



Observatoire de la Régionalisation

L'Observatoire de la Régionalisation du système de santé
est un cercle de réflexion, d'idées et de veille entre les acteurs
du système de santé sur la mise en place de la régionalisation de la santé
et l'application de la loi HPST

Anticiper les évolutions régionales de notre système de santé

■
Fournir une veille des organisations et des expérimentations
Lancées au niveau des régions

■
Identifier les structures-clés et les centres de décision en région

■
Expliciter les objectifs de ces structures et de ces centres de décision,
leur organisation et leur mode de fonctionnement

■
Faire partager des solutions à l'échelle du territoire et de la région

Un partenariat nile & Direct Medica

nile

65, rue Galande

75005 Paris

Tél. : + 33 (0) 1 40 46 78 00

www.nile-consulting.eu

Direct Medica

31, rue des Longs Prés

92100 Boulogne-Billancourt

Tél. : + 33 (0) 1 70 95 64 00

www.directmedica.com

1

UN LIEU D'ETUDE, DE RENCONTRE ET DE REFLEXION POUR L'ENSEMBLE DES PARTIES PRENANTES DU SYSTEME DE SANTE

La région est devenue l'unité géographique et politique centrale de l'organisation et de l'efficience du système de santé. Aussi la dimension du territoire et la définition de critères de performance sont au cœur de la réussite de projets entrepreneuriaux destinés à améliorer l'accès et le recours aux soins.

L'Observatoire allie des expertises multidisciplinaires et des acteurs qui souhaitent faire émerger des analyses transversales et prospectives face aux enjeux du futur. Il a pour missions :

- d'assurer une veille permanente de la montée en charge de la régionalisation de la santé en France, processus entériné par la loi HPST du 21 juillet 2009
- de colliger les opinions des patients (et de leurs associations), des usagers du système de santé, des professionnels de santé (et de

leurs représentations syndicales et ordinales), des producteurs de soins (industriels du médicament et des dispositifs médicaux, solutions de services, établissements hospitaliers ou médico-sociaux) des pouvoirs publics, ainsi que des organismes de financement et des élus locaux

- d'être une force de propositions et de recommandations partagées par les différents acteurs du système de santé en région. L'amélioration de l'état de santé de nos concitoyens est au centre des préoccupations de cet Observatoire.

2

CREER DE LA REFLEXION ET DE LA VALEUR

L'Observatoire de la Régionalisation du système de santé regroupe un ensemble d'offres et de services :

- la réalisation d'études multiclients et ad'hoc sur les problématiques-clés de la régionalisation et de la mise en place de la loi HPST. La première étude réalisée dans le cadre de l'Observatoire, intitulée « Santé, acteurs et régions : analyse et prospective de la régionalisation du système de santé en France », est commercialisée depuis le 10 décembre 2010
- la création et l'animation de la Communauté de l'Observatoire, réseau de décideurs et d'acteurs de la régionalisation de la santé en France

- la publication du rapport annuel de l'Observatoire :

- › analyse générale de l'environnement politique et de l'écosystème régional
- › suivi annuel des indicateurs de la régionalisation et de la montée en charge de la loi HPST, indicateurs définis par le Comité d'Experts de l'Observatoire

- l'organisation de matinées de travail avec des experts et des acteurs de la régionalisation, la mise à disposition de comptes-rendus d'entretiens menés auprès des instances et des responsables-clés au niveau national et régional la publication d'une newsletter bimestrielle, La lettre de l'Observatoire de la Régionalisation du système de santé.

L'Observatoire s'appuiera sur un Comité d'Experts composé de représentants des autorités de santé, de personnalités qualifiées du monde politique, syndical et associatif, de professionnels de santé et d'industriels de la santé. Ce comité aura pour missions de donner un éclairage prospectif à l'Observatoire, définir les indicateurs de la régionalisation, accompagner et valider les travaux réalisés dans le cadre de l'Observatoire.

3

LA COMMUNAUTE DE L'OBSERVATOIRE DE LA REGIONALISATION

L'Observatoire de la Régionalisation du système de santé regroupe les personnes qui s'intéressent aux problématiques-clés de la régionalisation. Cette communauté se compose :

- des membres du Comité d'Experts de l'Observatoire
- des personnalités qualifiées impliquées dans la mise en place de la loi HPST et ses déclinaisons régionales
- de toute personne souhaitant bénéficier d'une veille permanente sur les évolutions de notre système de santé, ainsi que sur les organisations et les expérimentations lancées au niveau des régions

La Communauté de l'Observatoire aura accès en priorité et à titre exclusif aux matinées de travail et aux informations recueillies par l'Observatoire de la Régionalisation du système de santé (rapport annuel de l'Observatoire, newsletter bimestrielle, comptes-rendus des entretiens menés auprès des instances et responsables-clés au niveau national et au niveau régional). Elle se réunira trois fois par an.

4

LES PARTENAIRES FONDATEURS ET LES ANIMATEURS DE L'OBSERVATOIRE DE LA REGIONALISATION

L'Observatoire de la Régionalisation est né de la réflexion commune de deux sociétés aux savoir-faire et compétences complémentaires, spécialisées dans le domaine de la santé. En parfaite indépendance financière et politique, elles souhaitent que l'Observatoire soit une plate-forme qui contribue à l'amélioration concrète du système de santé.



Penser en amont l'accès au soin, assurer le partage d'information et répondre aux besoins des acteurs de la chaîne de santé sont les missions de Nile.

Agence conseil en Affaires Publiques, Nile est destinée à apporter aux associations de patients, professionnels de santé, producteurs de soins et pouvoirs publics un conseil stratégique et une expertise dans la réflexion et la mise en oeuvre de leurs Affaires Publiques.



Dr. Olivier Mariotte
Fondateur, gérant
de Nile



Laurence Mouillet
Consultante



Dr. Jérôme Stevens
Directeur Général
de Direct Medica



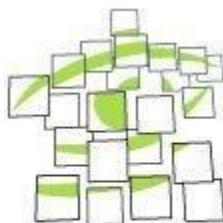
Hélène Charrondière
Directeur des études
et du conseil

directmedica

Direct Medica est une société indépendante, expert de la relation clients auprès des acteurs du système de santé.

Depuis dix ans, Direct Medica élabore et met en place des solutions opérationnelles et novatrices pour optimiser les relations entre professionnels de santé, patients, industriels, établissements hospitaliers et complémentaires santé.

Ses activités sont organisées en quatre grands métiers : les services clients, l'information médicale, les programmes d'accompagnement patients, ainsi que les études et le conseil, activité développée par sa division Direct Research.



Observatoire de la Régionalisation

Un partenariat Direct Medica / nile

La charte d'éthique de la Communauté de l'Observatoire de la Régionalisation

Les membres de la Communauté de l'Observatoire de la Régionalisation s'engagent à :

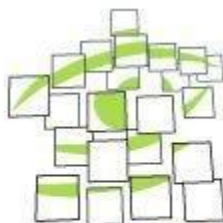
- contribuer aux réflexions du think tank, tant par leur présence lors des réunions thématiques que par leurs apports entre les réunions de la Communauté
- voir figurer leurs noms sur les synthèses issues des réflexions du club
- respecter la libre expression des membres et l'indépendance éditoriale
- contribuer au succès des actions menées par le club, en vue d'un bénéfice collectif
- réagir sur les synthèses proposées à l'issue de chaque réunion, dans la semaine suivant leur réception par mail. Passé ce délai d'une semaine, les synthèses seront considérées comme validées par les membres
- les documents produits par la Communauté l'engagent à titre collectif, mais n'engagent pas les membres individuellement.

Les partenaires fondateurs et animateurs s'engagent à :

- garantir l'indépendance éditoriale de l'Observatoire de la Régionalisation en assurant une indépendance financière vis-à-vis du secteur économique, institutionnel ou politique
- fournir à l'ensemble de la Communauté de l'Observatoire les éléments mis à sa disposition sans en dénaturer le fond et en en désignant la source
- assurer la pérennité de l'Observatoire et à remplir scrupuleusement le cahier des charges sur lequel les membres de la Communauté et particulièrement du Comité des Experts ont pris leurs engagements
- garantir l'indépendance et la liberté d'expression des membres de la Communauté.

- Martine AOUSTIN, Directrice Générale de l'Agence Régionale de Santé du Languedoc-Roussillon
- Marie-Josée AUGÉ-CAUMON, Conseillère auprès du Président de l'Union des Syndicats de Pharmaciens d'Officine (USPO)
- Jean-Pierre BADER, Professeur de médecine
- Alain BERGEAU, Président de l'Union Nationale des Professionnels de Santé (UNPS)
- Marc BERNIER, Député-Maire de Vaiges (Mayenne), Conseiller Général de la Mayenne
- Rachel BOCHER, Psychiatre au CHU de Nantes, Présidente de l'Intersyndicale Nationale des Praticiens Hospitaliers (INPH)
- Valérie BOYER, Députée des Bouches-du-Rhône, Adjointe au Maire de Marseille
- Philippe BURNEL, Délégué général de la Fédération de l'Hospitalisation Privée (FHP)
- François BUTEL, Directeur de la Business Unit anémie-transplantation et soins Oncologiques de Support, Roche SAS
- Gilbert CARHANAC, Généticien, Président fondateur de la société Hox-Com, spécialisée dans les études de l'activité hospitalière (PMSI) et du marché ville
- Victorine CARRE, Consultante, Vice-présidente de l'Association 360°Santé
- Michel CHARTON, Gérant de la société Michel Charton Conseil et Expertise (mc2//E)
- Alain CLERGEOT, Médecin généraliste
- Michel COMBIER, Médecin généraliste, Président de l'Union Nationale des Omnipraticiens Français (UNOF)
- Nicolas CRESTEL, Journaliste, HOSPIMEDIA
- Jean-Jacques CRISTOFARI, Journaliste, Rédacteur en chef de PharmAnalyses
- Caroline CROUZIER, Directeur Partenariat Institutionnels, GlaxoSmithKline
- Muriel DAHAN, Pharmacien Inspecteur Général de Santé Publique
- Pierre De HAAS, Médecin, Président de la Fédération Française des Maisons et des Pôles de Santé
- Patrice DETEIX, Professeur, Président de la Conférence des Doyens des facultés de médecine
- Bruno DIOT, Président d'IDS Assistance
- Jean-Pierre DOOR, Député-Maire de Montargis, Secrétaire de la Commission des Affaires Sociales à l'Assemblée Nationale
- Christian ESPAGNO, Chirurgien, Membre du Conseil National de la Chirurgie
- Pascal FORCIOLI, Directeur Général Adjoint de l'Agence Régionale de Santé Nord Pas de Calais, Directeur de la Santé Publique
- Alexandra FOURCADE, Chef de la Mission Usagers de l'Offre de Soins à la Direction Générale de l'Offre de Soins du Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, Conseillère municipale à Neuilly-sur-Seine en charge des questions de santé
- Philippe GAERTNER, Président de la Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France (FSPF)
- Paul GARASSUS, Président du Conseil scientifique de l'Assurance Qualité et de l'Information Médico-Economique de l'Hospitalisation privée (BAQIMEPH-FHP)
- Olivier GOEAU-BRISSONNIERE, Président de la Fédération des Spécialités Médicales (FSM)
- James GOLBERG, Docteur en Oncologie
- Olivier GRUMEL, Directeur Communications, Affaires Gouvernementales et Affaires publiques, Baxter France
- Alain HOUPERT, Sénateur-Maire de Salives, Vice-président délégué auprès du Président du Conseil Général de la Côte d'Or
- Jacqueline IRLES, Députée des Pyrénées-Orientales
- Denis JACQUAT, Député de la Moselle, Conseiller municipal de Metz
- Jean-Michel KLEIN, Secrétaire Général du Syndicat National des Médecins Spécialisés en ORL (SNORL)
- Jean LAFOND, Président de l'Association Vaincre la Mucoviscidose
- Robert LAUNOIS, Professeur, Directeur REES France
- Mariannick LE BOT, Présidente du Syndicat National des Pharmaciens des Établissements Publics de Santé (SYNPREFH)
- Yves MAMOU, Journaliste

- Jacques MASSOL, Professeur de Therapeutique au CHU de Besancon et President de l'Institut Phisquare
- Nathalie MAUBOURGUET-AKE, Presidente de la Federation Francaise des Associations de Medecins Coordonnateurs en Etablissements d'Hebergement pour Personnes Agees Dependantes (FFAMCOEHPAD)
- Agathe MAURY LE BRETON, Directrice Affaires Publiques, Economiques et Gestion du Risque, LEO Pharma France
- Eric MERLET, President de l'Association SOS Hepatites
- Alain MILON, Senateur du Vaucluse, Vice-President de la Commission des Affaires Sociales
- Martial OLIVIER-KOEHRET, Medecin generaliste, President de Charte Sante
- Christophe PASIK, President de Keocyt
- Alain PEREZ, Journaliste aux Echos
- Pascal PICQ, Paleoanthropologue, Maitre de conferences a la Chaire de paleoanthropologie et prehistoire au College de France
- Marie-Laure POCHON, Directrice Generale, Lundbeck
- Jean-Luc PREEL, Depute de la Vendee, Vice-president de la Commission des Affaires Sociales de l'Assemblee Nationale
- Isabelle MILLET-CAURIER, Directrice des Affaires Publiques de la Federation Nationale de la Mutualite Francaise (FNMF)
- Gerard RAYMOND, President de l'Association Francaise des Diabetiques (AFD)
- Catherine RAYNAUD, Directrice des Relations Institutionnelles et Associations de Patients, Pfizer SAS
- Rime SAHB BERKOVITCH, Directrice Market access, MSD
- Philippe TCHENG, Vice-President Affaires Publiques & Gouvernementales France, Sanofi-Aventis
- Alain TREBUCQ, Directeur General de Global Media Sante (GMSante)
- Guy VALLANCIEN, Chef du service d'Urologie a l'Institut Mutualiste Montsouris
- Gerard VIENS, Professeur d'economie de la sante, ESSEC Europe
- Michele WEBER, Directeur de Mission Acces aux Soins Hepatite C en regions, Janssen-Cilag
- Monique WEBER, Responsable du Departement des Professions de Sante a la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salaries (CNAMTS), rapporteur de la Commission du Conseil Economique, Social et Environnemental (CESE) sur la dependance



Observatoire de la Régionalisation

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, 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 déclassement 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 reorganiser.

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 destabilisantes qu'elles sont conduites « à marche forcée » dans un contexte économique particulièrement tendu.

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 redessine 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 soulèvent 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.

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 (SI), qui va considérablement limiter les gains d'efficacité devant théoriquement être générés par la mise en œuvre des coopérations entre offreurs de soins.

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 propositions 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 sante ne masque-t-elle pas en réalité une étatisation des politiques de sante, avec la création de schémas de prise en charge par filières, définis par l'Etat et décline en région par les ARS ?
- le cadre réglementaire, prévu par la loi, sur les démarches de coopération entre professionnels de sante, 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 a la coordination de soins et établie la nomenclature des actes de coopération rémunères ?
- les ARS sauront-elles créer de véritables dynamiques auprès des professionnels de sante autour des Maisons Pluridisciplinaires de Sante (MPS) et des pôles de sante ? Quel sera le cout véritable du déploiement de ces structures ? En cas d'échec de ces dispositifs, quelles seront les alternatives pour maintenir dans certains territoires de sante 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.

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 dévolu 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

Dix-huit mois 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 de 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 decloisonnement 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 manoeuvre 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, élus 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.

*Clemence Freger et Helene Charrondiere, pour Direct Research,
Laurence Mouillet, Anouk Cambonie et Arnaud Emeriau, pour nile, mai 2011*

INDICATEURS DE SUIVI DE LA REGIONALISATION DU SYSTEME DE SANTE

DOMAINE		INDICATEUR	OBJECTIF DE L'INDICATEUR
Le décloisonnement du système de santé	1.1	Nombre de priorités transversales aux différents schémas constitutifs du Projet Régional de Santé financées par des lignes budgétaires spécifiques à chaque secteur de santé	Mesurer la cohérence entre les priorités affichées dans le PRS (notamment au sein de chaque schéma) et leur inscription au niveau budgétaire
	1.2	Part des Communautés Hospitalières de Territoires créées pour des motifs de « coopération-isolement », « coopération-efficience », « coopération-filière »	Identifier le motif de création d'une Communauté Hospitalière de Territoire sur un territoire
	1.3	Composition des Maisons de Santé Pluridisciplinaires créées depuis le 2 avril 2010	Analyser l'impact de la création d'une Maison de Santé Pluridisciplinaire sur le parcours de soins des patients sur un territoire donné
	1.4	Taux de collectivités territoriales engagées dans un processus de Contrat Local de Santé, n'étant ni engagées dans une conférence de territoire, ni dans un projet actif de politique de la ville	Identifier les collectivités territoriales engagées dans un processus de Contrat Local de Santé
L'information des patients	2.1	Part des programmes d'Education Thérapeutique du Patient créés à l'initiative du secteur ambulatoire et à l'initiative conjointe du secteur ambulatoire et hospitalier	Identifier la part de programmes d'éducation thérapeutique du patient créés à l'initiative du secteur ambulatoire et conjointement à l'initiative des secteurs ambulatoire et hospitalier
	2.2	Degré de perception de la place et du rôle joué par les associations de patients au sein de la Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie	Analyser directement auprès des associations, leur ressenti par rapport à leur rôle et leur place au sein de la CRSA
Les relations entre les acteurs	3.1	Nombre de programmes territoriaux de santé élaborés par les conférences de territoire d'une région	Identifier les programmes territoriaux de santé existants en région
L'externalisation des activités hospitalières	4.1	Nombre et diversité des activités de télémédecine mises en place et validées par les ARS	Mesurer l'impact des programmes de télémédecine développés sur le parcours de soins du patient
	4.2	Taux de pharmacies d'officine participant au dispositif d'hospitalisation à domicile sur un territoire	Comparer l'implication des pharmacies d'officine et des pharmacies à usage intérieur dans le dispositif d'hospitalisation à domicile sur un
	4.3	Nombre de nouveaux projets mis en place par les Observatoires des Médicaments, des Dispositifs Médicaux et de l'Innovation Thérapeutique (OMEDITs) dans les domaines du sanitaire et du médico-social (à l'exclusion des projets touchant à leur mission traditionnelle)	Analyser la mise en place de l'extension du domaine de compétence des OMEDITs dans les domaines du sanitaire et du médico-social