliers et de compenser par des « MIGAC (Missions d'intérêt général et les aides à la contractualisation) de continuité territoriale » les charges résultant pour eux d'une activité faible. Même si la loi n'a pas repris cette proposition, contenue dans les travaux qui l'ont précédée, le Conseil régional pourrait peser dans les instances dans lesquelles il siège, au titre de sa compétence en matière d'aménagement du territoire, pour que des services hospitaliers soient maintenus et compensés financièrement par l'ARS au titre de la continuité territoriale.

En outre, le fait que les établissements de santé ne puissent passer qu'une convention de CHT limite les possibilités pour les centres hospitaliers régionaux universitaires, appelés à coopérer avec des structures de toute la région. Si le découpage en six territoires de santé en Bourgogne demeure, le CHRU de Dijon ne sera associé qu'à la communauté hospitalière de territoire de Côte-d'Or. Il pourra continuer à coopérer avec d'autres établissements de santé du territoire bourguignon, mais de façon plus ponctuelle qu'il ne l'aurait fait s'il avait pu participer à plusieurs CHT.

Pour toutes ces raisons, les coopérations entre établissements de santé gagneront à s'accompagner de concertation avec les usagers et de réflexion en termes d'aménagement sanitaire des territoires.

1.2.3. Les agences régionales de santé : vers un renforcement de la démocratie sanitaire ?

Les directeurs des agences régionales de santé disposeront d'un pouvoir de décision important, même s'ils sont accompagnés de plusieurs instances de démocratie sanitaire.

Les futures ARS seront des établissements publics, au contraire des agences régionales de l'hospitalisation qui ont le statut de groupements d'intérêt publics. Ce choix du législateur correspond au souhait de donner au directeur des ARS une autorité hiérarchique directe auprès de ses personnels, certains y voyant également une reconcentration des politiques de santé. Nommé en Conseil des ministres, le directeur de l'ARS a pour mission d'arrêter le plan stratégique régional de santé, de déterminer les outils de planification et de signer les conventions. Il s'appuie en cela sur son Conseil de surveillance, composé de représentants de l'État, des représentants des trois régimes sociaux⁷, d'élus, de

⁶ Gérard LARCHER, rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital commandé par le Président de la République « appelle à poursuivre les travaux relatifs aux critères de financement relatifs aux missions d'intérêt général ». Claude EVIN, cité dans le rapport d'information parlementaire portant sur l'offre de soins sur tous les territoires.

⁷ MSA, Régime social des indépendants, régime général.

personnalités qualifiées et d'usagers. Le Conseil de surveillance vote le budget, émet un avis sur les axes stratégiques, et sera présidé par le représentant de l'État en Région.

La loi « HPST » s'attache à la territorialisation des politiques de santé pilotées par l'ARS, en lui ouvrant la possibilité de mettre en place des conférences de territoires, et en lui enjoignant de constituer son projet régional de santé à partir de contrats locaux de santé signés avec les collectivités locales. La Conférence régionale de santé réunissant à la fois les représentants des collectivités locales et des organismes d'assurance maladie, des usagers, des professionnels est confortée dans son rôle consultatif et chargée de participer par ses avis et propositions à la définition de la politique régionale de santé.

La Région aura certainement un rôle à jouer pour participer à la définition des modalités de travail et à la manière dont les instances de démocratie sanitaires seront associées à l'élaboration des schémas d'organisation sanitaire et médico-sociale et du projet stratégique régional de santé.

Par son organisation, l'Agence régionale de santé doit aboutir à une prise en charge plus coordonnée et continue du patient. L'objectif poursuivi peut être illustré par un exemple concret, celui d'une personne âgée hospitalisée. Prise en charge en un premier temps par l'hôpital, cette personne devra par la suite bénéficier à la fois de l'intervention de professionnels sanitaires et médico-sociaux pour lui prodiguer des soins à domicile, mais également pour l'aider dans sa vie quotidienne (aide-ménagère, adaptation de l'habitat).

L'un des défis majeurs que devra relever l'ARS, consistera en une coordination des différents corps de métiers intervenant auprès de cette personne, ce qui en d'autres termes consiste à « préparer la sortie du patient hospitalisé dès son entrée ».

Préfigurés dès 2009 en Bourgogne et définis dans la loi, les appels à projet dans le champ médico-social modifient la procédure d'autorisation des établissements et services médico-sociaux. Les comités régionaux de l'organisation sociale et médico-sociale, rassemblant les pouvoirs publics, les organismes financeurs et les usagers, sont supprimés.

Or, le champ médico-social présente la spécificité de s'être construit à partir d'initiatives spontanées, nées des besoins vécus par les usagers eux-mêmes et leurs familles. Les acteurs de terrain craignent que les appels à projet ne compromettent la capacité d'innovation et de réactivité en privilégiant la réponse aux besoins en fonction des ressources disponibles.

1.2.4. Le projet régional de santé

L'ARS établit un projet régional de santé, qui est une déclinaison régionale des politiques nationales.

1.2.5. Le plan stratégique régional de santé

C'est la composante essentielle du plan régional de santé, qui sera ensuite déclinée dans chaque schéma régional et territorial d'où son importance.

Il repose sur :

- la détermination des territoires de santé, mission de l'ARS ;
- l'analyse quantitative et qualitative de l'offre existante ;
- la détermination des priorités.

1.2.6. Les schémas régionaux de prévention, de l'organisation des soins, de l'organisation médico-sociale

Ils décrivent la mise en œuvre obligatoire du plan stratégique régional de santé en fonction des ressources humaines et financières disponibles.

Ils doivent indiquer comment sont organisées leur continuité et leurs interactions.

Ils sont soumis à l'avis de la commission spécialisée concernée de la Conférence régionale de santé et de l'autonomie.

1.2.7. Les programmes décrivant les modalités spécifiques d'application des schémas

Le programme régional de gestion des risques (PRGR), construit avec l'Assurance maladie, a pour objectif d'accroître l'efficacité et l'efficience du système de santé et médico-social dans la Région.

Les programmes territoriaux de santé mettent en œuvre des schémas sur un territoire en lien avec les acteurs locaux. Ils détaillent les opérations sur lesquelles l'ARS s'engage.

Ils peuvent être déclinés par population, par pathologie, de manière intersectorielle (ex : politique de la ville).

Leur préparation reposerait sur un comité de pilotage composé des partenaires institutionnels dont le Conseil régional et un comité technique composé de techniciens, financeurs et partenaires locaux.

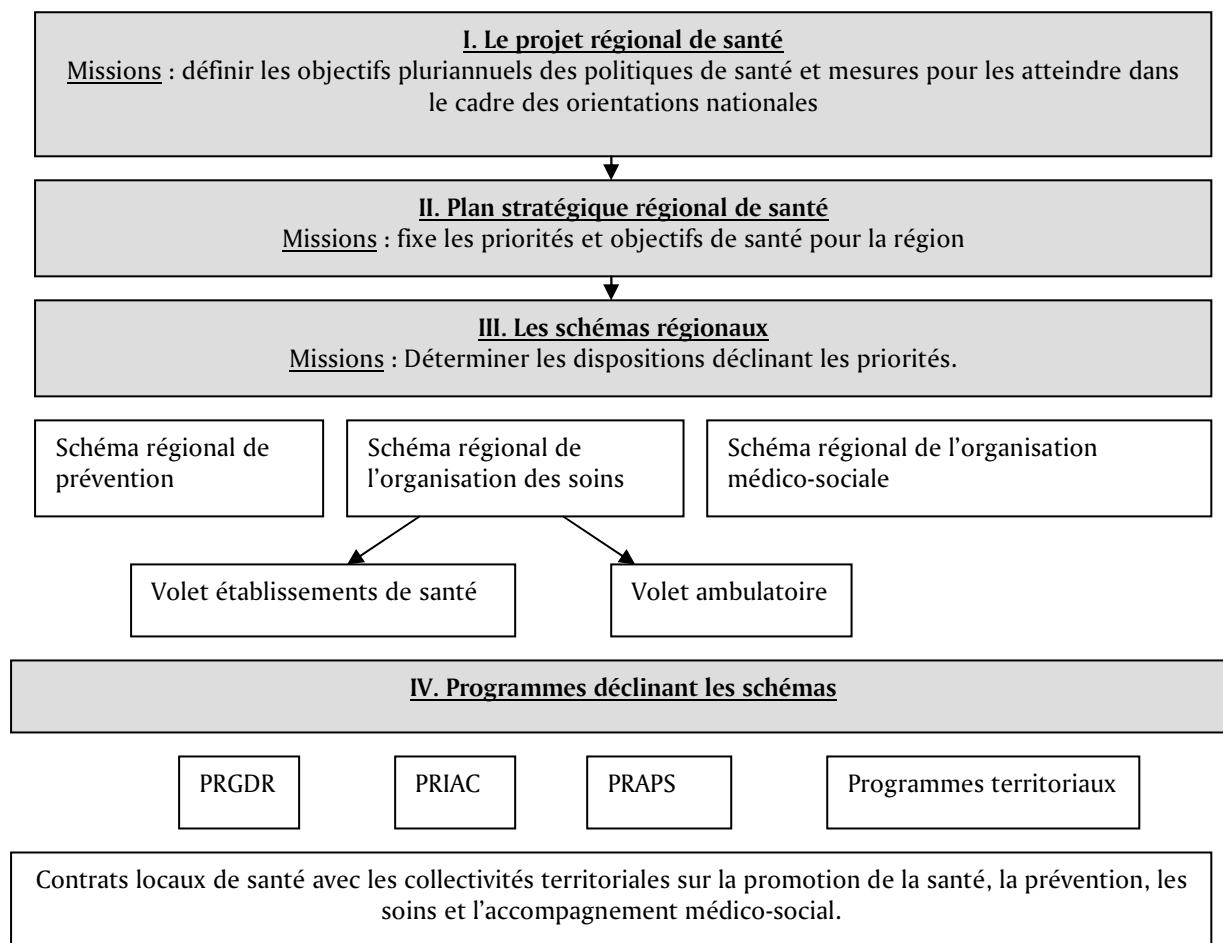
Le Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) dresse les priorités de financement, de création ou de transformation d'établissements ou services médico-sociaux en tenant compte des enveloppes financières à 3 ans attribuées par la CNSA⁸. Il est donc la base de la procédure d'appel à projets pour l'autorisation des établissements et services.

Il implique une forte concertation et coordination avec les départements (schémas départementaux, programmation dans les domaines à compétences conjointes), avec le schéma régional de la formation professionnelle pour les personnels sanitaires et sociaux ; avec l'Education nationale en ce qui concerne la scolarisation des handicapés, etc.

Les Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) en direction des personnes en situation de précarité ont été institués par la loi du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions. Les PRAPS constituent un outil de concertation et de coordination permettant d'associer de multiples partenaires pour améliorer l'accès à la prévention et aux soins des personnes en situation de précarité.

⁸ Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

Tous ces outils de mise en œuvre de la politique de santé peuvent être présentés sous forme d'un schéma :



PRGDR : Programme régional de gestion des risques

PRIAC : Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie.

PRAPS : Programme régional d'accès à la prévention et aux soins.

Au terme de cette rapide synthèse, la territorialité apparaît comme un concept pertinent qui renvoie à :

- un espace pour la lutte contre les inégalités de santé : lieu d'action collective (par la détermination des équipements, des personnels, des services) et lieu d'action individuelle (services de proximité à la personne) ;
- un espace pour développer les politiques nationales et régionales, mais surtout pour les adapter aux spécificités locales ;
- un espace pour la participation du citoyen à l'action publique.

Dans les instances où il siègera, le Conseil régional pourra être porteur d'une stratégie de santé et volontariste dans sa prise en compte des déterminants de santé.

2. LA REGION BOURGOGNE ET LA SANTE

2.1. UNE REGION CARACTERISEE PAR DES INDICES DE SANTE HETEROGENES

La Bourgogne présente une dominante rurale avec une moyenne de 52 habitants au km², soit deux fois moins que la moyenne nationale. Elle est donc particulièrement concernée par la problématique de la désertification médicale. S'agissant de l'état de santé de sa population, elle présente des situations contrastées selon les territoires : l'ouest et le nord ouest de la région font apparaître des indicateurs de santé révélant une surmortalité par rapport aux moyennes nationales, contrairement à l'axe Dijon-Mâcon, globalement plus favorisé.

2.1.1. Une dégradation des indices de santé sur certains territoires

La Bourgogne est caractérisée par une grande hétérogénéité de situations sanitaires et présente globalement une dégradation relative de la santé : sur vingt ans, l'espérance de vie qui correspondait dans les années 1980 à la moyenne nationale, lui est désormais inférieure. La mortalité prématurée (survenue avant l'âge de 65 ans) est globalement supérieure à la moyenne nationale. Des territoires sont plus touchés que d'autres par une prévalence importante des maladies cardio-vasculaires, des cancers et des traumatismes : les départements de la Nièvre et de l'Yonne, l'ouest et le nord ouest de la région. L'effondrement de certains indicateurs de santé peut être relié à différents facteurs : situation économique et sociale dégradée de certains territoires, concentration de personnes à risque, éloignement des structures de soin, etc.

2.1.2. Une région à dominante rurale menacée par les déserts médicaux

En Bourgogne, le nombre de personnels médicaux salariés des établissements de santé, rapporté à la population, reste globalement inférieur de 14 % à la moyenne en France métropolitaine. Impactée à l'instar des autres régions par la recomposition hospitalière, qui en dix ans a supprimé un quart des lits dans les établissements de santé, la Bourgogne a connu la fermeture de maternités et de services de chirurgie à Migennes, Joigny, Tonnerre, Avallon, Chenôve, Fontaine-les-Dijon, Chalon-sur-Saône, Châtillon-sur-Seine. Pour la coordination nationale de défense des hôpitaux de proximité⁹, la fermeture de ces services fragilise les territoires, les rendant à la fois moins attractifs pour les populations qui y vivent, mais également pour les professionnels de santé qui y pratiquent. De nombreux bassins de vie, dont l'unique médecin approche de l'âge de la retraite, présentent un risque de désertification médicale important dont il convient de prendre la mesure.

2.2. LA PARTICIPATION DU CONSEIL REGIONAL A LA SANTE PUBLIQUE

Le code général des collectivités territoriales, traduisant l'article 59 de la loi du 2 mars 1982 relative aux libertés des communes, des départements et des régions, énonce : « (...). Le Conseil régional a compétence pour promouvoir le développement économique, social, sanitaire, culturel et scientifique de la région et l'aménagement de son territoire, et pour assurer la préservation de son identité ».¹⁰ La réforme des collectivités territoriales examinées au Parlement dès l'automne 2009 pourra venir modifier le champ d'intervention des Régions.

2.2.1. L'aménagement du territoire

A travers sa compétence en matière d'aménagement du territoire, la Région a mis en œuvre des programmes pour remédier aux inégalités territoriales dans l'accès aux soins et favoriser les projets de prévention. Elle consacre à ces dispositifs 1.4 million d'€.

⁹ Citée dans le rapport d'information, en conclusion des travaux de la mission d'information sur l'offre de soins sur l'ensemble du territoire, présenté par Marc BERNIER, Député, le 30 septembre 2008, Assemblée nationale.

¹⁰ Code général des collectivités territoriales, L.4221-1.

En 2004, le Conseil régional, en lien avec l'ARH, a créé le contrat « Réciprosanté » pour encourager les professionnels de santé paramédicaux à pratiquer dans des établissements ou territoires peinant à recruter. Réciprosanté consiste en une allocation versée aux étudiants infirmiers, kinésithérapeutes et sages-femmes à partir de la deuxième année d'études, en contrepartie de l'engagement de l'étudiant à pratiquer une fois diplômé dans un établissement de santé ou médico-social de la région, reconnu en déficit de personnel. Le dispositif propose deux types d'allocations : l'allocation simple, correspondant à un engagement avec un établissement en zone urbaine, l'allocation bonifiée, pour un contrat signé avec un établissement soit situé en zone rurale fragile, soit relevant du secteur médico-social, gériatrique ou psychiatrique.

Après cinq ans de mise en œuvre, le dispositif Réciprosanté a fait ses preuves : les jeunes diplômés semblent se maintenir dans leur emploi, moins de 10 % des étudiants ayant signé un contrat ont quitté l'établissement dans lequel ils ont commencé à pratiquer, les établissements et bénéficiaires engagés sont pour la plupart très satisfaits.¹¹

Toujours dans l'objectif d'inciter les professionnels de santé à s'installer en Bourgogne dans les territoires peinant à recruter, le Conseil régional a créé l'allocation Bourgogne médecin destinée aux étudiants de l'UFR de Dijon s'engageant à accomplir leur stage de médecine générale obligatoire en zone rurale, semi-rurale ou dans un quartier prioritaire. Le Conseil régional prend en charge tout ou partie des frais de déplacement et d'hébergement des stagiaires, qui effectuent leur stage dans un cabinet médical situé dans un quartier prioritaire ou en milieu rural.

Depuis 2003, la Région a participé à la mise en place de 18 projets de maisons médicales¹², dont 16 maisons de santé pluridisciplinaires qui ont vocation à regrouper des professionnels médicaux et paramédicaux, et deux maisons médicales de garde assumant la permanence des soins. La Région contribue au financement des maisons de santé dès lors qu'un projet de santé est porté par une équipe locale d'acteurs et de professionnels de santé. En milieu rural et dans les zones sensibles, la pratique partagée semble correspondre à une attente du corps médical et paramédical. C'est pourquoi les maisons de santé sont un bon moyen pour rendre des territoires à nouveaux attractifs non seulement pour les usagers mais également pour les professionnels de santé. Leur pérennité dépendra également du maintien d'établissements de santé locaux, d'une activité économique et de services publics sur les territoires, ce à quoi contribue le Conseil régional lorsqu'il pilote les politiques d'aménagement du territoire en région.

La Région aide également à la création de cabinets médicaux et paramédicaux, elle contribue à la mise en œuvre de la télémédecine, finance le fonctionnement de trois hélicoptères bourguignons. Elle participe également aux frais de transport des personnes, qui se rendent à des consultations au sein des maisons de santé.

L'aménagement du territoire apparaît de plus en plus comme une composante essentielle des politiques de santé. La Région, en tant que chef de file de ces politiques, apparaît comme un acteur incontournable à associer pour les décisions relatives à la résorption des inégalités territoriales dans l'accès aux soins.

2.2.2. Les formations sanitaires et sociales

La loi du 13 août 2004 relative aux « Libertés et responsabilités locales » redéfinit les compétences des Régions en matière de formation professionnelle et leur transfère la politique de formation dans le domaine sanitaire et dans le domaine social, soit près d'une quarantaine de métiers. Ces formations se répartissent en Bourgogne dans 23 écoles accueillant près de 3 800 élèves. En 2009, le Conseil régional de Bourgogne a consacré 25.8 millions d'€ aux formations sanitaires et sociales. A noter une spécificité bourguignonne : la seule école de cadres sages-femmes de France se situe à Dijon.

¹¹ Situation à fin juin 2009, dispositif Réciprosanté, cellule formations sanitaires et sociales, cellule évaluation et prospective, contrôle de gestion.

¹² Financements du Conseil régional pouvant s'élever de 22 600 € (maison médicale de garde de Louhans) à 150 000 € (maison médicale du Haut Morvan).

Le transfert s'est opéré en Bourgogne avec les acteurs concernés de façon concertée et positive. En revanche, les transferts financiers de l'État aux Régions ne suffisent pas¹³ à couvrir les charges à assumer. Les représentants des Régions constatent que leur positionnement n'est pas toujours aisé : consulté sur les quotas de formation, pris à partie par les professionnels de santé, le Conseil régional se soumet in fine aux dispositions de l'État, qui demeure le décideur, en termes de programmes, d'effectifs, de postes.

Depuis le 1^{er} janvier 2005, le Conseil régional a également en charge l'attribution des bourses aux étudiants suivant une formation paramédicale ou sociale agréée. Depuis 2005, 2 859 bourses ont été versées pour près de 8.2 millions d'€. Suite à deux décrets de 2005, les modalités de calculs de ces bourses ont été modifiées, entraînant une augmentation du nombre de bénéficiaires et une montée en charge des enveloppes, par exemple de 70 % pour les bourses paramédicales. La hausse n'a pas été compensée par l'État.

Afin de pallier les difficultés de recrutement exprimées par les employeurs, la Région a mis en place la gratuité des formations d'ambulancier, d'aide-soignant et d'auxiliaire de puériculture pour les demandeurs d'emploi. En quatre ans, 1 169 Bourguignons ont bénéficié de la prise en charge par la Région de l'une de ces trois formations, pour un coût global de 2 325 082 €.

Avec la circulaire interministérielle relative au conventionnement des instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) avec l'université et la Région dans le cadre de la mise en œuvre du processus Licence-Master-Doctorat (LMD), parue le 9 juillet 2009, la Région est amenée à relever le défi de l'universitarisation des formations d'infirmiers et de sages-femmes. Le Conseil régional sera amené à travailler avec l'Université de Bourgogne, les instituts de formation en soins infirmiers, l'École de sages-femmes et les hôpitaux auxquels ils sont rattachés pour passer convention. Dans ce travail de négociation, elle sera sans nul doute interpellée sur les répercussions en termes de salaires et de carrières de la validation au niveau Licence du diplôme d'infirmier, et au niveau Master du diplôme de sage-femme.

2.2.3. La recherche, la prévention

La Région Bourgogne souhaite faire de la recherche, dans le domaine de la santé, une priorité : elle a doublé son engagement financier en la matière, passé d'1 million à 2.3 millions d'€. La Région travaille avec les laboratoires de recherche de l'université et de l'INSERM, en contribuant au financement de contrats d'études, d'équipements, de thèses, avec le GIE Pharm'image, pôle de compétence en matière d'imagerie médicale regroupant 80 chercheurs et des entreprises, le canceropôle Grand-Est et le Gérontopôle.

La Région a lancé son dispositif de prévention à la santé, à travers un appel à projets lancé en 2008 et ayant pour but de faire naître des initiatives visant à promouvoir chez les lycéens et apprentis une alimentation équilibrée.

La Région Bourgogne n'intervient pas pour le moment dans le financement de l'observatoire régional de santé, au contraire de la plupart des régions en France.

¹³ Le coût de ce transfert a été estimé par l'État à 754 millions d'euros, une « dotation sous-évaluée au vu des moyens à mettre en œuvre pour assurer la continuité et élargir l'éventail des formations » d'après François PATRIAT, Sénateur, président du conseil régional de Bourgogne à l'occasion des troisièmes assises des formations sanitaires et sociales, le 31 mars 2009.

3. CONCLUSION

La loi « Hôpital, patients, santé territoires » poursuit des objectifs d'efficacité économique, d'efficacité organisationnelle et entend améliorer l'accès aux soins. Le gouvernement a justifié cette loi en arguant de la lutte contre les inégalités territoriales et sociales en matière de santé. Pour certains une des plus grandes réformes du système de santé depuis cinquante ans, pour d'autres un rendez-vous manqué, la loi HPST n'aura pas laissé indifférent.

La création des Agences régionales de santé, mesure emblématique du texte, instaure une gestion territorialisée et régionale des politiques de santé intégrant prévention, soin et action sociale. Les ARS se substituent aux structures existantes des ARH¹⁴ DRASS¹⁵, URCAM¹⁶, MRS¹⁷ et des CRAM¹⁸ dans leur volet sanitaire. Elles concrétisent le décloisonnement des politiques sanitaires et sociales.

Les ARS ont notamment pour missions :

- la régulation, l'orientation, l'organisation de l'offre et de la permanence des soins ;
- l'autorisation, la création des établissements et services de santé ;
- l'élaboration des schémas régionaux des soins, de la prévention et de l'organisation médico-sociale ;
- la définition des territoires de santé avec la constitution des conférences de territoires ;
- l'organisation de l'observation de la santé en région.

Chaque directeur général de l'ARS, nommé en conseil des ministres sera soumis à un contrat d'objectifs et de moyens signé avec l'État. Dans l'attente des décrets d'application, certains voient dans cette gouvernance une verticalité sans intermédiaire ni contre pouvoir, avec une intervention limitée des collectivités territoriales.

Celles-ci ne connaîtront les modalités de leur participation aux instances décisionnelles et consultatives rattachées à l'ARS qu'après la parution des décrets d'application de la loi.

Dans cette nouvelle gouvernance, quels seront la place et le rôle des élus et des usagers pour faire vivre la démocratie sanitaire ?

Pour autant, le rôle de la Région en matière de santé n'est pas modifié. L'accès à des soins de qualité fait partie de ses choix dans la mise en œuvre de sa compétence en matière d'aménagement du territoire.

En 1997, le réseau du CFES (Comité Français d'Éducation pour la Santé) définit la santé globale comme « la santé de l'être humain vivant en société, avec ses composantes physiques, psychiques et sociales, tenant compte des implications que peuvent avoir sur la santé, son histoire personnelle et les différentes dimensions sociales, économiques, juridiques et culturelles de ses conditions de vie et de son mode de vie ».

Ainsi, un vaste champ d'action s'offre au Conseil régional en amont de l'ARS pour créer les conditions favorables à l'amélioration de l'état de santé des Bourguignons. Dans les politiques du Conseil régional, il s'agit de prendre en considération l'ensemble des déterminants de santé. Les propositions du CESR entrent dans ce cadre.

¹⁴ Agence régionale de l'hospitalisation.

¹⁵ Direction régionale des affaires sanitaires et sociales.

¹⁶ Union régionale des caisses d'assurance maladie.

¹⁷ Mission régionale de santé.

¹⁸ Caisse régionale d'assurance maladie.

4. PROPOSITIONS

4.1. POUR QUE LA REGION PESE SUR LA QUALITE DES SOINS ET SUR LA DENSITE MEDICALE PAR LA FORMATION

4.1.1. Par une valorisation des formations sanitaires et médico-sociales dès le lycée

A travers sa compétence en matière de lycées, le Conseil régional peut contribuer à mieux faire connaître les formations sanitaires et sociales qu'il finance. Si certains métiers, tels que ceux d'infirmier ou de kinésithérapeute sont connus, les carrières sociales ou médico-sociales ne bénéficient pas toujours d'une grande lisibilité auprès des jeunes, mais offrent pourtant des opportunités de formation accessibles et des débouchés en Bourgogne. C'est pourquoi le CESR suggère au Conseil régional de valoriser les métiers des filières sociales et sanitaires auprès des lycéens de la région, notamment lors des salons des métiers et de l'orientation auxquels il participe chaque année¹⁹.

4.1.2. Par la professionnalisation des métiers du soin gériatrique

Les métiers d'accompagnement sanitaire et social des personnes âgées souffrent de difficultés chroniques de recrutement et peinent à garder et à qualifier leurs personnels. Le soin gériatrique implique pourtant des compétences spécifiques qu'il convient de reconnaître et de valoriser.

Le CESR propose que le Conseil régional participe avec les branches professionnelles à la revalorisation des formations pour qualifier les métiers de soins gériatriques, et les rendre plus attractifs. A travers sa compétence en matière de formation professionnelle, il s'agit pour la Région d'engager un travail portant sur l'adaptation de la formation initiale, et l'enrichissement de la formation continue, pour des métiers nécessitant des compétences spécifiques et transversales. L'objectif n'est pas de créer un nouveau métier, mais bien de préparer à l'exercice de compétences liées au secteur gériatrique, en les valorisant. Il est souhaitable qu'à terme, la reconnaissance de ces savoir-faire puisse aboutir à une revalorisation salariale.

4.1.3. Par le décloisonnement des formations sociales

Le secteur social se caractérise par une spécialisation de ses métiers, au nombre de 17 en France, contre 5 dans la plupart des autres pays européens. Ce foisonnement de qualifications et de diplômes s'inscrit en contradiction avec des besoins croissants de santé et d'accompagnement social sur les territoires. Il paraît en effet difficile que chaque métier de travailleur social soit représenté en milieu rural ou dans les territoires qui peinent à attirer des professionnels. Le CESR propose que le Conseil régional travaille avec l'IRTESS et les services de l'État à un décloisonnement des formations sociales et à la mise en place de troncs communs permettant aux acteurs sociaux de détenir un socle de compétences partagées. En la matière, la réflexion doit porter en priorité aux métiers de niveau V (aide médico psychologique, aide-soignant, moniteur-éducateur, technicien de l'intervention sociale et familiale), qui présentent déjà des rapprochements en termes de savoir faire mobilisés.

4.1.4. Par sa participation à l'universitarisation des formations paramédicales

En charge du projet régional de développement des formations, le Conseil régional présente toutes les compétences pour co-piloter ce passage des formations sanitaires et sociales au processus LMD, et contribuer à ce que les étudiants aux métiers paramédicaux et médicaux soient intégrés à l'Université de

¹⁹ Santé des enfants et des adolescents, propositions pour la préserver, expériences opérationnelles, deuxième édition, INSERM, septembre 2009.

Bourgogne. Il paraît essentiel pour le CESR que la Région poursuive le travail positif engagé depuis 2004 avec les acteurs de la formation sanitaire et sociale.

L'universitarisation des formations paramédicales met la Région et l'Université face à des défis majeurs à relever.

L'universitarisation permettra aux étudiants infirmiers et sages-femmes de bénéficier de cours en sciences, langues, sciences humaines par des professeurs de l'Université de Bourgogne. Dans le cadre des négociations portant sur les conventions qui lieront les écoles, le Conseil régional et l'Université, il paraît important que la Région veille à ce que les écoles d'infirmières périphériques puissent bénéficier des mêmes cours que celle située à Dijon.

Pour le CESR, il est important que la seule école de cadres sages-femmes de France soit confortée en Bourgogne, et puisse déployer son potentiel en entrant par exemple dans un cadre interrégional.

Il suggère que le Conseil régional participe également à la mise en place des modules de formation destinés aux professionnels dédiés à la prévention et à l'éducation à la santé.

4.2. POUR QUE LA REGION CONTRIBUE A L'AMENAGEMENT SANITAIRE DES TERRITOIRES

Actuellement investi au-delà de ses compétences purement obligatoires, le Conseil régional de Bourgogne œuvre pour que les services de santé et les compétences des métiers sanitaires et sociaux soient répartis équitablement sur ses territoires.

4.2.1. Bourgogne Médecin accessible à tous les étudiants en médecine

Fruit d'un partenariat avec l'Agence régionale de l'hospitalisation, l'Union régionale des caisses d'assurance maladie et l'Union régionale de médecins libéraux²⁰, l'allocation Bourgogne Médecin a été créée par le Conseil régional en 2005. Elle consiste en la prise en charge, par le Conseil régional, de tout ou partie des frais de déplacement et d'hébergement d'étudiants en médecine, qui effectuent leur stage obligatoire en médecine générale dans un cabinet situé dans un quartier prioritaire ou en milieu rural.

Pour le CESR, ce dispositif pourrait gagner en efficacité s'il s'ouvrait à tous les étudiants en médecine, et pas seulement aux ressortissants de l'Université de Bourgogne. En plus de faire connaître la région, l'ouverture du dispositif aurait un aspect incitatif dans le sens où les bénéficiaires pourraient choisir la Bourgogne en raison de cette prise en charge des frais d'hébergement et de transport. Des stages dans les maisons de santé pourraient être proposés, afin de valoriser ce mode de pratique partagé en milieu rural ou en zone sensible. Il paraît important que le dispositif soit évalué afin de mesurer si des jeunes médecins se sont installés en Bourgogne à l'issue du stage. Une réflexion sur une éventuelle contrepartie à cette aide pourra être conduite afin d'accroître les retombées du dispositif pour le territoire.

Dans ses relations avec l'université et avec les écoles de formation paramédicale, le Conseil régional pourrait, au titre de sa compétence en aménagement du territoire, peser pour que des stages obligatoires en zones sous-denses soient généralisés pour les étudiants se préparant à des métiers de soignants.

4.2.2. Pour que la Région participe aux projets de santé sur les territoires

Le Conseil régional participe au financement des maisons de santé et des maisons de garde sur les territoires, et évalue avec les unions des professionnels de santé la pertinence des projets de santé montés en amont de l'édification des structures.

²⁰ Aujourd'hui remplacée par l'Union régionale des professionnels de santé.

Le CESR suggère que le Conseil régional s'implique au-delà du financement des locaux et participe pleinement à la définition de projets de santé. Le CESR suggère que la Région précise des critères d'éligibilité pour évaluer le potentiel des structures de santé, et s'assurer de leur capacité à se maintenir et à dynamiser leur territoire.

Des prérequis pourraient être formulés pour prétendre aux aides financières du Conseil régional : proximité avec un établissement sanitaire, vision globale de la santé, prise en compte de la prévention, de l'accompagnement médico-social, etc.

Le CESR suggère que la Région envisage l'implantation des maisons de santé dans l'objectif de consolider le maillage existant de l'offre de soins, et ce, afin de permettre aux professionnels de rayonner vers les zones déficitaires en offre de soins, à l'instar de ce que propose l'Association des régions de France.²¹

Le Conseil régional pourra également contribuer à la réflexion sur la continuité territoriale en matière de services hospitaliers, et participer à un travail portant sur les missions d'intérêt général et les aides à la contractualisation (MIGAC).

4.3. POUR QUE LA REGION INTERVIENNE DAVANTAGE EN FAVEUR DE LA PREVENTION

4.3.1. Des projets de prévention et d'éducation sanitaire en lycée

Avec « Bien dans mon assiette » et les appels à projet de prévention « nutrition santé » destinés aux lycéens et aux apprentis, le Conseil régional participe à la prévention de l'obésité et à l'éducation des jeunes à une alimentation équilibrée. Son rôle en matière de prévention doit être étendu, afin de sensibiliser les lycéens à la prévention générale de leur santé : sensibilisation aux risques des addictions, éducation environnementale, éducation à l'effort physique, prévention des comportements à risque.

Le CESR suggère que la Région finance des organismes qualifiés pour la mise en œuvre de sessions d'éducation à la santé sur des thèmes prioritaires déterminés en concertation avec le Rectorat, par exemple prévention du VIH, des addictions, etc.

4.3.2. Des projets de prévention sur les territoires prioritaires

La Région Bourgogne se caractérise par un foisonnement de projets d'éducation à la santé manquant de lisibilité et de coordination. L'échelon régional apparaît comme pertinent pour mutualiser les efforts en la matière. Dans le cadre de ses compétences en matière d'aménagement du territoire et de formation professionnelle, le Conseil régional a une place à tenir au sein des initiatives d'éducation à la santé.

Au regard des situations sanitaires observées sur les territoires, le Conseil régional doit, à travers son soutien aux Pays et aux quartiers sensibles, déterminer des zones prioritaires pour le financement de projets d'éducation à la santé, et soutenir des diagnostics de santé territoriaux. Au sujet des zones dites « sous dotées », il paraît important que les collectivités puissent agir sur les besoins de santé dans chaque bassin de vie.

Le CESR rappelle en matière de prévention les préconisations contenues dans la saisine régionale « Le rôle de la Région en matière de santé »²² présentée en 2005 :

- l'élaboration d'un guide d'éducation à la santé en concertation avec les acteurs du domaine sanitaire et social et de l'éducation (lycéens et apprentis) suivie de manifestations sur le territoire ;
- la mise en œuvre d'actions de formation aux gestes de premiers secours et aux gestes qui sauvent ».

²¹ Citée dans le rapport d'information, en conclusion des travaux de la mission d'information sur l'offre de soins sur l'ensemble du territoire, présenté par Marc BERNIER, député, le 30 septembre 2008, Assemblée nationale.

²² « Le rôle de la Région en matière de santé », avis présenté par Jean-Louis BILLET et Michel MARTIN, à la séance plénière du 26 octobre 2005, saisine de l'exécutif.

Le CESR suggère par ailleurs que les comités régionaux de prévention des risques professionnels aient une place dans l'élaboration des stratégies de prévention, en lien avec l'activité des commissions régionales chargées des accidents du travail et des maladies professionnelles.

4.4. POUR QUE LE CONSEIL REGIONAL PRENNE PART A L'OBSERVATION DES BESOINS DE SANTE EN AMONT DE SES POLITIQUES

L'observation est en principe la première étape permettant de déterminer les besoins de santé à prendre en compte dans les schémas d'organisation sanitaire et médico-sociale.

Les schémas régionaux de prévention, d'organisation des soins et de l'organisation médico sociale ont pour finalité de répondre aux besoins de santé au sens large de la population et aux besoins de prise en charge et d'accompagnement des personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie.

Le repérage des besoins est donc essentiel à la construction des schémas. L'Agence régionale de santé est chargée par la loi d'organiser l'observation de la santé et des risques émergents. Le champ de l'observation sera enrichi par une future loi de santé publique qui doit venir compléter la loi HPST.

L'évaluation des besoins à un horizon pluriannuel suppose :

- d'envisager une méthode en adéquation avec une approche globale de la santé,
- la prise en compte de la personne dans son environnement, sa famille, les soignants, etc.
- l'observation des déterminants de santé,
- le respect des normes et des référentiels,
- une organisation rassemblant les acteurs au sein d'un groupement.

L'observation de la santé dans son sens le plus large concerne le Conseil régional à un double titre : il peut enrichir son système d'information et bénéficier des résultats pour ses propres réflexions et surtout pour peser sur les instances de pilotage auxquelles il participera dans le cadre de la loi « HPST ».

Des rapports dénoncent la multiplication des structures d'observation. L'ARS sera chargée de mettre en œuvre une intercommunication des systèmes d'information qui favorisera la qualité de l'observation.

Partant de là, le CESR suggère que l'Agence régionale de santé, organisatrice de la fonction observation, puisse rassembler tous les acteurs au sein d'un groupement auquel le Conseil régional participerait techniquement par l'apport de données, politiquement, en participant à la gouvernance, et financièrement.

4.5. POUR DES ETUDES D'IMPACT AU CONSEIL REGIONAL

L'action et les décisions publiques doivent prendre en compte leur impact sur la santé. Elles sont donc confrontées à l'application du principe de précaution. La sécurité sanitaire développe aujourd'hui des logiques de prévention, de précaution et de réaction rapide plutôt que des logiques de réparation.

La prévention concerne les risques avérés dont on connaît les dommages, le principe de précaution concerne des risques insuffisamment connus, associés à des dommages dont on pense qu'ils seraient graves voire irréversibles.

A travers son soutien à l'agriculture biologique, aux énergies renouvelables, aux TER, à la formation professionnelle, à la qualité de vie des lycéens, de l'habitat en milieu rural, la Région contribue à la santé des Bourguignons et agit sur les déterminants de santé.

A l'instar de son plan climat, qui envisage de manière transversale ses politiques au regard de leur répercussion sur l'environnement, le Conseil régional devra créer son « plan santé » basé sur des études d'impacts qui permettraient d'évaluer et de valoriser son rôle dans l'amélioration du niveau de santé des Bourguignons.

4.6. POUR QUE LE CONSEIL REGIONAL SOIT PARTIE PRENANTE DE LA DEMOCRATIE SANITAIRE : L'ORGANISATION D'ETATS GENERAUX DE LA SANTE

La Région a un rôle à jouer pour que la démocratie sanitaire soit renforcée et puisse déterminer et accompagner l'évolution des besoins. Au moins trois instances permettront aux acteurs de la santé, aux collectivités, aux usagers de s'exprimer : le conseil de surveillance de l'ARS et ses commissions, la conférence régionale de santé et les conférences de territoires.

Les Bourguignons se sentent particulièrement concernés par la problématique de la santé, les représentants d'usagers se mobilisent, s'opposant aux restructurations. Sur certains territoires, l'accès aux consultations auprès de médecins spécialistes est limité. Faute d'une démocratie sanitaire efficace et proche des territoires, l'écart peut se creuser entre les décideurs et les assurés sociaux.

A l'instar des assises des territoires de Bourgogne qu'elle a impulsées, la Région devra organiser des états généraux de la santé, qui prendront appui sur des rencontres préliminaires dans chaque territoire de santé, ou bien sur chaque bassin de vie. Ces états généraux apporteront une meilleure reconnaissance aux vécus de santé. Ils permettront de réaliser une synthèse des attentes des Bourguignons en la matière sous la forme de « cahiers de doléances », qui complèteront le diagnostic de la conférence régionale de santé. Les états généraux de la santé devraient permettre aux citoyens qui ne siègent pas dans les autres instances de s'exprimer.

Amartya Sen²³ déclare : « Les défauts de la démocratie exigent plus de démocratie et non pas moins ».

Reste à inventer les moyens de la traduire dans les faits, le territoire de santé est un espace d'expérience possible.

La Région participe activement au fonctionnement des instances de démocratie participatives existant sur ses territoires, à travers son engagement pour les Pays. Elle aura son rôle à jouer dans la mise en œuvre des conférences de territoire. Vraisemblablement membre du conseil de surveillance de l'ARS, elle contribuera à l'élaboration du projet stratégique régional de santé, mais également aux différents schémas qui le déclineront. La Région devra veiller à ce que la conférence régionale de santé ait les moyens réels de fonctionnement qui lui permettent de contribuer, par ses avis, à l'élaboration de ces outils de pilotage.

La réforme territoriale qui s'annonce propose une clarification des compétences des collectivités et un titre de « conseiller territorial » commun aux conseils généraux et aux conseils régionaux. Même si la politique de la Région en matière de santé respecte le cadre de ses compétences en matière d'aménagement du territoire et de formation, il est possible que des recentrages soient rendus nécessaires par la montée en charge de champs de compétences rendus prioritaires. La réforme territoriale est débattue dans un contexte marqué par des restrictions budgétaires pour certaines collectivités avec notamment la disparition de la taxe professionnelle, c'est pourquoi il paraît difficile aujourd'hui d'appeler les conseils régionaux à s'engager au-delà de leurs champs de compétences. L'intervention de la Région en matière de santé doit en conséquence demeurer circonscrite dans son cœur de métier, et être envisagée transversalement au sein de chacune de ses politiques.

AVIS ADOPTE PAR 57 VOIX POUR ET 9 ABSTENTIONS

²³ Co-auteur du rapport de la commission sur la mesure des performances économiques et du progrès social remis au Président de la République, septembre 2009.

EXPLICATIONS DE VOTE

**Intervention d'Eric TAUFFLIEB
au titre des associations de consommateurs membres du CTRC**

« Comme l'ont rappelé les rapporteurs, le travail de la commission n'était pas un avis sur la loi HPST mais bien sûr ses conséquences sur la politique régionale.

Dans ce contexte, le projet qui nous est présenté est clair et malheureusement inquiétant. En effet, alors que les politiques financières des collectivités territoriales se recentrent sur leurs compétences et que les marges de manœuvres s'annoncent faibles, une grande partie du secteur social noyé et chapeauté par les ARS risque de se retrouver le parent très pauvre en termes de moyens et de soutien. Or, au-delà de sa fonction sociale sans équivalent, c'est un secteur qui emploie, qui consomme et qui est, à plusieurs titres, vital pour nombre de personnes.

Notre crainte est que cette recentralisation par l'État d'un secteur qui a besoin d'être aidé au plus près du terrain, au plus près des populations qui en ont le plus besoin, devienne catastrophique.

On sait que l'État n'est pas le plus efficace quand il s'agit de suivre des actions au plus près du terrain. Pour notre part, nous serons vigilants pour que l'ensemble des acteurs dans ce domaine si sensible puissent poursuivre leur activité.

En marge de ce travail, mais en lien avec la loi HPST qui rappelle quelques principes portant en eux d'inquiétantes dérives, comme la maîtrise comptable des dépenses de santé ou, par exemple la concentration des moyens en fonction des actes, nous voulons ici revenir sur deux éléments financiers, qui touchent de manière inégalitaire les salariés consommateurs.

D'abord, l'idée de fiscaliser les indemnités journalières en cas d'arrêt de travail pour les salariés est indigne d'un État qui a fait de la solidarité une constante politique. Je sais bien que nombre de salariés vont au travail en essayant de s'y accidenter ou de s'y blesser pour pouvoir bénéficier des indemnités qui en découlent – quel bonheur d'être en incapacité de travail chez soi tout en étant payé par la collectivité !! - et si par malheur, l'état du salarié nécessite une hospitalisation, c'est la double peine, car avec l'augmentation du forfait hospitalier, le salarié paye deux fois.

Après le bouclier fiscal, voici l'aspirateur social, le premier permet aux citoyens les plus aisés à ne pas trop en donner à l'État, le deuxième oblige les plus modestes à en payer un peu plus à l'État (peut-être ce que les premiers ne donnent plus). C'est sûrement ce que l'on appelle l'égalité citoyenne ! ».

Intervention de Thierry GROSJEAN au titre des associations de l'Environnement

« Je partage les constats et propositions de cet avis très complet, précis, qui n'élude pas les problèmes de fond et sait en sortir des propositions innovantes : il est vrai que les questions posées sont censées répondre à une préoccupation concrète, prioritaire de nos concitoyens quant à leur qualité de vie quotidienne. Je constate avec satisfaction l'intégration des concepts de prévention, de principe de précaution, de santé environnementale, de démocratie sanitaire...

La conclusion me laisse cependant sur ma faim. Je doute en effet que la loi « HPST » poursuive les objectifs annoncés. Son principal objectif est bien celui d'une rentabilisation forcée et d'une privatisation du service public qui ne fera qu'aggraver les inégalités d'accès aux soins et à la santé. Et elle laisse en suspens quelques questions d'éthique sur l'utilisation des données médicales. La nouvelle « gouvernance » qui se met en place, sous ses divers aspects, menace en fait les valeurs fondatrices du système de santé issues du Conseil national de la résistance.

La conclusion pose la question primordiale : « Dans cette nouvelle gouvernance, quelle sera la place des élus, des usagers (il faut ajouter les professionnels) pour faire vivre la démocratie sanitaire ? ». Tout est dans la réponse qu'y apportera le gouvernement ! Quels moyens ou marge de manœuvre aura la Région et pour quelles priorités ? Dans le contexte budgétaire actuel, nous voyons mal comment la Région pourrait s'engager dans des voies innovantes lui permettant d'envisager investir efficacement dans la santé, transversalement au sein de chacune de ses politiques.

PNSE 2, Plan Cancer (2009/2013), Loi sur la responsabilité environnementale (avril FNE 2009), ou la taxe sur les indemnités d'accidents du travail illustrent les insuffisances et contradictions des intentions gouvernementales en matière de santé. Le Plan Cancer ne préconise rien ou presque pour agir sur les causes (bisphénol A, par exemple).

Ces plans et lois sont muets sur les effets sanitaires de la dégradation des conditions de travail. Si l'on accepte de regarder objectivement le phénomène des suicides, c'est le travail qui est « malade », pas les salariés : des objectifs de rentabilité inatteignables et contradictoires ; l'évaluation comportementale remplace celle de la qualité du travail. Ce qui m'amène à signaler que la santé mentale (psychiatrie) est à nouveau la grande absente des débats sur la santé (il serait malheureusement trop long de développer ici).

Que viennent faire l'environnement et l'écologie dans cette galère sociale ? Eh bien, du développement insoutenable, c'est-à-dire solidaire, comme le fait l'avis, d'ailleurs.

Les ONG environnementales proposent un bouclier social ; les conditions d'existence ; la garantie de services publics de santé accessibles ; l'évolution de nos manières de produire, de consommer et de travailler ; l'amélioration sensible des normes environnementales... constituent des améliorations sanitaires génératrices d'économies. Dans les débats nationaux et régionaux « Environnement et Santé », nos organisations associatives proposent de :

- mieux caractériser l'imprégnation des populations aux toxiques environnementaux : nous ne sommes pas égaux dans l'exposition aux pollutions et aux risques ;
- se baser sur des expertises indépendantes en santé-environnement pour fonder les politiques publiques de la Région (éco-conditionnalité des aides) et améliorer la veille sanitaire des risques émergents (sols pollués, bruit, industries à risque, pesticides...) et les déterminants de santé ;

- d'améliorer l'application du principe de précaution dans les programmes portant sur les nouvelles molécules chimiques, les rayonnements électromagnétiques, les nanotechnologies... ;
- développer les pôles de recherche en écotoxicologie, épidémiologie... ;
- instituer une formation d'éco-infirmier dans la gestion des hôpitaux ;
- intégrer l'impact sanitaire dans les plans climat régionaux.

La proposition de l'avis pour que le Conseil régional organise des Etats généraux de la santé régionale est donc bienvenue : il y a de la matière et de la prospective à moudre ».

Pour aller plus loin...

« Pour une médecine écologique » - Christian PORTAL – www.medecine-ecologique.info



Intervention de Michel MAILLET au titre de la CGT

« La loi « Hôpital, patients, santé, territoires » qui se met en place progressivement est une des réformes les plus importantes de l'organisation du système de santé français depuis la création de la sécurité sociale. Elle a pour objectif de remodeler en profondeur le système de santé, de soins et de sécurité sociale. Elle s'appuie sur des besoins de santé qui ont considérablement changé :

- capacités à soigner sans précédent du fait des progrès en médecine et en technologies disponibles,
- besoins d'investissements considérables dans la formation de professionnels et dans l'acquisition de nouvelles technologies, pour en faire profiter l'ensemble des populations,
- allongement de l'espérance de vie et changements dans la nature des maladies (notamment chroniques) qui nécessitent des soins dans la durée.

La loi « Hôpital, patients, santé, territoires » prétend répondre à des défis majeurs que sont l'équilibre entre dépenses et ressources, l'accessibilité aux soins sur l'ensemble du territoire, l'enchevêtrement actuel des compétences qui nuit à l'efficacité et à la lisibilité du système.

Mais les objectifs affichés seront-ils atteints et les mesures qui accompagnent (ou vont accompagner) la mise en œuvre de la loi sont-elles en capacité d'y répondre ? Pour la CGT et pour bon nombre de professionnels de santé, la réponse est non. Bien au contraire, nombreux sont ceux qui, comme nous, pensent qu'elle conduit à une dégradation du système de soins et à une inégalité accentuée s'agissant des moyens contributifs des usagers ou des conditions d'accès sur tous les territoires.

Pour la CGT, notre système actuel de santé, même s'il reste un des meilleurs des pays industrialisés, est cependant caractérisé par plusieurs défauts :

- une coupure plus ou moins franche entre la médecine de ville et l'hôpital,
- une absence de régulation de l'installation des professionnels,
- un exercice isolé de la médecine de ville,
- un système de rémunération à l'acte inflationniste (tant dans la médecine de ville qu'à l'hôpital).

À travers ses titres I et II, la loi redéfinit les missions de service public, la gouvernance des hôpitaux en instituant les Conseils de surveillance (dans lesquels les représentants des salariés n'auront plus leur place), mais reste au milieu du gué quand à la démographie médicale, la régulation de l'installation des médecins, la permanence des soins, la rémunération à l'acte. Elle met en place un hôpital calqué sur le modèle capitalistique des entreprises. L'hôpital se trouve réduit à un simple producteur de soins. La tarification à l'activité (T2A), lancée en 2004 par le « Plan Hôpital 2007 » pour les hôpitaux généraux et les CHU, les contraint à multiplier les actes et réduire les durées d'hospitalisation pour équilibrer leurs ressources, au détriment de leur mission de service public. Alors que de nombreux hôpitaux généraux et CHU affichent déjà des déficits considérables, l'extension de la T2A aux hôpitaux locaux va encore accélérer les fermetures d'établissements de proximité.

De plus, le texte organise le transfert massif des activités hospitalières publiques vers le privé et le médicosocial et entérine de ce fait les fermetures d'hôpitaux de proximité, de blocs chirurgicaux et de maternités qui se sont produites ces dernières années, ainsi que celles qui sont annoncées dans le plan de financement de la sécurité sociale pour 2010.

Le titre IV, qui prétend améliorer l'organisation territoriale des systèmes de santé, met en place les ARS, véritable outil « politique » dans les territoires pour mener à bien mutualisations et économies. Il concentre, entre les mains des directeurs des ARS qui auront tout pouvoir, les missions exercées actuellement par les DRASS et les DDASS, ainsi que les URCAM et les CRAM qui se voient dépossédées de leurs responsabilités dans le domaine de la santé publique. Ainsi les ARS tiennent entre leurs mains à la fois l'organisation du système de santé et son financement à l'échelon régional. Même si leurs décisions s'appuieront sur les Conférences Régionales de Santé dans lesquelles siègeront des représentants des collectivités territoriales et des usagers, elles auront pour objectif principal l'équilibre financier, les objectifs de restructuration et de concentration pour y parvenir et ceci au détriment des besoins réels des populations.

La Bourgogne, région essentiellement rurale et à faible démographie médicale, souffre déjà singulièrement de cette logique. Le projet d'avis souligne à juste titre les inégalités territoriales ainsi que les dégradations du système de santé bourguignon ayant déjà entraîné de multiples fermetures d'établissements hospitaliers, de services de chirurgie et de maternité de proximité depuis une dizaine d'année.

Pour la CGT et parce que nous considérons que l'accès à la santé est un droit et qu'il revient à l'État de garantir ce droit à chaque individu, quels que soient ses moyens, son lieu de résidence et son origine, cette réforme ne répond en aucune façon aux enjeux, dans la mesure où elle induit des inégalités et pose comme principe la baisse des moyens consacrés à la santé. Elle vient s'ajouter à tout ce qui frappe déjà les usagers : les déremboursements de médicaments, les forfaits hospitaliers et autres, les franchises médicales, les dépassements d'honoraires de spécialistes et de chirurgiens. Elle va conduire à une nouvelle augmentation du nombre de personnes (notamment des jeunes) qui, faute de moyens, se soignent moins, voire renoncent à se soigner.

A l'opposé de cette logique purement comptable, nous proposons que l'égalité des soins passe par un service public de qualité renforcé, dans le cadre d'un système de santé solidaire géré démocratiquement. Pour nous, l'organisation dans les territoires doit être repensée avec tous les intéressés. Elle doit s'appuyer sur la mise en place de chambres territoriales de santé sur des périmètres à définir à partir des bassins de vie, dont la mission serait d'organiser l'ensemble du dispositif de santé, prenant en compte les besoins des populations et dans un cadre général national assurant les moyens nécessaires par un financement durable de la sécurité sociale. Elle pourrait être organisée en réseaux à 4 niveaux d'établissements publics :

- les maisons de santé au plus près des usagers, qui assureraient les soins de proximité pluridisciplinaires, pourraient avoir à leurs dispositions les équipements techniques nécessaires, permettraient de faire entrer progressivement une autre forme de rémunération des praticiens et constitueraient un dispositif attractif pour les professionnels ;
- les centres hospitaliers généraux seraient au centre de chaque territoire de santé, organisés en services (inter-service, intra-services et extrahospitalier) et redonnant une place centrale aux collectifs de travail ;
- les établissements publics de psychiatrie de secteur dont la mission reposerait sur une approche globale des besoins de santé ;
- les CHU et les CHR, au niveau régional, devraient jouer un rôle moteur dans le progrès de la recherche. Ils pourraient s'associer dans une organisation interrégionale, fédérant plusieurs CHU/CHR.

Pour en venir à présent au projet d'avis qui nous est présenté, il nous faut tout d'abord relever les limites imposées par la saisine du Président de la Région qui, de ce fait contraignent les propositions qu'il pouvait contenir. En effet, formuler des propositions pertinentes sur un dispositif dont le Conseil régional est à la fois ni l'auteur, ni l'acteur, relevait d'une gageure.

D'autre part, même si la collectivité territoriale dispose aujourd'hui de la compétence pour « promouvoir le développement économique, social, sanitaire, culturel et scientifique de la région et l'aménagement de son territoire », compétence qui lui permet d'élaborer un Plan Régional de Santé (PRS), qu'en sera-t-il après la réforme des collectivités territoriales en cours d'élaboration ?

Par ailleurs, dans un contexte où les finances régionales risquent d'être fortement réduites à l'horizon 2011 du fait des décisions gouvernementales, quelles peuvent être les marges de manœuvre, dans la mesure où toute intervention a un coût ? Et, de ce point de vue, il convient de souligner que la collectivité régionale n'est pas la seule concernée, lorsqu'on constate, par exemple, que l'installation des maisons médicales est assuré aussi par d'autres collectivités territoriales, comme les départements.

Comme je l'ai affirmé tout au long de cette intervention, la santé et l'organisation du système de santé sont et doivent rester une compétence de l'État et, pour la CGT, toute tentative de régionalisation doit être combattue, parce qu'elle porte en elle une dimension qui remet en cause l'égalité de traitement du citoyen sur tout le territoire national, un des fondements de notre république.

Ceci posé, il reste que la commission 4 de notre CESR a travaillé et qu'elle formule quelques propositions pour une intervention du Conseil régional, notamment en s'appuyant sur les compétences dont il dispose dans le domaine de la formation professionnelle et des formations médicales et sociales. Nous y souscrivons, comme nous souscrivons à celles qui appuient sur la nécessité que la Région intervienne davantage en faveur de la prévention, pour que le Conseil régional soit un des acteurs majeurs pour la définition des besoins de santé des Bourguignons à partir d'un observatoire et de l'organisation d'États généraux de la santé.

Bien que nous restions fermement opposés à la loi « Hôpital, patients, santé, territoires », mais parce que nous partageons les constats et les propositions du projet d'avis, notre groupe CGT le votera ».

Intervention de Daniel EVEILLEAU au titre des associations caritatives

« La loi « Hôpital Patient Santé Territoire » répond-elle aujourd'hui aux enjeux de santé publique de la majorité de nos concitoyens et plus particulièrement à ceux des plus précaires et des plus démunis ?

Ainsi que le souligne l'avis, pour un grand nombre d'observateurs, la loi n'apporte pas de réponse convaincante. Des craintes subsistent sur les moyens annoncés et la réelle volonté de réduire les inégalités d'accès aux soins, ce qui poursuit l'un des objectifs du texte.

La mise en place des Agences Régionales de Santé sur laquelle s'articule la nouvelle organisation permet-elle une déconcentration des décisions, ou est-elle à l'origine d'une re-centralisation du pouvoir au détriment au final des usagers ?

La loi « HPST » réforme également des pans entiers du droit des institutions sociales et médico-sociales et modifiera les relations de leurs promoteurs avec les tutelles que sont généralement l'Assurance maladie et les Conseils généraux. Dans ces structures développées pour faire face à la compensation des Handicaps, les acteurs de terrain (associations, mutuelles) ont apporté depuis plusieurs décennies des réponses adaptées. Plusieurs d'entre elles dénoncent aujourd'hui au sein de leurs Unions représentatives et celles de l'Economie Sociale et Solidaire l'utilisation systématique de la technique d'appel à projet. Celle-ci risque de limiter l'innovation en cantonnant les initiatives aux contraintes d'un cahier des charges sclérosant sans prendre en compte prioritairement l'intérêt de la personne à accompagner.

De même, la loi « HPST » n'intègre ni les déterminants de santé liés aux conditions de vie et de travail de la population, ni la responsabilisation du citoyen. Elle n'indique rien sur la place qu'elle entend donner à la Protection Maternelle Infantile et à la Médecine du Travail.

L'organisation du système peut-elle alors répondre au double défi de maîtrise des dépenses de santé et meilleure qualité des soins ?

Les associations caritatives ne voient pas ce que la loi « HPST » apporte au quotidien pour l'amélioration d'accès aux soins des plus démunis.

Je voudrais ici compléter quelques observations rappelées dans l'enquête réalisée par l'Institut de Recherche et Documentation en Economique de Santé pour le Secours Populaire Français cité dans le rapport de la commission :

- 17 % des Français ont renoncé à au moins un soin chez le médecin pour cause d'éloignement géographique ;
- 14 % des Français ont renoncé à un soin au cours des 12 derniers mois pour des raisons financières ;
- le forfait soin pèse plus lourd pour les revenus les plus modestes ;
- le taux d'effort de couverture par une complémentaire maladie représente 10 % pour les bas revenus contre 3 % pour les plus hauts revenus.

Afin d'adapter le texte à la réalité bourguignonne, il nous paraît indispensable que l'Assemblée régionale poursuive les efforts dans ce domaine et, cela, malgré la tentation de recentrage sur ses compétences spécifiques. Trois types d'interventions nous paraissent prioritaires :

- une participation de la Région dans les instances d'observation et de décisions ;

- un accueil de proximité qui assure la continuité du soin sur tout le territoire et notamment en favorisant la mise en place des Maisons de Santé et la valorisation du médecin généraliste ;
- les actions pour promouvoir la prévention et rendre le citoyen responsable de sa santé.

Les inégalités sociales frappent durement les plus modestes. Nous avons le devoir de rappeler aux pouvoirs publics leur obligation de favoriser une réelle égalité des chances. La santé est un des piliers fondamentaux.

Je vous remercie ».

**Intervention de Jean-Michel BROCHERIEUX
au titre de l'Union nationale des associations de professions libérales – secteur juridique**

« Les propositions qui nous sont présentées sont intéressantes mais malheureusement limitées.

On ne peut que regretter le trop grand nombre des acteurs publics intervenant dans le domaine de la santé.

A côté de l'Etat et de l'Assurance maladie, les conseils régionaux, les conseils généraux, les grandes villes et communautés d'agglomération veulent avoir leur politique de santé.

Cette dispersion réduit l'impact des politiques et de plus déresponsabilise les acteurs.

L'UNAPL demande que dans le cadre de la réforme des collectivités territoriales, la clause de compétence générale soit supprimée et que soit attribuée à une collectivité territoriale déterminée la compétence de l'action sanitaire et sociale décentralisée dans les territoires ».

Intervention de Charles BARRIERE
au titre de l'Union nationale des associations de professions libérales – secteur médical

Cette loi est bonne notamment le titre IV concernant le décloisonnement. Ce décloisonnement est une urgence pour les patients.

On peut reprendre la conclusion de Maurice BOLLARD : « la loi sera ce que nous en ferons collectivement ».

Le pôle du Conseil régional de Bourgogne se situe davantage au stade de la réflexion d'abord et en fonction de ses capacités budgétaires.

Il y a, pour le directeur de l'ARS, deux questions majeures :

- y a-t-il pour le Bourguignon une perte de chance en matière de santé en fonction de son territoire de vie ?
- quelle organisation pour l'urgence en médecine ? (à voir avec le projet stratégique du CHU de Dijon).

Une remarque pour finir : il n'y a pas de place pour des plateaux techniques qui n'offrent pas toutes les garanties.