



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

« La justice sociale est une question de vie ou de mort. Elle influe sur la façon dont les gens vivent et sur le risque de maladie et de décès prématuré auquel ils sont exposés. On observe au sein même des pays de très grandes différences d'état de santé qui sont étroitement liées à la condition sociale.

Ces inégalités de santé, qui pourraient être évitées, tiennent aux circonstances dans lesquelles les individus grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi qu'aux systèmes de soins qui leur sont offerts. A leur tour, les conditions dans lesquelles les gens vivent et meurent dépendent de forces politiques, sociales et économiques.

Les politiques sociales et économiques déterminent en grande partie les chances qu'a un enfant de se développer pleinement et de mener une vie épanouie. »

Commission des Déterminants sociaux de la Santé, Organisation Mondiale de la Santé, 2008.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
1. LA LOI « HOPITAL, PATIENTS, SANTE, TERRITOIRES » ET LES COLLECTIVITES TERRITORIALES.....	2
1.1. HISTORIQUE DE LA LOI « HOPITAL, PATIENTS, SANTE, TERRITOIRES »	2
1.1.1. <i>Le contexte</i>	2
1.1.2. <i>Les rapports et études préalables à la loi</i>	5
1.1.3. <i>La loi en quatre titres</i>	6
1.2. L'AMENAGEMENT SANITAIRE ET SOCIAL DES TERRITOIRES	9
1.2.1. <i>Comment la loi propose-t-elle de répondre au problème de la désertification médicale ?</i>	9
1.2.2. <i>La santé, un droit opposable ?</i>	12
1.2.3. <i>Le renforcement des instances de démocratie sanitaire</i>	14
1.3. UNE NOUVELLE CONCEPTION DE LA GOUVERNANCE DE LA POLITIQUE MEDICO-SOCIALE ET SANITAIRE EN REGION	16
1.3.1. <i>La création des ARS</i>	16
1.3.2. <i>Une nouvelle gouvernance pour les hôpitaux</i>	18
1.4. LA FORMATION, L'OBSERVATION ET LA PREVENTION DANS LA LOI.....	21
1.4.1. <i>La loi de santé publique de 2004</i>	21
1.4.2. <i>La loi HPST</i>	22
2. LA PARTICIPATION DU CONSEIL REGIONAL DE BOURGOGNE A LA SANTE PUBLIQUE	23
2.1. BOURGOGNE, POPULATION, TERRITOIRE.....	23
2.1.1. <i>La santé des Bourguignons : tendances constatées sur les territoires</i>	23
2.1.2. <i>L'offre de soins en Bourgogne</i>	25
2.1.3. <i>L'information sur les besoins</i>	28
2.1.4. <i>Les préconisations de l'avis du CESR de 2005 « le rôle de la Région en matière de santé »</i>	29
2.2. LES FORMATIONS SANITAIRES ET SOCIALES : ETAT DES LIEUX D'UN TRANSFERT	30
2.2.1. <i>Ce que la Région a mis en œuvre depuis le transfert des formations sanitaires et sociales</i>	30
2.2.2. <i>Des marges de progression</i>	34
2.3. L'AMENAGEMENT DU TERRITOIRE : LA REGION ENGAGEE	36
2.3.1. <i>Les incitations à l'installation des professionnels de santé</i>	37
2.3.2. <i>La mise en place des maisons de santé en Bourgogne : des projets de santé pour les territoires</i>	41
2.3.3. <i>Les autres interventions régionales pour permettre un accès aux soins sur tous les territoires</i>	44
2.4. LA RECHERCHE, LA PREVENTION	44
2.4.1. <i>La recherche</i>	44
2.4.2. <i>La prévention</i>	45
3. L'OBSERVATION DES BESOINS ET DES DETERMINANTS DE SANTE ET LA PREVENTION : DE VERITABLES ENJEUX DE SANTE PUBLIQUE.....	46
3.1. LES DETERMINANTS DE SANTE A L'ORIGINE DE LA MAJORITE DES BESOINS DE SANTE	46
3.1.1. <i>Une prise en compte progressive des déterminants de santé dans les politiques</i>	46
3.1.2. <i>L'observation des déterminants et des besoins de santé en amont de la prise de décision</i>	47
3.1.3. <i>Sur quels déterminants de santé peut agir le Conseil régional ?</i>	49
3.2. LA PREVENTION : UN CHAMP D'ACTION A PRIVILEGIER	49
3.2.1. <i>Les disparités dans les politiques de prévention</i>	49
3.2.2. <i>La prévention en Bourgogne : une multitude de projets</i>	50
4. CONCLUSION	51
BIBLIOGRAPHIE	52
ANNEXE 1 : LES PROFESSIONS ET LES FORMATIONS PARAMEDICALES.....	54
ANNEXE 2 : LES PROFESSIONS ET LES FORMATIONS SOCIALES.....	56
ANNEXE 3 : LE FINANCEMENT DES MAISONS DE SANTE PAR LA REGION	57
ANNEXE 4 : LA LOI « HOPITAL, PATIENTS, SANTE, TERRITOIRES » ET LES COLLECTIVITES TERRITORIALES.....	58

REMERCIEMENTS

AUX PERSONNES AUDITIONNEES

Geneviève AVENARD, directrice générale de l'ACODEGE
Guy ANDRIOT, représentant de la CGT à la CPAM 21 et à l'URCAM
Michel ANTONY, président de la Coordination nationale des comités de défense et de promotion des hôpitaux et maternités de proximité
Nathalie ARNOULD, médecin de la Mutualité française Côte-d'Or Yonne
Nicole BOSSON, présidente de l'Ordre départemental des sages-femmes
Anne BUTARD, ingénieur de recherche en économie de la santé – Université Jean Moulin LYON 3
Hélène CHAMBLIN, permanente de la Fédération des hôpitaux de France
Frédéric COCQUEMPOT, chef de Pôle, service des urgences, Centre hospitalier de Sens
Christelle CORDIER, coordinatrice des formations sanitaires et sociales – Conseil régional de Bourgogne
Jean-Luc DEBARD, directeur de l'IRTESS
Emmanuel DEBOST, trésorier de l'Union régionale des médecins libéraux (URML)
Bernard DESBROSSES, président de l'Union départementale des associations familiales de Saône-et-Loire
Professeur Jean-Pierre FAVRE, président de l'Observatoire régional de la santé et de la Conférence régionale de santé de Bourgogne
Guy FERREZ, maire d'Auxerre
Jean-François GALLICE, Comité de Châtillon-sur-Seine de la Coordination nationale des comités de défense des hôpitaux et maternités de proximité
Jean GAUDEFROY, vice-président du Comité de Clamecy de la Coordination nationale des comités de défense des hôpitaux et maternités de proximité
Michel GAUDRY, vice-président du Comité de Decize de la Coordination nationale des comités de défense des hôpitaux et maternités de proximité
Pierre GUILLAUME, président du Comité de Decize de la Coordination nationale des comités de défense des hôpitaux et maternités de proximité
Jean-Paul GUYOT, directeur de l'Union départementale des associations familiales de Saône-et-Loire
Jean-Louis HUSSONNOIS, Conseiller régional
Didier JAFFRE, secrétaire général de l'Agence régionale de l'hospitalisation de Bourgogne
Joëlle KOZLOWSKI, directrice de l'IFSI de Nevers
Florence LE METAYER, chargée de la gestion et de l'animation des politiques en matière de santé au Conseil régional de Bourgogne
Bernadette LEMERY, directrice de l'Observatoire régional de la santé de Bourgogne
Pascale de MAURAIGE, présidente de la Communauté de communes de la Puisaye nivernaise, Conseillère générale, maire d'Arquian (58)
Isabelle MILLOT, directrice du Collège régional d'éducation pour la santé (CORES)
Michel MOREAUX, CFDT Santé sociaux
Robert MORY, président du Comité de Clamecy de la Coordination nationale des comités de défense des hôpitaux et maternités de proximité
Frédérique MUGNIER, représentante de la CGT, cadre de santé
Françoise NAY, vice-présidente de la Coordination nationale des comités de défense des hôpitaux et maternités de proximité
Odette NORMANT, syndicat Force ouvrière du CHU de Dijon
Christian PAUL, député, vice-président du Conseil régional, président de la Commission d'information parlementaire sur l'offre de soins
Daniel PARIS, maire de Sens
Matthieu PICARD, directeur adjoint de l'Union régionale des médecins libéraux (URML)

Pierre-Charles PONS, directeur général du Centre hospitalier régional universitaire du Bocage
Patrice RICHARD, directeur régional des affaires sanitaires et sociales de Bourgogne
Jean-Marie ROLLAND, député, président du Conseil général de l'Yonne
Pierre ROUTHIER, directeur de l'Union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM)
Roger SAGET, vice-président du Comité de Châtillon-sur-Seine de la Coordination nationale des comités de défense des hôpitaux et maternités de proximité
Françoise TENENBAUM, vice-présidente du Conseil régional chargée de la santé publique et des établissements de soins, adjointe déléguée à la solidarité et à la santé à la mairie de Dijon
Sophie VALDENNAIRE-RATTO, directrice de l'Aménagement du territoire et de l'habitat au Conseil régional de Bourgogne
Martine WESOLEK, présidente de l'Union départementale des associations familiales de la Nièvre

COMMISSION N° 4
« POLITIQUES SOCIALES, POLITIQUES DE LA VILLE ET DE L'HABITAT, POLITIQUES DE LA SANTE ET DU SPORT,
POLITIQUES CULTURELLES ET LOISIRS »

Président : **Jean PIRET**, représentant des Organismes culturels (culture vivante)

Vice-président : **Daniel MARTIN**, représentant de la CFTC

Secrétaire : **Nicole AUTISSIER**, Personnalité qualifiée

Membres :

Maryannick BINET, représentante de la CFDT

Maurice BOLLARD, représentant de l'Union régionale des associations de parents de personnes handicapées mentales et de leurs amis (URAPEI) et du Centre régional d'études et d'actions sur les handicaps et les inadaptations (CREAL)

Daniel EVEILLEAU, représentant des Associations caritatives

Pierre GUEZ, représentant du pôle de compétitivité VITAGORA et de la Fédération régionale des coopératives agricoles (FRCA)

Pierre MAILLARD, secrétaire de la Confédération nationale du logement (CNL)

Michel MARTIN, représentant de la Mutualité Française de Bourgogne

Jean-Pierre PAPET, représentant du Comité régional olympique et sportif (CROS)

Jean PERRIN, représentant de l'Union nationale de la propriété immobilière (UNPI)

Isabelle RAUSZER, représentante de la CGT

Anne TANGUY, Personnalité qualifiée

Membres associés :

Charles BARRIERE, représentant de l'Union nationale des associations de professions libérales (UNAPL), secteur médical.

Jean-Louis BILLET, représentant de la CGT-FO

Philippe DORMAGEN, représentant de la FSU

Noël GILIBERT, représentant de l'Union régionale des Associations Familiales

Nadège LAFRANCHISE, représentante des aînés ruraux

Eric TAUFFLIEB, représentant des associations de consommateurs membres du Centre technique régional de la consommation (CTRC)

LISTE DES ABREVIATIONS

ACODEGE	Association côte-d'orientale de développement et de gestion
ARH	Agence régionale de l'hospitalisation
ARF	Association des Régions de France
ARS	Agence régionale de santé
AVC	Accident vasculaire cérébral
CAF	Caisse d'allocations familiales
CAM	Comité d'aide médicale
CEFIEC	Comité d'entente des formations infirmières et cadres
CHRU	Centre hospitalier régional universitaire
CHT	Communauté hospitalière de territoire
CHU	Centre hospitalier universitaire
CLIC	Comité local d'information et de coordination gérontologique
CME	Commission médicale d'établissement
CMU	Couverture maladie universelle
CMUC	Couverture maladie universelle complémentaire
CNAMTS	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CNS	Conférence nationale de la santé
CODES	Comité départemental d'éducation pour la santé
COMEX	Commission exécutive
CORES	Collège régional d'éducation pour la santé
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CREAI	Centre régional d'études sur les inadaptations et les handicaps
CRAM	Caisse régionale d'assurance maladie
CRIFAD	Centre régional des institutions pour la formation des aides à domicile
CROSMS	Comités régionaux de l'organisation sociale et médico-sociale
CROUS	Centre régional des œuvres universitaires et scolaires
CRS	Conférence régionale de la santé
CSG	Contribution sociale généralisée
DDASS	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DEAS	Diplôme d'Etat d'aide-soignant
DEAV	Diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale
DEEJE	Diplôme d'Etat d'éducateur de jeunes enfants
DEES	Diplôme d'études supérieures spécialisées
DETISF	Diplôme d'Etat de technicien de l'intervention sociale et familiale
DGE	Dotations globales d'équipement
DRASS	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
EPS	Etablissement public de santé
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
FNADT	Fonds national d'aménagement et développement du territoire
FSE	Fonds social européen

GCS	Groupement de coopération sanitaire
GIP	Groupement d'intérêt public
GRSP	Groupement régional de santé publique
HCAAM	Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie
HCSP	Haut comité de la santé publique
HPST	Hôpital patients santé territoires
IFAS	Institut de formation des aides-soignants
IFSI	Institut de formation en soins infirmiers
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
INCA	Institut national de cancer
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
INVS	Institut national de veille sanitaire
IRTESS	Institut régional supérieur du travail éducatif et social
LMD	Licence master doctorat
MRS	Mission régionale de santé
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONDAM	Objectif national de dépenses de l'assurance maladie
ONDPS	Observatoire national de la démographie des professions de santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ORS	Observatoire régional de la santé
PRDF	Plan régional de développement des formations
PRS	Programme régional de santé publique
SAMU	Service d'aide médicale urgence
SMUR	Service mobile d'urgence et de réanimation
SROMS	Schéma régional d'organisation médico-sociale
SROS	Schéma régional d'organisation sanitaire
SRP	Schéma régional de la prévention
T2A	Tarifcation à l'activité
TER	Transport express régional
TIC	Technologies de l'information et de la communication
URAPEI	Union régionale des associations de parents et amis de personnes handicapées mentales
URCAM	Union régionale des caisses d'assurance maladie
URML	Union régionale des médecins libéraux de Bourgogne
URPS	Union régionale des professionnels de santé
VAE	Validation des acquis et de l'expérience

INTRODUCTION

Le système de santé français, de par son fonctionnement socialisé et public garantit à ses usagers une couverture de santé plus large que celle de la plupart des pays du monde. Les indicateurs de santé collectés par l'OMS -mortalité infantile, espérance de vie- distinguent la France chaque année. Pourtant, les Français se disent préoccupés pour leur santé et la qualité des soins qui leur sont prodigués. La désertification médicale cristallise les inquiétudes, car elle accroît les distances entre les patients et les professionnels de santé. Des inégalités de santé apparaissent plus saillantes en France que dans les autres pays européens : l'espérance de vie d'un cadre et d'un manoeuvre de 35 ans présente un écart de 9 ans ; un habitant d'Ile-de-France a une espérance de vie de 5 ans supérieure à un habitant du Nord-Pas-de-Calais.

La loi « Hôpital, patients, santé, territoires » se nourrit de ces constats et tente d'y répondre par une nouvelle organisation sanitaire. Le Président du Conseil régional de Bourgogne a souhaité, par sa lettre de saisine en date du 7 janvier 2009, recueillir l'avis du CESR sur ce qu'impliquerait cette loi pour les Régions. La saisine portait initialement sur le positionnement des Régions par rapport à la mise en place des Agences régionales de santé. Elle a été élargie par la suite, en accord avec les services de la Région, au texte de loi dans son ensemble, afin de pouvoir prendre en considération les mesures contenues dans le texte, notamment en matière d'accès aux soins ou d'aménagement sanitaire du territoire.

Présentée à l'Assemblée nationale le 22 octobre 2008, débattue entre janvier et juin 2009, adoptée les 23 et 24 juin 2009 et publiée au journal officiel du 22 juillet, la loi « HPST » s'apprête à entrer dans sa phase d'application. Le CESR a travaillé en parallèle des débats parlementaires. Ce contexte de travail pour le moins inédit, et a priori difficile, a donné lieu à la volonté de se concentrer sur ce qui permettrait à la Région de participer pleinement aux nouvelles instances de décision et de coopération sanitaire. Ce sujet se situe au cœur des préoccupations du CESR qui, au travers d'avis successifs (« Vieillesse de la population bourguignonne et prise en charge de la dépendance : évolution des besoins de santé et de formation »¹, « La santé en Bourgogne au vu des réformes en cours »²), a formulé de nombreuses propositions, dont certaines ont été suivies d'effet.

Dans son avis consacré au rôle de la Région en matière de santé rendu au Président du Conseil régional en octobre 2005, le CESR de Bourgogne invitait les collectivités et acteurs publics à une prise en charge globale du patient et à une collaboration entre professionnels des secteurs sanitaires, sociaux, médicaux-sociaux inscrite dans le cadre d'un projet de santé sur un territoire.

Les Agences Régionales de Santé, créées par la loi « HPST » dans chaque région, devraient permettre de réunir au sein d'une même institution, les secteurs sanitaires et médico-sociaux, mais également les domaines de l'observation et de la prévention, pour une prise en charge globale et continue du patient.

Les Régions auront toute légitimité pour participer aux politiques de santé publique au sein et aux côtés de l'ARS. Ce rapport a pour objet de présenter les dispositions et les motivations de la loi, le rôle actuel de la Région Bourgogne en matière de santé et les modes d'intervention qui s'ouvrent à elle pour contribuer aux politiques de santé publique.

¹ Avis du CESR du 26 septembre 2002, rapporteur : Charles BARRIERE.

² Communication du CESR du 16 juin 2004, rapporteur : Michel MARTIN.

1. LA LOI « HOPITAL, PATIENTS, SANTE, TERRITOIRES » ET LES COLLECTIVITES TERRITORIALES

1.1. HISTORIQUE DE LA LOI « HOPITAL, PATIENTS, SANTE, TERRITOIRES »

L'argumentation de la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » se fonde sur divers constats relevés par des travaux préparatoires :

- le système de santé français n'est pas assez efficace eu égard à son objectif d'offrir des soins de qualité à l'ensemble de la population ;
- il n'est pas assez efficient, la croissance des dépenses étant mal contrôlée et peu soutenable ;
- le manque de coordination entre les services de l'État, de l'Assurance maladie, les Agences régionales de l'hospitalisation, les soins de ville et les secteurs médico-sociaux contribue à accroître les difficultés ;
- ce pilotage éclaté favorise une approche trop cloisonnée de la réponse aux besoins de santé.

1.1.1. Le contexte

1.1.1.1. Les principes fondamentaux qui ont présidé à la création du système de santé français

Le système de santé français est basé sur trois principes fondamentaux introduits principalement par l'ordonnance du 4 octobre 1945 fondatrice de la sécurité sociale :

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

L'assurance maladie permet à chacun de se faire soigner selon ses besoins, quels que soient son âge et ses niveaux de ressource. L'accès à la santé est un droit pour chaque individu au même titre que le droit à l'éducation, au logement, à l'énergie. Il revient à l'État de garantir cet accès à chacun, dans le cadre de la solidarité nationale, socle fondamental de la sécurité sociale.

1.1.1.2. Le système de santé français : le meilleur du monde ?

Le rapport annuel de l'OMS, rendu public en juin 2000, plaçait le système de santé français à la première place de son classement, à partir de quatre indicateurs : l'espérance de vie, les disparités de santé au sein de la population, le bon fonctionnement du système, et le niveau de satisfaction qu'il suscite chez les malades. Le même rapport, paru en 2009, continue à distinguer le système de santé français. Sur le critère de la mortalité infantile, la France, avec 4 décès pour 1 000 naissances, présente une valeur bien meilleure que la moyenne mondiale (67) et même européenne (15). L'espérance de vie à la naissance en France est parmi les plus élevées du monde avec 77 ans pour les hommes et 84 ans pour les femmes, et celle-ci ne cesse d'augmenter. Au cours des vingt dernières années, elle s'est accrue de trois mois par an.

L'une des principales mesures recommandées par les rapports de l'OMS est la couverture d'un pourcentage maximum de la population par l'assurance maladie. Tandis que les dépenses de santé privées ne représentent que 25 % en moyenne dans les pays industrialisés, grâce à la couverture de

santé universelle (sauf aux États-Unis où elles sont de 56 %), en Inde, les familles paient généralement 80 % de leurs dépenses de santé lorsqu'elles se font soigner.

En France au contraire, 75.5 %³ des dépenses de santé sont prises en charge par la sécurité sociale, 7.7 % par les mutuelles, 6 % par les sociétés d'assurance et instituts de prévoyance, 1.3 % par la couverture maladie universelle complémentaire et 9.4% par les ménages. Le taux supporté directement par les ménages est passé de 9.6 % en 1995 à 9.4 % en 2008.

Si le système de santé français est reconnu et cité en exemple, il rencontre des problèmes structurels importants qui inquiètent les assurés sociaux : le baromètre des préoccupations des Français fait apparaître depuis plusieurs années que la santé et la qualité des soins constituent le troisième facteur de crainte évoqué, après le chômage et le pouvoir d'achat.

« Le système de santé français, que l'on croyait être le meilleur du monde, est en train de craquer » déclare Christian PAUL⁴, député de la Nièvre et président de la mission d'information parlementaire consacrée à l'offre de soins.

Des observateurs notent une accentuation des inégalités d'accès à la santé, à la fois géographiques et sociales. **Dans le Nord-Pas-de-Calais, le taux de décès avant 65 ans est de moitié supérieur à celui des régions Midi-Pyrénées ou Rhône-Alpes, l'espérance de vie des hommes y est de 5 ans inférieure à celle constatée en Ile-de-France⁵. A 35 ans, les ingénieurs ont une espérance de vie de 9 ans supérieure à celle des manœuvres, ce qui est bien supérieur aux écarts constatés dans les autres pays européens comparables.⁶**

La France est avec le Portugal le pays d'Europe où la mortalité prématurée réduit le plus l'espérance de vie à la naissance⁷. Cette mortalité accuse des liens forts avec la situation géographique, le sexe (elle est 2 à 3 fois plus forte chez les hommes) et les conditions sociales. Les indicateurs agrégés de mortalité suggèrent qu'environ la moitié de cette mortalité pourrait être diminuée soit par un meilleur usage du système de soins pour moins de 20 % des cas, soit par une meilleure prévention des comportements à risque pour un tiers en cause dans la mortalité précoce. Les politiques portant sur les déterminants de santé, agissant sur les conditions de vie et de travail, potentiellement mises à mal dans le contexte de crise économique actuel, contribuent au recul de la mortalité précoce.

Une enquête rendue publique en septembre 2008, portant sur les difficultés d'accès à la santé, révèle qu'en raison de leur coût, près de deux Français sur cinq ont renoncé à des soins, cette proportion montant à **52 % dans les foyers les plus pauvres (moins de 1 200 € nets par mois).⁸ L'étude montre également que 17 % des Français ont déjà renoncé à une consultation chez un médecin pour des raisons d'éloignement géographique.**

« Les usagers ont l'impression d'un abandon, d'un système qui fixe des objectifs d'économie au détriment de la qualité des soins ». Martine WESOLEK, présidente de l'Union départementale des associations familiales de la Nièvre.⁹

³ Les comptes nationaux de la santé en 2008, études et résultats, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) ministère de la Santé.

⁴ Le Monde du 1^{er} octobre 2008.

⁵ « L'état de la santé de la population en France en 2006 », DREES, la documentation française, Paris, 2007.

⁶ Leclerc A, Fassin D, Grandjean H, Kaminski M, Lang T « Les inégalités sociales de santé », Inserm, La Découverte, Paris, in *Les inégalités de santé en France en 2006 : éléments de l'état des lieux*.

⁷ Haut comité de la santé publique, la santé en France, 2002, la documentation française, Paris, 2002.

⁸ « Baromètre de la pauvreté », enquête rendue publique le 25 septembre 2008, IPSOS, Secours populaire français.

⁹ Audition du 19 mai 2009 au CESR.

La loi « Hôpital, patients, santé, territoires » et les débats qui l'entourent se nourrissent de ces constats et de ces ressentis.

1.1.1.3. La maîtrise des dépenses de santé

Le montant des dépenses de santé en France s'élève à 215 milliards d'€, représentant 11 % du PIB, la situant au troisième rang mondial des pays consacrant la plus grande part de leurs richesses à la santé, après les États-Unis et la Suisse. Causée surtout par les progrès des techniques médicales et par l'évolution démographique de la population, la croissance des dépenses de santé est continue et supérieure chaque année à celle de la richesse nationale. Les difficultés de financement de la progression, même maîtrisée, des dépenses de soins posent le problème de la pérennité des régimes de protection sociale et, à terme, du système de santé français.

Basé sur deux modèles historiques : le modèle bismarckien, où prévaut le principe d'assurance liée au travail, et le modèle beveridgien, où la protection généralisée est fondée sur la solidarité, ce système mixte a deux sources de financements : les cotisations sociales et l'impôt. Le modèle français, caractérisé par son fonctionnement socialisé et public, s'oppose ainsi au modèle américain entièrement libéralisé.

Si la part des cotisations sociales a eu tendance à baisser ces dernières années¹⁰, la mise en place de la CSG et de taxes affectées a augmenté la part de l'impôt dans le financement de la protection sociale¹¹. Comme l'indique le rapport du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie, le législateur exclut désormais un nouvel élargissement de ces deux ressources : « (...) On ne peut, compte tenu du poids des prélèvements obligatoires, accepter une forte progression des recettes »¹².

Depuis la création de l'Objectif national de dépenses de l'assurance maladie (ONDAM) en 1996¹³, des mesures ont été appliquées pour mieux maîtriser les dépenses de santé : tarification à l'activité « T2A » dans les établissements de santé, promotion des médicaments génériques, accords avec les professionnels de santé pour des prescriptions plus justes, notamment en matière d'arrêts maladie ou de transports médicalisés, et plus récemment, mise en œuvre de franchises médicales.

Pierre ROUTHIER, directeur de l'URCAM de Bourgogne et de la CPAM de Côte-d'Or, résume le contexte financier dans lequel s'inscrivait l'examen du projet de loi « Hôpital, patients, santé, territoires » :

« En 1996, année du plan Juppé, l'Assurance Maladie enregistrait un déficit de 15 milliards de francs. Lors de la réforme Douste Blazy de 2004, on constate un déficit de 15 milliards d'euros, sur l'ensemble des branches de la sécurité sociale. Les enjeux financiers sont colossaux. Fin 2008, le déficit global de l'assurance maladie atteint 4.8 milliards d'euros. Le déficit a donc baissé de 60 %, pour plusieurs raisons (franchises médicales, accord signé entre les médecins et les caisses d'Assurance maladie sur des objectifs chiffrés de maîtrise des dépenses, pénétration des génériques). En 2009, le déficit se creusera considérablement de 8 milliards d'ici la fin de l'année, car les recettes des entreprises, avec la crise, sont en diminution constante. **L'efficacité dans la santé signifie : le meilleur soin au coût adapté.** Dans les recommandations à faire, on ne peut pas échapper à cette dimension de la maîtrise médicalisée des dépenses. »

Pour autant, il convient de relativiser l'accroissement des dépenses de santé au regard du vieillissement de la population et de l'accroissement des maladies chroniques : la part de la

¹⁰ Constituant désormais 52 % des ressources de l'Assurance maladie.

¹¹ Passée entre 1990 et 2006 de 3,5 à 21 %, et représentant aujourd'hui 45 % des recettes de l'Assurance maladie.

¹² Rapport du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, juillet 2007.

¹³ L'ONDAM a été créé par la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale du 22 juillet 1996 en vue de renforcer le contrôle des pouvoirs publics, notamment du parlement, sur les dépenses de santé.

consommation et de biens médicaux dans le PIB se stabilise à 8.7 % du PIB, sa croissance semblant s'être même nettement ralentie en 2008 avec + 2.8 % contre + 3.4 % en 2007.

Pour remédier à la situation financière dégradée de l'Assurance maladie, la priorité affichée par le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie passe avant tout par le choix d'une gestion active du panier de soins et la recherche de gains d'efficacité.

Les rapports BUR¹⁴ et RITTER¹⁵ présentés en 2008 et consacrés aux Agences régionales de santé ouvrent leurs propositions en prônant une meilleure organisation du système de santé pour le rendre moins dépensier et plus efficace : « C'est pourquoi votre rapporteur considère que la réforme du système de santé doit viser avant tout à renforcer son efficacité, condition de sa viabilité » (rapport dit « BUR »). « Au-delà de l'équilibre des comptes de l'Assurance maladie, c'est donc bien la pérennité même de notre système de santé qui est en jeu, et qui impose une amélioration forte de son efficacité » (rapport dit RITTER).

« Efficacité » que tenteront de mettre en œuvre les Agences régionales de santé pour pallier « aux problèmes d'organisation institutionnelle et à l'insuffisance d'outils » évoqués par Philippe RITTER dans son rapport.

1.1.2. Les rapports et études préalables à la loi

Le projet de loi « Hôpital, patients, santé, territoires » a été précédé de plusieurs rapports, nourris pour certains de nombreuses auditions d'acteurs de terrain, et livrant une analyse exhaustive du système de santé français.

1.1.2.1. Le rapport « Ritter »

Le rapport du préfet honoraire Philippe RITTER, remis à Roselyne BACHELOT-NARQUIN le 6 février 2008, propose plusieurs scénarios et un plan d'action pour la création des ARS dès le premier trimestre 2009, dont un bon nombre d'éléments ont été retenus dans le projet de loi. **Il s'agit pour l'ancien directeur de l'Agence régionale d'hospitalisation (ARH) d'Ile-de-France, d'« une des plus importantes réformes institutionnelles de ces dernières décennies ».**

1.1.2.2. Le rapport « Bur »

La mission d'information sur les ARS constituée au sein de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, a été associée à la préparation du projet de loi « Hôpital, patients, santé, territoires » en amont de sa phase législative. **Pour les besoins de ce travail parlementaire, plus de 150 personnes ont été auditionnées, praticiens, représentants de salariés, représentants institutionnels, associations, etc.**

1.1.2.3. Le rapport « Flajolet »

Il existe en France de nombreuses disparités territoriales en matière de prévention sanitaire. Le nord de la France présente ainsi un taux de mortalité prématurée plus élevé avec des causes de décès liés à des conduites à risques : alcoolisme, tabagisme...

A l'automne 2007, le Premier Ministre a donc confié à André FLAJOLET, député du Pas-de-Calais, une mission relative aux disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire, dont les

¹⁴ 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, et présenté par Monsieur Yves BUR, député, 6 février 2008.

¹⁵ Rapport sur la création des agences régionales de santé (ARS) présenté à Madame Roselyne BACHELOT-NARQUIN, ministre de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, par Monsieur Philippe RITTER, préfet honoraire, janvier 2008.

conclusions ont été rendues en avril 2008 à Roselyne BACHELOT-NARQUIN, ministre de la Santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative.

1.1.2.4. *Le rapport d'information parlementaire sur l'offre de soins*

Le rapport d'information parlementaire a été présenté par M. Marc BERNIER, député, le 30 septembre 2008, en conclusion des travaux de la mission d'information sur l'offre de soins sur l'ensemble du territoire. La mission a choisi de concentrer ses travaux sur les « soins de premier recours », dits aussi « soins primaires ». Elle introduit ses travaux, alimentés par plus de cent auditions de terrain, par ce constat :

« Dans un nombre croissant de nos territoires, qu'il s'agisse d'espaces ruraux ou de zones urbaines sensibles, l'accès à un médecin, un chirurgien-dentiste ou une infirmière devient de plus en plus difficile, notamment aux horaires de la permanence de soins. De plus, dans ces territoires comme dans certaines villes, il est tout aussi difficile d'obtenir une consultation spécialisée dans un délai raisonnable. A l'inverse, dans les zones sur-dotées en offre de soins, les dépassements d'honoraires pratiqués par les professionnels sont parfois tels, que les patients rencontrent de véritables difficultés financières d'accès aux soins. Ainsi, force est de constater que les Français ne sont pas égaux dans l'accès aux soins. Pire, si aucune mesure n'est prise à court terme, ces difficultés s'aggraveront, du fait de la pénurie des professionnels de santé qui résulte d'une gestion très restrictive des numéros clausus dans les années 1980 et 1990. »¹⁶

1.1.2.5. *Le rapport « Larcher »*

Gérard LARCHER a remis, le 10 avril 2008, au président de la République son rapport sur les missions de l'hôpital, dont la proposition phare est la création de communautés hospitalières.

Le rapport propose, sur le modèle des communautés de communes et d'agglomérations, de créer des « communautés hospitalières de territoires » (CHT).

1.1.2.6. *Le rapport « Marescaux »*

En plein débat parlementaire du projet de loi « Hôpital, patients, santé, territoires », la Commission Marescaux, chargée à l'automne 2008 de repenser le modèle des Centres hospitaliers universitaires (CHU), a rendu son rapport à Nicolas SARKOZY en mai 2009, et ce avant l'examen du texte au Sénat. Le rapport fait apparaître que les comptes de ces établissements se sont rapidement dégradés, avec 24 CHU sur 27 en déficit en 2007.

1.1.3. La loi en quatre titres

Adoptée le 23 juin 2009 par l'Assemblée Nationale, et le 24 juin par le Sénat, publiée au journal officiel du 22 juillet 2009, la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » était examinée depuis le début de l'année 2009 par les parlementaires. Plus de 1 300 amendements ont été débattus en séances parlementaires de février à avril, pour être ensuite discutés par le Sénat à partir de mai.

A travers ses quatre titres, la loi entend répondre à quatre grands défis :

- un défi de santé publique, avec **le poids grandissant des pathologies chroniques ou encore des conséquences du vieillissement de la population** ;

¹⁶ 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.

- un défi économique avec l'**indispensable équilibre des dépenses et des ressources**, et l'impérieuse amélioration de l'efficacité des dépenses dans le secteur hospitalier particulièrement ;
- **un défi d'accès aux soins sur l'ensemble du territoire** avec l'augmentation des inégalités face à la santé, et le risque de voir apparaître des déserts médicaux dans les zones rurales et périurbaines ;
- **un défi d'organisation : l'enchevêtrement actuel des compétences nuit à l'efficacité et à la lisibilité du système.**

1.1.3.1. La modernisation des établissements de santé

Pour améliorer le fonctionnement des établissements de santé, **la loi redéfinit dans son titre II les missions de service public**, et introduit notamment des garanties et obligations attachées aux missions de service public : égalité d'accès aux soins (notamment pour les personnes en situation de précarité, accueil 24h/24h, respect d'un tarif opposable pour la permanence des soins et les urgences).

En cas de déficience d'offre hospitalière à tarif opposable, l'ARS peut imposer aux établissements privés une limitation du secteur 2. Les missions de service public seront insérées dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) conclu entre l'établissement et l'Agence Régionale de Santé.

Les catégories d'établissements de santé et leur gouvernance sont clarifiées : au niveau des établissements publics ; une seule catégorie est créée, celle des centres hospitaliers à la place des catégories antérieures de centre hospitalier et hôpital local. **De nouvelles instances de pilotage sont mises en place** : Conseil de surveillance, directoire ; le rôle du directeur d'établissement est renforcé. Les missions de la commission médicale d'établissement (CME) sont orientées davantage vers l'organisation médicale générale de l'établissement.

La loi comprend enfin la mise en place de communautés hospitalières de territoires, pour favoriser les coopérations entre établissements.

1.1.3.2. 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** ».

Tout d'abord, le rôle « pivot » du médecin généraliste est affirmé en termes de soins de premier recours et de participation à la permanence des soins.

La permanence des soins ambulatoires est transférée des préfets aux ARS. Les refus de soins sont limités pour les médecins et les dentistes : désormais, la preuve d'un refus de soins non discriminatoire sera à la charge du médecin.

L'un des enjeux majeurs du projet de loi consiste à améliorer la répartition des professionnels de santé sur le territoire. Pour ce faire, la priorité a été donnée à des mesures non contraignantes à l'égard des professionnels de santé. L'ARS sera chargée de la mise en œuvre opérationnelle de l'accès aux soins de proximité et introduira un volet ambulatoire dans le schéma régional de l'organisation des soins.

Le contrat santé solidarité, mesure controversée car paraissant pour les représentants des médecins libéraux remettre en cause le principe de la liberté d'installation, **est adopté dans la loi**. Il consiste à faire participer, à partir de 2013, les médecins des zones sur-denses aux besoins des zones sous-médicalisées.

Mesure incitative, le contrat d'engagement de service public permettra quant à lui à des 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.

Conditionnant l'accès aux soins, l'encadrement des dépassements d'honoraires a été renvoyé aux négociations entre la Sécurité Sociale et les organisations représentatives des médecins.

1.1.3.3. La prévention et la santé publique

La loi « HPST » énonce l'éducation thérapeutique du patient comme une priorité nationale. L'éducation thérapeutique est un ensemble de pratiques visant à permettre au patient l'acquisition de compétences, afin de pouvoir prendre en charge de manière active sa maladie, ses soins et sa surveillance, en partenariat avec ses soignants.

Cette politique de santé publique vise à responsabiliser et à autonomiser le patient, et à améliorer sa qualité de vie.

L'éducation thérapeutique s'adresse aux patients atteints essentiellement de maladies chroniques mais aussi de maladies de durée limitée (par exemple, épisodes pathologiques nécessitant un traitement anticoagulant ou antalgique prolongé). Les pathologies en cause requièrent au quotidien de la part des patients une adhésion étroite aux diverses modalités du traitement et de la surveillance afin d'éviter la survenue de complications.

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

1.1.3.4. L'organisation territoriale des systèmes de santé

Ce dernier titre de la loi « HPST » met en place l'ARS, qui apparaît comme la « clef de voûte » d'un projet animé par une vision territoriale et le souci de garantir aux usagers l'égal accès à un système de santé de qualité.

Tout d'abord, l'ARS remédie à l'enchevêtrement des compétences puisqu'elle réunit 7 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 est un acteur majeur du système de santé au niveau de la Région, puisqu'elle définit et met en œuvre la politique régionale de santé dans le respect des objectifs nationaux, afin de veiller à la gestion efficiente du dispositif sanitaire, social et médico-social. Elle doit en outre contribuer à l'ancrage territorial des politiques de santé.

Ses objectifs sont :

- **la simplification du système de santé** et l'association, au niveau régional, de l'État et de l'assurance maladie ;
- **la mise en place de nouveaux outils** pour améliorer l'efficacité du système de santé ;
- **le décloisonnement hôpital, ambulatoire et médico-social,** le secteur médico-social entrant désormais dans son champ de compétence pour une prise en charge plus coordonnée et continue des patients.

La mise en place des ARS poursuit la déconcentration du système de santé : en témoigne leur statut d'établissement public doté de l'autonomie administrative et financière (les ARH sont des GIP). Leur

directeur est nommé en Conseil des ministres, et secondé par un Conseil de surveillance réunissant des représentants de l'État, de l'assurance maladie, des collectivités locales et des usagers.

L'ARS s'appuie sur :

- **une conférence régionale de santé** chargée de participer par ses avis et propositions à la définition de la politique régionale de santé ;
- **deux commissions de coordination** des politiques associant les services de l'État, les collectivités territoriales et les organismes de sécurité sociale compétents ;
- **des conférences de territoires.**

L'ARS met en œuvre le projet régional de santé à partir :

- **du 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 directeur général de l'ARS organisera, pour chaque territoire de santé, une conférence de territoire rassemblant les différents acteurs du système de santé.

En plus des ARS, le titre IV de la loi « HPST » crée 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 (URML).

1.2. L'AMENAGEMENT SANITAIRE ET SOCIAL DES TERRITOIRES

1.2.1. Comment la loi propose-t-elle de répondre au problème de la désertification médicale ?

« Il y a des inégalités territoriales. Premièrement, une difficulté géographique d'accès aux soins de premier recours. Pour la médecine générale, on observe une baisse des vocations. Les jeunes médecins sont attirés vers les villes, par des plateaux techniques, des CHU. Les conditions de travail des médecins de campagne se sont dégradées. »¹⁷ Jean-Marie ROLLAND, député, président du Conseil général de l'Yonne, et rapporteur de la loi « HPST » à l'Assemblée Nationale.

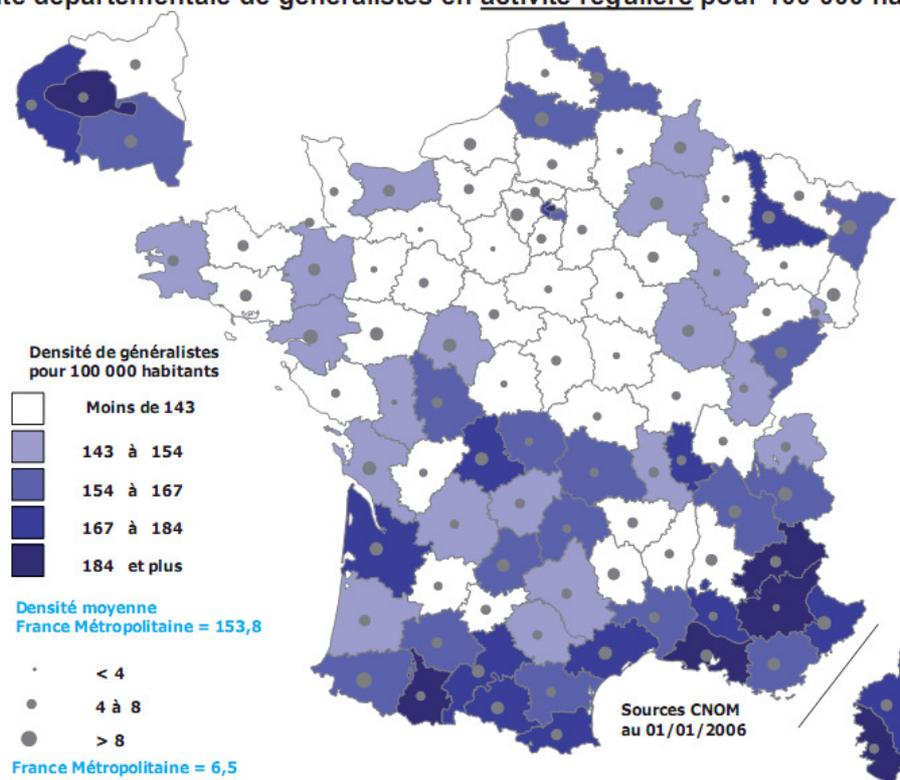
Le rapport d'information parlementaire consacré à l'offre de soins sur l'ensemble du territoire, déposé le 30 septembre 2008, fait apparaître des écarts de densité médicale allant, pour les généralistes de 1 à 1.4 entre les régions et de 1 à 2.5 entre les départements, et pour les autres spécialistes de 1 à 2 entre les régions et de 1 à 7.4 entre les départements. Il observe « Ces phénomènes révèlent des phénomènes d'héliotropisme et d'attraction de la capitale tels que, selon le rapport 2005 de l'ONDPS¹⁸ « il y a bien deux France de densité médicale ». Le rapport 2007 du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) estime que ces disparités sont encore plus « criantes » entre les communes, voire les quartiers ».¹⁹

¹⁷ Extrait d'une interview parue le 6 mai 2006 dans le Journal du Centre.

¹⁸ Office national de la démographie des professions de santé.

¹⁹ Rapport d'information parlementaire, déposé par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, en conclusion des travaux de la mission d'information sur l'offre de soins sur l'ensemble du territoire, et présenté par Monsieur Marc BERNIER, député, le 30 septembre 2008, Assemblée nationale.

Densité départementale de généralistes en activité régulière pour 100 000 habitants



1.2.1.1. Les Maisons de santé

« Les professionnels médicaux et auxiliaires médicaux exerçant dans une maison de santé élaborent un projet de santé, témoignant d'un exercice coordonné et conforme aux orientations des schémas régionaux sanitaires (...). Tout membre de la maison de santé adhère à ce projet de santé. Celui-ci est transmis pour avis à l'Agence régionale de santé. » article 14 ter alinéa 2 loi « Hôpital, patients, santé, territoires ».

La loi énonce le développement des maisons de santé comme une priorité et leur confère une base légale. Elles offrent, notamment en zone rurale, la possibilité d'avoir recours sous un même toit à l'ensemble des professions de santé, médecin généraliste, spécialiste, dentiste, infirmière, masseur-kinésithérapeute. Elles seront également intégrées dans le cadre des schémas régionaux d'organisation sanitaire.

Les maisons de santé correspondent à une attente des professionnels de santé libéraux, qui ne souhaitent plus travailler de manière isolée sur les territoires sous dotés en services médicaux. L'incitation des étudiants en médecine à réaliser des stages en milieu rural sera développée avec l'attribution de bourses, afin de donner l'envie à de jeunes praticiens de s'installer.

Jean-Marie ROLLAND, député, président du Conseil général de l'Yonne et rapporteur de la loi « HPST » au Parlement, annonçait en mai 2009 « Un schéma régional de l'offre de soins va définir, dans les trois ans de la promulgation de la loi, les endroits où encourager la création des maisons médicales ».

Christian PAUL, député, président de la Commission d'information parlementaire dédiée à l'offre de soins sur tous les territoires, président du Pays Nivernais Morvan, est favorable à la mise en œuvre d'une maison de santé pluridisciplinaire pour chaque canton des territoires touchés par le problème

de la désertification médicale « C'est un plus formidable pour les habitants de ce secteur qui, sans cela, auraient dû faire un long déplacement pour consulter des spécialistes »²⁰.

Guy VALLANCIEN, professeur en chirurgie à l'institut Montsouris, chargé de mission auprès du ministre de la Santé en 2002-2003 pour la mise en place du plan « Hôpital 2007 » et chargé de mission sur la chirurgie dans les petits hôpitaux, s'est vu confier dès l'adoption de la loi « HPST » une mission pour dynamiser les maisons de santé. L'idée de Guy VALLANCIEN est de mettre en place un label « maison de santé ». L'objectif pourrait être de créer « 1 000 à 2 000 maisons de santé dans les cinq ans, contre 150 aujourd'hui », avec, à terme, la fin des médecins isolés : « les maisons de santé devenant le pivot de la médecine de demain ».

Le financement de ces établissements se répartirait entre les collectivités locales, l'assurance maladie et les médecins, eux-mêmes, qui pourraient détenir une part dans une maison de santé qu'il serait possible de revendre²¹.

1.2.1.2. Sur la liberté d'installation : les contrats santé solidarité et les contrats d'engagement de service public

« Les médecins ne peuvent pas continuer à exiger à la fois d'être payés par l'assurance maladie et à la fois de refuser les exigences liées à la permanence des soins. » Jean-Marie ROLLAND, député, rapporteur de la loi HPST à l'Assemblée nationale, président du Conseil général de l'Yonne²²

Même si la question fait débat, il n'est désormais plus tabou de remettre en cause le principe de la libre installation des médecins, ce que se permettent un nombre croissant de praticiens et de responsables, à l'instar de Jean-Pierre FAVRE, professeur en chirurgie, et président de l'Observatoire régional de la santé et de la Conférence régionale de santé de Bourgogne : « Tous les médecins français de quelque spécialité qu'ils soient, sont formés par l'hôpital public et l'université avec des fonds qui proviennent de l'impôt des Français. Pourquoi ne pas envisager une obligation de service public à la fin des études de tous ces médecins dont les rémunérations pendant les années de formation ont été assurées par l'Etat. L'obligation de service public permettrait à des médecins, qui sortent de formation et qui ont donc toutes les bases récentes professionnelles, de mailler le territoire français et de voir disparaître les déserts »²³.

Et bien que la loi privilégie l'incitation à la coercition, énonçant dans l'objectif de son titre II « l'amélioration de l'accès à des soins de qualité a pour objet d'optimiser l'accès de tous à des soins de qualité sur l'ensemble du territoire tout en respectant le principe de l'installation des professionnels libéraux », deux mesures tentent d'encourager la pratique des médecins en zones sous-dotées en services de santé.

Tout d'abord, le contrat santé solidarité destiné à faire participer à partir de 2013 les médecins des zones sur-denses aux besoins des zones sous-médicalisées.

« A l'échéance d'un délai de trois ans à compter de l'entrée en vigueur du schéma régional d'organisation des soins, le directeur général de l'agence régionale de santé évalue la satisfaction des besoins en implantations pour l'exercice des soins de premier recours (...). Si cette évaluation fait apparaître que les besoins en implantations (..) ne sont pas satisfaits (...), le directeur général de l'agence régionale de santé peut, après avis de la conférence régionale de santé et de l'union régionale des professionnels de santé compétente pour les médecins (...), proposer aux médecins exerçant dans les zones sur-denses d'adhérer à un contrat santé solidarité par lequel ils s'engagent à contribuer à répondre aux besoins de santé de la population des zones sous-médicalisées où les besoins en implantations ne sont pas satisfaits. Les médecins qui refusent de signer un tel contrat,

²⁰ « La désertification est aussi médicale » article du journal du Centre, paru le 26 mai 2009.

²¹ « Médecine générale : une mission pour développer les maisons de santé » La Tribune, 2 juillet 2009.

²² Audition du CESR le 7 mai 2009 à Auxerre.

²³ Audition du Professeur Jean-Pierre FAVRE au CESR de Bourgogne le 30 juin 2009.

ou qui ne respectent pas les obligations qu'il comporte pour eux, s'acquittent d'une contribution forfaitaire annuelle, au plus égale au plafond mensuel de la sécurité sociale »
Art. L. 1434-6-1, Loi Hôpital, patients, santé, territoires ».

L'amende à verser pour les médecins refusant d'adhérer au contrat santé solidarité s'élèverait à environ 3 000 € par an. Le texte prévoit en outre des mesures incitatives, comme l'octroi de bourses d'études en échange d'une installation en zone « déficitaire ».

« Chaque année, un arrêté du ministre chargé de la santé (...) détermine le nombre d'étudiants qui (...) peuvent signer avec le Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière un contrat d'engagement de service public. »
« Ce contrat ouvre droit, en sus des rémunérations auxquelles les étudiants et internes peuvent prétendre du fait de leur formation, à une allocation mensuelle versée par le centre national de gestion jusqu'à la fin de leurs études médicales. En contrepartie de cette allocation, les étudiants s'engagent à exercer leurs fonctions à titre libéral ou salarié, à compter de la fin de leur formation, (...) dans les lieux d'exercice (...) (choisis pour figurer sur une liste) en fonction de la démographie médicale dans les différentes spécialités sur les territoires. La durée de leur engagement est égale à celle pendant laquelle l'allocation leur a été versée et ne peut être inférieure à deux ans » Extraits de l'article 15 bis, loi « Hôpital, patients, santé, territoires ».

1.2.2. La santé, un droit opposable ?

Le Fonds CMU s'est livré en 2006 à une analyse des refus de soins²⁴ citée par le rapport du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie de la même année. L'étude visait à explorer le refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la CMU complémentaire lors de la prise de rendez-vous téléphonique. Il ressort de cette enquête que les médecins généralistes de secteur 1 accordent des rendez-vous aux assurés CMU, par contre, chez leurs collègues du secteur 2, le taux de refus s'élève à environ 17 %. **Du côté des spécialistes, tous secteurs confondus, le taux de refus est de 40 %, ce qui équivaut à celui constaté chez les dentistes.**

Dans son rapport, le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie observe que « les arguments économiques occupent une place importante pour expliquer notamment les refus les plus importants chez les médecins en secteur 2 que ceux qui sont en secteur 1. En effet, dans le cadre de la loi, les praticiens n'ont pas le droit d'appliquer des dépassements aux bénéficiaires de la CMU. **Le Conseil est unanime à considérer que les refus de soins sont inadmissibles.** Une circulaire de la CNAMTS prévoit que les caisses d'assurance maladie enregistrent systématiquement les réclamations faites par les usagers (afin de pouvoir établir un état des lieux des refus de soins). Elles doivent par ailleurs mobiliser le service médical pour qu'un contact soit établi systématiquement avec le professionnel de santé pour lui rappeler les dispositions en vigueur et entreprendre éventuellement des poursuites ».

1.2.2.1. Remédier aux refus de soins

Le projet de loi « Hôpital, patients, santé, territoire » lors de sa présentation le 22 octobre 2008²⁵ comprenait, dans son titre II « accès de tous à des soins de qualité » une partie consacrée à la lutte contre les discriminations financières dans l'accès aux soins. Le texte constate que la fragilité sociale et économique se double souvent d'un état de santé plus dégradé, et réaffirme les principes déontologiques, inscrits dans le serment d'Hippocrate, rendant intolérable la discrimination sociale ou financière dans l'accès aux soins.

²⁴ Fonds CMU (2006) « Analyse des attitudes de médecins et de dentistes à l'égard des patients bénéficiant de la couverture maladie universelle complémentaire. Une étude par testing dans 6 villes du Val-de-Marne », 21 juin 2006, citée par le rapport du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, juillet 2006.

²⁵ Présentation du projet de loi « Hôpital, patients, santé et territoires », un projet de santé durable pour nos concitoyens, dossier de presse, mercredi 22 octobre 2008.

Le projet de loi prévoyait trois mesures pour sanctionner les pratiques qu'elle énonçait comme non conformes à l'éthique médicale :

- la pratique du « testing » pour établir la preuve qu'un professionnel mis en cause pratique effectivement le refus de soins ;
- la charge de la preuve inversée, en faveur du patient ; ce qui signifie que le médecin en cause devrait apporter la preuve que son refus de soins n'était pas discriminatoire ;
- enfin, les patients qui s'estiment victimes de la discrimination financière ou sociale pourraient s'adresser directement à l'organisme local d'assurance maladie ou à l'ordre des médecins pour faire valoir leurs droits.

La généralisation du « testing » et la charge de la preuve inversée ont été écartées du texte par les députés et sénateurs, notamment en raison d'une forte opposition des représentants du corps médical face à ces mesures, jugées incriminantes vis-à-vis de la profession.

La loi adoptée conserve l'inscription dans son texte de l'interdiction du refus de soins, affirmé contraire à la déontologie médicale.

« Un professionnel de santé ne peut refuser de soigner une personne (...) au motif qu'elle est bénéficiaire de la protection complémentaire ou du droit à l'aide prévus aux articles L.861-1 et L.863-1 du code de la sécurité sociale, ou du droit à l'aide prévue à l'article L.251-1 du code de l'action sociale et des familles (...) »

« Toute personne qui s'estime victime d'un refus de soins illégitime peut saisir le directeur de l'organisme local d'assurance maladie ou le président du Conseil territorialement compétent de l'ordre professionnel concerné des faits qui permettent d'en présumer l'existence. Cette saisine vaut dépôt de plainte. Elle est communiquée à l'autorité qui n'en a pas été destinataire. Le récipiendaire en accuse réception à l'auteur, en informe le professionnel de santé mis en cause et peut le convoquer dans un délai d'un mois à compter de la date d'enregistrement de la plainte ».

Article 18, « loi Hôpital, patients, santé, territoires ».

1.2.2.2. L'accès aux soins pour tous : les dépassements d'honoraires

Tous les médecins qui pratiquent des dépassements, soit parce qu'ils sont en secteur 2²⁶ ou qu'ils disposent d'un droit permanent à dépassement, soit au titre du Diplôme d'Etat, **sont tenus de respecter la règle du tact et de la mesure posée par l'article 53 du code de déontologie.**

A ce jour, il existe trois dispositifs d'encadrement des dépassements d'honoraires :

- le premier, temporaire, mis en œuvre dans le cadre du règlement conventionnel des médecins, et qui stipule que la baisse des avantages sociaux des médecins du secteur 1 soit accompagnée d'une obligation de baisse de 10 % des dépassements des médecins de secteur 2 ;
- le second, permanent, concerne les bénéficiaires de la CMU qui ne peuvent se voir opposer aucun dépassement du tarif conventionnel ;
- enfin les médecins signataires de l'option de coordination doivent effectuer au moins 30 % de leurs actes en tarifs opposables.

Hormis pour ces trois exceptions, la norme admise est celle de la liberté tarifaire.

²⁶ Secteur 1 : il correspond au tarif qui sert de base au remboursement de la caisse d'assurance maladie. Secteur 2 ou « secteur conventionné à honoraires libres » : les tarifs pratiqués par les médecins sont libres et fixés par le médecin avec, selon les exigences de la caisse d'assurance maladie, « tact et mesure ». La caisse de sécurité sociale rembourse le malade sur la base du tarif de base.

A l'heure actuelle, 9 % des généralistes pratiquent des dépassements d'honoraires, contre 38.4 % des spécialistes, taux variant de 3.9 % pour les néphrologues à 83.9 % pour les urologues²⁷. Pour certaines spécialités, l'essentiel des installations se fait en secteur 2. Ainsi, en 2004, c'est le cas de 86 % des chirurgiens, de 90 % des ORL, de 75 % des gynécologues, de 73 % des ophtalmologues et de 67 % des gastro-entérologues.

Un récent rapport de l'IGAS, citée par le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie dans son rapport, a étudié quatre « épisodes de soins » qui :

- ont un coût total élevé ;
- comportent une intervention en établissement, centrale dans le coût de l'épisode.

Pour les quatre épisodes suivis, on retrouve les dépassements suivants :

	Accouchement	Chirurgie du cristallin	Prothèse de hanche	coloscopie
Fréquence	52 %	71 %	72 %	66 %
Dépassement en moyenne en €	74 (h. public) 178 (clinique)	91/200	225/454	60/105
Minimum en €	7/14	7/13	7/25	5/8
Maximum en €	167/377	189/465	567/964	110/226

Le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie précise « Il s'agit de montants qui peuvent peser sensiblement sur le budget des ménages modestes (sans couverture complémentaire (...)). Une séquence de soins peut être composée d'une succession rapide de consultations et d'actes techniques de spécialités dans lesquels les dépassements d'honoraires sont particulièrement élevés : anesthésiste, chirurgien et anatomo-pathologie par exemple ».

En outre, l'information des ménages est imparfaite, ce qui peut, d'après le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, biaiser le choix des assurés, « surpris » trop tard par le dépassement demandé.

Dans le cadre des débats relatifs à la loi « HPST », un amendement a proposé un encadrement accru des dépassements d'honoraires. Bien que ce dernier ait été écarté, le Président de la République a demandé à son gouvernement de « se préparer » à intervenir sur le sujet.

La loi « HPST » rappelle la règle en vigueur sur le sujet, dans son article 18 relatif à la lutte contre les refus de soins :

« Peuvent faire l'objet d'une sanction, prononcée par le directeur de l'organisme local d'assurance maladie, les professionnels de santé qui :

- pratiquent une discrimination dans l'accès à la prévention et aux soins, définie à l'article L.1110-3 du code de la santé publique ;
- exposent les assurés à dépassements d'honoraires non conformes à la convention dont relève le professionnel de santé ;
- ont omis l'information écrite préalable (...) ».

1.2.3. Le renforcement des instances de démocratie sanitaire

La loi « HPST » instaure les ARS pour que les politiques de santé soient envisagées à l'échelle des territoires, que ce soit en matière de soin -ambulatoire et hospitalier, et de post-soin- préventif, accompagnement des personnes âgées et handicapées. Aussi ouvre-t-elle la possibilité de mettre en place une conférence de territoire, rassemblant les représentants des différentes catégories d'acteurs du système de santé. La loi prévoit également que le projet régional de santé soit mis en

²⁷ Données issues du rapport du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, juillet 2007, annexe 4.

œuvre par des contrats locaux de santé, qui seront conclus avec les collectivités territoriales, et qui porteront sur la santé, la prévention, les politiques de soin et l'accompagnement médico-social.

1.2.3.1. Les conférences régionales de santé et de l'autonomie

Les rapports Ritter²⁸ et Bur²⁹ préconisent le renforcement des conférences régionales de santé afin de permettre une concertation territoriale optimisée.

A l'heure actuelle, les conférences régionales de santé sont composées de 60 à 120 membres, désignés par arrêté du préfet de région pour un mandat de 3 ans renouvelables, et répartis en 6 collèges :

- collectivités territoriales et organismes d'assurance maladie ;
- malades et usagers du système de santé ;
- professionnels de santé, institutions ;
- établissements, organismes et associations ;
- personnalités qualifiées ;
- acteurs économiques.

Elle a pour mission de contribuer à la définition et à l'élaboration des objectifs régionaux de santé publique. Dans ce cadre, elle :

- émet un avis sur le plan régional de santé publique ;
- est tenue informée de l'état d'avancement du plan ;
- évalue l'application du respect des droits des personnes malades et usagers.

Le rapport d'information parlementaire rapporté par Yves BUR souligne les insuffisances des conférences régionales de santé actuelles :

- les CRS seraient trop larges pour être efficaces ;
- elles dépendraient trop des DRASS dans leur fonctionnement et manqueraient d'autonomie, les conclusions seraient écrites avant l'ouverture des séances. Enfin, les CRS manqueraient de moyens.

Pour la mission d'information parlementaire, il serait pertinent de resserrer ces instances pour faire de la démocratie sanitaire un vrai contrepoids aux ARS, et d'accentuer leur nombre de réunions.

La loi « HPST » conforte les conférences régionales de santé et de l'autonomie, renforce leurs missions et les rend compétentes dans le domaine médico-social, à l'instar des ARS. Les modalités d'application plus précises -nombre de sièges, fréquence des réunions- seront précisées par décret.

« Art. L. 1432-4. – « La conférence régionale de la santé et de l'autonomie est un organisme consultatif composé de plusieurs collèges qui concourt, par ses avis, à la politique régionale de santé. Sont notamment représentées au sein de ces collèges les collectivités territoriales, les usagers et associations œuvrant dans les domaines de compétence de l'agence régionale de santé, les conférences de territoire, les organisations représentatives des salariés, des employeurs et des professions indépendantes, les professionnels du système de santé, les organismes gestionnaires des établissements et services de santé et médico-sociaux, les organismes de protection sociale. »

Les moyens de fonctionnement des conférences régionales de santé seront attribués par les ARS.

²⁸ Rapport sur la création des agences régionales de santé (ARS), présenté à Madame Roselyne BACHELOT-NARQUIN, ministre de la Santé, de la jeunesse et des sports, par Philippe RITTER, préfet honoraire, janvier 2008.

²⁹ Rapport d'information parlementaire déposé par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, en conclusion des travaux de la mission sur les agences régionales de santé, et présenté par Monsieur Yves BUR, député, le 6 février 2008.

La conférence régionale de santé :

- peut faire toute proposition au directeur général de l'Agence régionale de santé, sur l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de la politique de santé dans la région ;
- émet un avis sur le plan stratégique régional de santé ;
- organise en son sein l'expression des représentants des usagers du système de santé ;
- procède à l'évaluation des conditions dans lesquelles sont appliqués et respectés les droits des personnes malades et des usagers des systèmes de santé, de l'égalité d'accès aux services de santé et de la qualité des prises en charge.

Les représentants des conseils régionaux auront toute leur place au sein des conférences régionales de la santé et de l'autonomie.

1.2.3.2. Les conférences de territoires

Les ARS confieront la déclinaison du plan régional de santé en projets territoriaux sanitaires aux conférences de territoires. Celles-ci existent à l'heure actuelle, mais seront confortées et leur rôle renforcé après l'application de la loi « HPST ».

« Art.L.1434-15 – Dans chacun des territoires (...), le directeur général de l'Agence Régionale de Santé constitue une conférence de territoire, composée de représentants des différentes catégories d'acteurs du système de santé du territoire concerné, dont les usagers du système de santé.
« La conférence de territoire contribue à mettre en cohérence les projets territoriaux sanitaires avec le projet régional de santé et les programmes nationaux de santé publique ».
« La mise en œuvre du projet régional de santé peut faire l'objet de contrats locaux de santé conclus par l'agence, notamment avec les collectivités territoriales, et leurs groupements, portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social ».

1.3. UNE NOUVELLE CONCEPTION DE LA GOUVERNANCE DE LA POLITIQUE MEDICO-SOCIALE ET SANITAIRE EN REGION

La mise en place des ARS donnera lieu à une coordination accrue entre les services de l'État et de l'Assurance Maladie, pour plus d'efficacité et plus d'efficience.

1.3.1. La création des ARS

Les ARS auront trois champs d'intervention :

- l'amélioration du niveau de santé des populations (prévention, actions sur les comportements et l'environnement, observation et veille) ;
- les soins (soins hospitaliers et soins de ville) ;
- l'accompagnement médico-social.

1.3.1.1. Le rapprochement du sanitaire et du médico-social : vers une prise en charge coordonnée et continue des personnes

Les ARS concrétiseront une approche globale entre l'ambulatoire, l'hôpital et le médico-social, ce qui permettra d'envisager un parcours de soins plus coordonné des patients présentant des maladies chroniques, des personnes âgées ou bien handicapées. Les ARS auront pour vocation d'affirmer la complémentarité entre les prestations de soins et les prestations socio-éducatives, entre les établissements et les services médico-sociaux et les professionnels de la médecine.

En ce sens, les sénateurs ont débattu de la pertinence d'adjoindre le « A » d'autonomie aux ARS -appelées ARSA l'espace de quelques jours- afin que l'intégration du champ médico-social,

comprenant notamment les politiques relatives au handicap et à la dépendance, soit signifiée dans le nom de la structure. Cette proposition a finalement été écartée.

En termes de gouvernance, il est prévu que des représentants de personnes âgées et de personnes handicapées siègent dans les conseils de surveillance des ARS.

S'agissant des financements, le législateur a inscrit la protection du domaine médico-social au sein des ARS en introduisant en sa faveur le principe de la « fongibilité asymétrique des enveloppes budgétaires », précisé dans la loi :

Art. L. 1434-10-1 – « Les moyens financiers dont l'attribution relève des Agences régionales de santé correspondant aux objectifs de dépenses visés (...) (dans) le code de l'action sociale et des familles ne peuvent être affectés au financement d'établissements, services ou prestations autres que ceux visés (...) (dans) ce même code.

« En cas de conversion d'activités entraînant une diminution des dépenses financées par l'assurance maladie (...), la dotation régionale (...) est abondée de crédits correspondant à des activités médico-sociales ».

Cette règle a l'avantage de garantir que les budgets alloués au champ médico-social ne soient pas mobilisés pour les besoins du champ sanitaire, consommateur de crédits bien supérieurs à ceux utilisés par le secteur médico-social.

La loi modifie en profondeur la procédure d'autorisation des établissements et services médico-sociaux, en supprimant les comités régionaux de l'organisation sociale et médico-sociale (CROSMS) qui en étaient chargés, et rassemblant des représentants des pouvoirs publics, des organismes financeurs et des usagers. La loi introduit à leur place une commission consultative d'appels à projets. Les missions des ARS ayant été préfigurées dès 2009 dans les régions, la Bourgogne a été désignée pour expérimenter cette nouvelle procédure d'appels d'offres dans le champ médico-social.

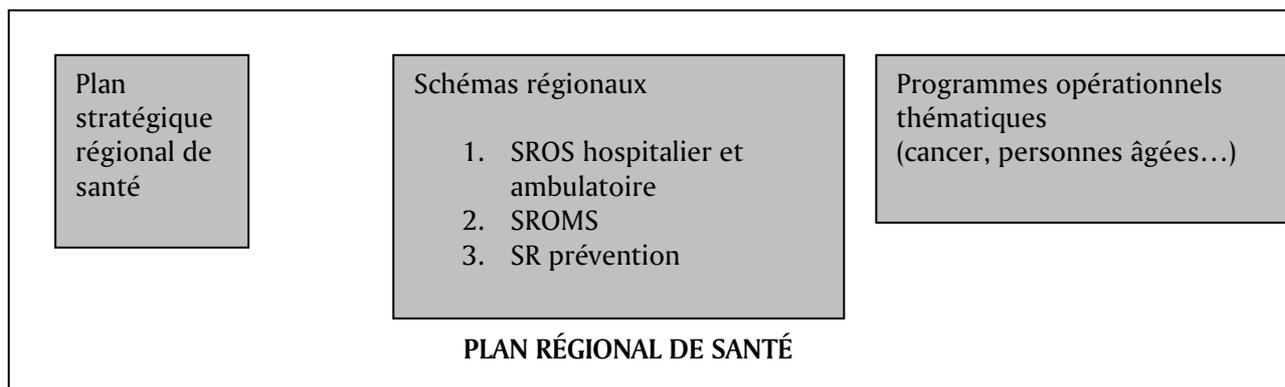
Art. L.313-1-1. (...) Lorsque les projets font appel partiellement ou intégralement à des financements publics, les autorités délivrent l'autorisation après avis d'une commission de sélection d'appel à projet social ou médico-social qui associe des représentants des usagers. L'avis de cette dernière n'est toutefois pas requis en cas d'extension inférieure à un seuil. Une partie des appels à projets doit être réservée à la présentation de projets expérimentaux ou innovants répondant à un cahier des charges allégé ».

Les structures médico-sociales innovantes sont souvent nées des initiatives de personnes directement concernées et qui observaient l'apparition d'un besoin d'accompagnement spécifique. C'est pourquoi la loi laisse une marge d'initiative supplémentaire aux « projets expérimentaux ».

L'introduction des appels d'offres dans le champ médico-social inquiètent néanmoins les acteurs de terrain, qui craignent que la concertation avec les usagers soit délaissée au profit d'une sélection opérée par le prisme économique. Pour les représentants d'associations de handicapés et de personnes dépendantes, il paraît en effet primordial que les usagers et leurs représentants puissent continuer à inventer des réponses adaptées aux évolutions du handicap et de la société.

1.3.1.2. La planification régionale de la politique de santé

L'ARS sera chargée de la mise en œuvre du plan stratégique régional de santé fixant les orientations et le cas échéant les modalités d'application des schémas régionaux de prévention, d'organisation des soins et d'organisation médico-sociale.



Le projet régional de santé fait l'objet d'un avis de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie, des collectivités territoriales et des représentants de l'État dans la région.

Le schéma régional de prévention inclut notamment des dispositions relatives à la prévention, à la promotion de la santé, à la santé environnementale et à la sécurité sanitaire. Il organise, dans le domaine de la santé des personnes, l'observation des risques émergents et les modalités de gestion des événements porteurs d'un risque sanitaire.

Le Sénat a introduit dans la loi le mécanisme de la fongibilité asymétrique des enveloppes budgétaires en faveur des actions de promotion, d'éducation et de prévention à la santé : les moyens financiers attribués à l'agence régionale de santé pour leur financement ne peuvent être affectés au financement d'activités de soins ou de prises en charge et d'accompagnement médico-sociaux.

Le schéma régional d'organisation des soins a pour objet de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins afin de répondre aux besoins de santé de la population et aux exigences d'efficacité et d'accessibilité géographique. Il précise les adaptations et les complémentarités de l'offre de soins ainsi que les coopérations entre les établissements de santé, les communautés hospitalières de territoire, les établissements et services médico-sociaux, les centres de santé, les structures et professionnels de santé libéraux.

Le schéma régional d'organisation médico-sociale a pour objet de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre des établissements et services médico-sociaux, afin notamment de répondre aux besoins de prises en charge et d'accompagnements médico-sociaux de la population handicapée ou en perte d'autonomie. Pour certains établissements et services, ce schéma régional est établi et actualisé au regard des schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie, arrêtés par les Conseils généraux de la région.

1.3.2. Une nouvelle gouvernance pour les hôpitaux

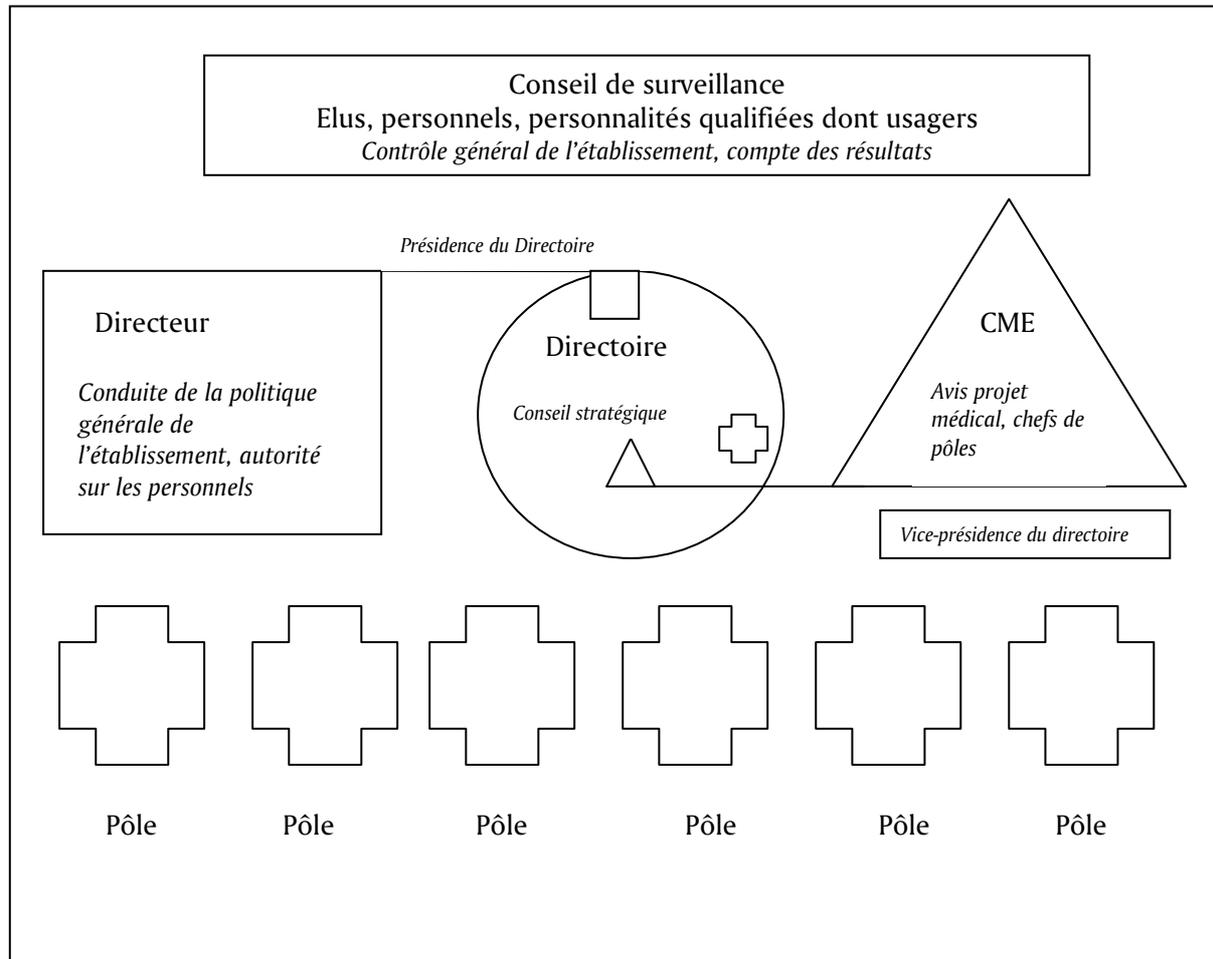
L'une des priorités, énoncée par la loi « Hôpital, patients, santé, territoires », prévoit de moderniser les établissements de santé en réformant leur mode de gouvernance et en ouvrant leurs possibilités de coopérations.

1.3.2.1. *Quelle place pour les collectivités locales dans la gouvernance des hôpitaux ?*

La nouvelle gouvernance des établissements de santé proposée par la loi « HPST » a été âprement débattue. Elle poursuit l'objectif de responsabiliser le gestionnaire de l'établissement avec :

- un statut unique ;
- des directeurs d'établissement proposés par le directeur général de l'ARS ;

- un conseil de surveillance (remplaçant le conseil d'administration actuel) centré sur la stratégie et le contrôle ;
- un directoire présidé par le directeur de l'établissement aux côtés du président de la CME, vice-président ;
- des chefs de pôles bénéficiant de délégations larges en contrepartie d'objectifs de résultats, la certification des comptes.



La communauté médicale, inquiète d'un renforcement excessif des prérogatives des directeurs d'établissement au détriment des praticiens, a obtenu du Gouvernement et du Sénat que le projet initial de la loi soit amendé sur la nomination des chefs de pôles (regroupements de services) : si ceux-ci sont nommés par le directeur de l'hôpital comme l'indique la loi, ils le sont à partir d'une liste de noms proposés par le président de la commission médicale d'établissement (CME), élu par ses pairs.

Une partie des débats a également porté sur la présidence du conseil de surveillance, remplaçant les conseils d'administration actuels, et présidés de droit par les maires des communes sièges de l'établissement de santé. Une fois la loi appliquée, les présidents de conseils de surveillance des hôpitaux ne seront plus forcément les maires.

Art.L.6143-5. (...) le Conseil de surveillance élit son président parmi les membres du (collège) 1 – composé d'au plus cinq représentants des collectivités territoriales ou de leurs groupements, parmi lesquels figurent le maire de la commune siège de l'établissement principal et le président du Conseil général ».

En outre, les directeurs des hôpitaux seront nommés par le directeur général de l'ARS, et non plus par le ministre sur proposition du président du Conseil d'administration. Le maire de la commune

intervient à l'heure actuelle dans le choix des directeurs de l'hôpital de leur ville, système accentuant les chances de voir s'établir une bonne relation de travail. **Ce que semblent regretter les élus, c'est que l'équilibre qu'étaient parvenus à trouver présidents et directeurs dans la gouvernance actuelle, ne soit compromis.**

Guy FERREZ, maire d'Auxerre, et vice-président du Conseil régional de Bourgogne, constate : « La loi prévoit de réformer la gouvernance de l'hôpital, et pose la question du rôle des élus dans un conseil d'administration d'un établissement de santé. La condition de la réussite de la gouvernance tient en la capacité du maire et du directeur de l'hôpital de développer des stratégies collectives, et le dispositif actuel le permet »³⁰.

Jean-Marie ROLLAND, député, président du Conseil général de l'Yonne, et rapporteur de la loi à l'Assemblée nationale apporte des précisions quant aux motifs de cette nouvelle gouvernance : « Pourquoi la loi prévoit-elle que le maire ne soit plus président du conseil d'administration de l'hôpital ?

Aujourd'hui, dans les villes, les hôpitaux sont souvent les employeurs principaux. Dans l'ensemble, on observe que les maires se posent davantage en défenseurs de l'emploi sur leur territoire que comme garants du bon fonctionnement de l'établissement. Dans le projet de loi, on a souhaité que le maire ne soit pas automatiquement le président du conseil d'administration, car cette charge représente un énorme travail. »³¹

1.3.2.2. Les groupements de coopérations sanitaires publics-privés

La loi « HPST » améliore les outils de coopération entre établissements, en créant notamment les groupements de coopération sanitaire (GCS), qui instaurent un mode de coopération entre établissements publics et privés, sur la base du volontariat. La création de GCS permet une coopération des établissements de santé publics avec les professionnels de santé libéraux et le secteur médico-social. Deux modalités d'organisation seront possibles :

- le GCS de mise en commun de moyens, avec l'organisation, la réalisation ou la gestion des moyens au nom et pour le compte des membres ;
- le GCS autorisé à exercer en son nom une ou plusieurs activités de soins, avec la qualification d'établissement de santé.

1.3.2.3. Les communautés hospitalières de territoires entre établissements publics

Sur la base des travaux de la commission présidée par Gérard LARCHER, les communautés hospitalières de territoire ouvrent la possibilité aux établissements de santé publics de partager un projet médical avec d'autres structures.

Un réseau à trois niveaux structurerait l'offre de soins :

- **des hôpitaux de proximité** pour la prise en charge des urgences, les soins courants, les consultations et les séjours longs ;
- **les centres hospitaliers équipés de plateaux techniques** performants et dotés d'équipes spécialisées pour les actes invasifs ;
- **des CHU pour les pathologies complexes et des centres de référence** pour les pathologies rares et les prises en charge délicates.

Les communautés hospitalières de territoire ont vocation à être constituées par des établissements volontaires, mais la loi prévoit toutefois la possibilité que le directeur général crée de sa propre initiative des CHT, dans l'hypothèse où un établissement bloquerait une dynamique de coopération.

³⁰ Audition du CESR, le 7 mai 2009 à Auxerre.

³¹ Audition du CESR, le 7 mai 2009, à Auxerre.

La communauté hospitalière de territoire aura un mode de fonctionnement partenarial, avec un établissement siège chargé de la mise en œuvre d'une stratégie commune, et une gouvernance associant les représentants de tous les établissements.

La loi prévoit également un renforcement de la permanence des soins, par notamment la mise à contribution d'établissements privés, dans les territoires où l'hôpital public n'est pas présent, tout en garantissant une prise en charge complète pour les patients.

La loi limite la participation d'un établissement de santé à une seule convention de communauté hospitalière de territoire³², ce qui peut présenter un écueil pour les centres hospitaliers régionaux, susceptibles d'être sollicités par plusieurs CHT. Pierre-Charles PONS, directeur général du CHRU de Dijon, observe à ce sujet : « 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 aurait été souhaitable qu'il soit associé également aux autres communautés hospitalières de territoire, car le CHRU de Dijon entretient des relations avec les hôpitaux d'Auxerre, Nevers, etc. **La possibilité de créer une CHT sur un champ de compétences limité aurait permis de rassembler tous les établissements de Bourgogne avec le CHRU, qui a déjà passé des accords avec la quasi-totalité d'entre eux** »³³.

Les communautés hospitalières de territoire posent par ailleurs la question du poids des établissements « secondaires » au sein d'une communauté hospitalière de territoire : face à l'établissement « pivot », les structures « satellites » auront-elles suffisamment d'espace pour participer à l'élaboration du projet médical ? Les petits établissements garderont-ils leur volume d'activité ?

1.4. LA FORMATION, L'OBSERVATION ET LA PREVENTION DANS LA LOI

L'observation des besoins de santé, les politiques de prévention et de formation seront, une fois la loi « HPST » appliquée, pilotées par l'ARS.

1.4.1. La loi de santé publique de 2004

La loi relative à la politique de santé publique promulguée le 9 août 2004 répond aux enjeux de santé publique que sont l'amélioration de la santé de la population par **une approche visant à réduire la mortalité prématurée, à lutter contre les inégalités de santé et à prendre en compte dans leur globalité les déterminants de santé.**

La loi entend notamment ne plus opposer soins et prévention, en renforçant les programmes et dispositifs de prévention.

Elle crée l'Ecole des Hautes Études en Santé Publique, pour former des professionnels de la santé publique. Elle comporte des mesures visant à renforcer la formation des professionnels de santé, et refond les modalités de formation continue. L'obligation de formation médicale continue est étendue à l'ensemble des professions de santé, là où la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé n'avait instauré cette obligation que pour les seuls médecins et pharmaciens.

La loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004 met en place une structure d'expertise, le Haut Conseil de Santé Publique, et des instances de concertation, les conférences nationales et régionales de santé.

³² « Art L.6132-1 – Des établissements publics de santé peuvent conclure une convention de communauté hospitalière de territoire afin de mettre en œuvre une stratégie commune et de gérer en commun certaines fonctions et activités grâce à des délégations ou des transferts de compétences entre les établissements et grâce à la télémédecine. Un établissement public de santé ne peut être partie qu'à une seule convention de communauté hospitalière de territoire ».

³³ Audition du CESR du 16 juin 2009.

1.4.2. La loi HPST

La loi « HPST » propose une organisation efficiente pour la mise en œuvre des politiques de santé publique, en confiant les domaines de l'observation et de la prévention aux ARS, afin de faire naître des analyses transversales, et des échanges entre le curatif et le préventif.

« Art. L. 4382-1. Le développement professionnel continu a pour objectifs l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé ».

Le texte réitère les objectifs énoncés dans la loi de 2004 concernant la formation continue des professionnels de santé.

Répondant à une revendication de la profession, la loi « HPST » ouvre la possibilité aux écoles de sages-femmes d'intégrer l'Université, sous réserve de l'accord du Conseil régional. Depuis la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités, les conseils régionaux sont chargés du financement des écoles de sages-femmes.

Cette entrée de la formation de sages-femmes dans l'Université de Bourgogne pose la question de son mode de financement par les Régions.

« Art.1431-2. Les agences régionales de santé sont chargées en tenant compte des spécificités de chaque région de mettre en œuvre au niveau régional la politique de santé publique dans les domaines de la santé au travail, de la santé scolaire et universitaire et de la protection maternelle infantile. A ce titre, « Elles organisent la veille sanitaire, l'observation de la santé dans la région (...)»(...) « Elles définissent et financent les actions visant à promouvoir la santé, à éduquer la population à la santé et à prévenir les maladies, les handicaps, et la perte d'autonomie, et elles veillent à leur évaluation ; » « Elles contribuent à évaluer et à promouvoir la qualité des formations des professionnels de santé. »

Pour assumer leurs missions de prévention et d'observation, les ARS pourraient s'appuyer sur les organismes régionaux chargés actuellement de l'observation et de l'éducation à la santé en région, que sont les observatoires régionaux de santé, et les comités régionaux d'éducation à la santé. Les modalités d'application de ces missions attribuées à l'ARS seront précisées par décret.

2. LA PARTICIPATION DU CONSEIL REGIONAL DE BOURGOGNE A LA SANTE PUBLIQUE

2.1. BOURGOGNE, POPULATION, TERRITOIRE

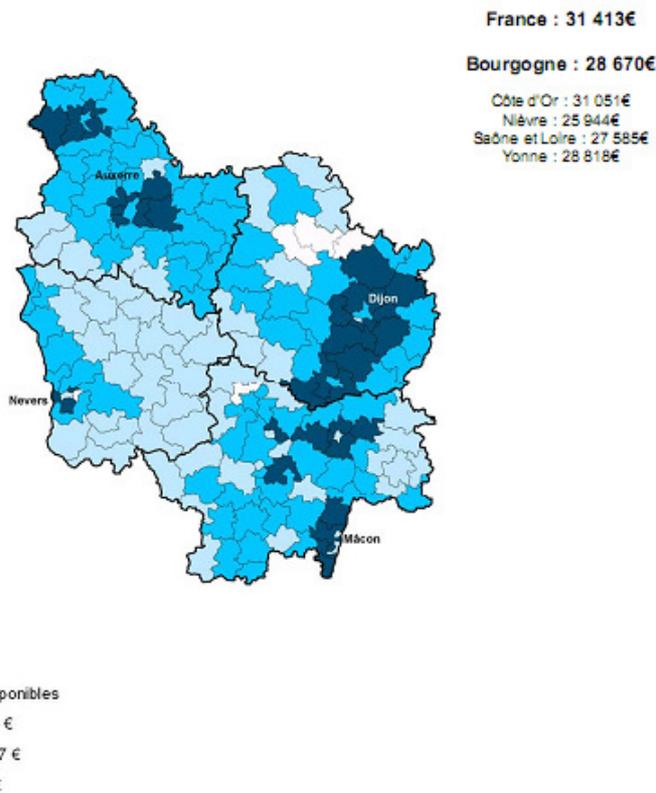
La Bourgogne a une population de 1 631 000 habitants au 1er janvier 2008, soit 2.6 % de la population métropolitaine. **Elle est faiblement peuplée : 52 habitants au km², c'est-à-dire deux fois moins que la moyenne nationale. Le centre de la région a une densité inférieure à 20 habitants au km² dans 49 cantons.** Les zones les plus peuplées se situent sur l'axe Dijon-Mâcon ainsi que le long de la vallée de l'Yonne, d'Auxerre à Sens, et le long de la Loire, de Nevers à Cosne-Cours-sur-Loire. **La Bourgogne conserve un caractère rural marqué : en 2006, 33 % de la population vit dans des communes appartenant à l'espace à dominante rurale, beaucoup plus que la moyenne française de 18 %.** En dehors des huit grandes agglomérations régionales de plus de 30 000 habitants (Dijon, Chalon-sur-Saône, Nevers, Montceau-les-Mines Le Creusot, Mâcon, Auxerre, Sens) et de leur périphérie, la vie des Bourguignons s'organise au sein de 74 bassins de vie, dans lesquels ils travaillent, consomment, se soignent ou suivent un enseignement.

2.1.1. La santé des Bourguignons : tendances constatées sur les territoires

La population bourguignonne est globalement plus vieillissante que la population française. Elle est composée de 16.9 % de moins de 15 ans contre 18.4 % en France, et de 19.5 % de plus de 65 ans contre 16.5 % en France³⁴. Le taux d'emploi s'élève à 70 % de la population âgée entre 16 et 59 ans contre 79 % en France, et le taux de chômage de 6.4 % est moins élevé que celui enregistré en France (7.5 %). Il convient néanmoins de noter que le chômage des moins de 25 ans atteint 18.7 % en Bourgogne contre 16.4 % en France.

Des disparités apparaissent entre les départements : par exemple, en Bourgogne, le taux moyen d'allocataires CAF sous le seuil de bas revenus s'élève à 8.9 % contre 10.4 % en France, dans la Nièvre, la proportion atteint 10.8 % de la population, dans l'Yonne 9.7 % contre 7.8 % en Côte-d'Or et 8.6 % en Saône-et-Loire.

³⁴ Plateforme d'observation sociale et sanitaire de Bourgogne, « Chiffres-clés, social et santé en Bourgogne, édition 2008 », Observatoire régional de la santé, avec l'aide de la DRASS Bourgogne.



Revenus moyens dans les cantons de Bourgogne en 2005, source : INSEE, DGI : revenus fiscaux des ménages, exploitation ORS de Bourgogne

L'état de santé de la population bourguignonne est corrélé à ces caractéristiques d'ordre social et démographique. L'Observatoire régional de la santé fait apparaître que la mortalité prématurée (survenue avant l'âge de 65 ans) est globalement supérieure à la moyenne nationale, surtout pour les hommes : 292.7 décès prématurés sont enregistrés en Bourgogne pour 100 000 contre 270³⁵ en France. Dans la Nièvre et dans l'Yonne, les taux comparatifs de mortalité prématurée pour les hommes dépasse largement ceux des autres départements, soit 358,7 pour la Nièvre et 316 pour l'Yonne.

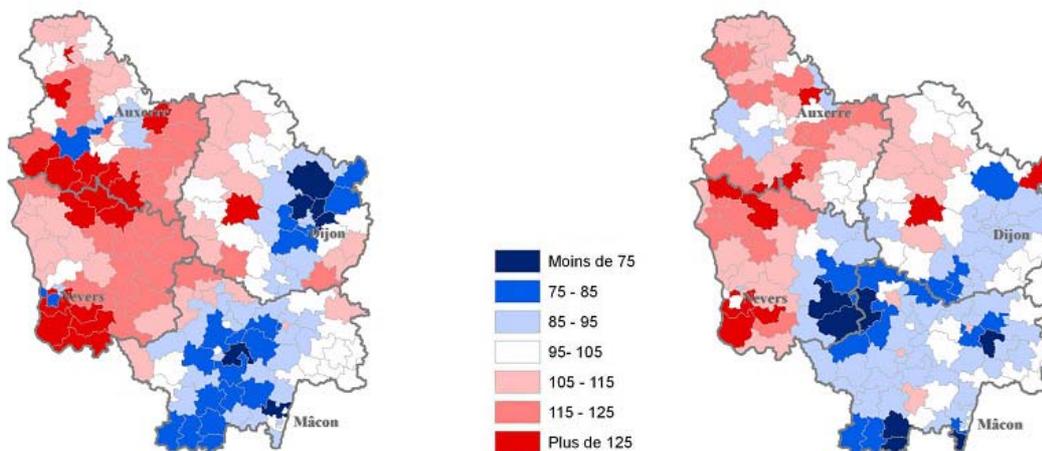
³⁵ Le nombre de décès correspond au nombre moyen de la période triennale 2003-2005. TCM ou taux comparatif de mortalité : nombre de décès pour 100 000 que l'on observerait dans la région si elle avait la même structure d'âge que la population de référence (ici, ensemble de la population en métropole).

Indice comparatif de mortalité (ICM) prématurée dans les cantons de Bourgogne sur la période 2000-2004

Hommes

ICM Bourgogne = 100

Femmes



Sources : Inserm CépiDC, Insee. Exploitation ORS

Définitions ICM ou Indice comparatif de mortalité : rapport du nombre de décès observés au nombre de décès qui seraient obtenus si les taux de mortalité par âge et sexe étaient identiques aux taux nationaux.

Les principales causes de décès prématurés sont les maladies cardio-vasculaires, les cancers et les traumatismes ; et leur prévalence chez les hommes bourguignons dépasse également les indicateurs nationaux.

Bernadette LEMERY, directrice de l'Observatoire régional de la santé de Bourgogne constate une dégradation relative de la santé en Bourgogne³⁶ : « En 2008, nous avons étudié l'évolution de l'espérance de vie en Bourgogne sur vingt ans. Dans les années 1980, elle se situait dans la moyenne nationale, alors qu'en 2000-2004 elle est inférieure. Parallèlement, on a observé une accentuation des disparités en fonction des territoires : dans ceux situés au nord-ouest et à l'ouest, la surmortalité s'est accentuée, alors qu'à l'inverse le long de l'axe Dijon-Mâcon la mortalité reste plus réduite ».

Cette dégradation constatée pourrait-elle être reliée à la diminution de l'offre de soins constatée dans certains territoires en Bourgogne ?

Grâce aux données produites par les observatoires de santé à partir des indicateurs sanitaires, les décideurs politiques peuvent prendre connaissance des disparités à l'œuvre sur les territoires bourguignons.

Les territoires les plus fragilisés et dont les indicateurs sanitaires mettent en relief la proportion importante de comportements à risque peuvent ainsi faire l'objet de programmes prioritaires de santé publique.

2.1.2. L'offre de soins en Bourgogne

La Bourgogne compte de nombreux établissements de santé par rapport à son poids démographique, conséquence de son caractère rural marqué et de sa superficie relativement vaste. Ainsi, au 1^{er} janvier 2008³⁷ 124 établissements de santé maillent le territoire bourguignon. Ils emploient 33 710 personnes, soit environ 5 % de la population active ayant un emploi. Malgré une

³⁶ Audition du CESR, le 7 avril 2009.

³⁷ Bulletin d'information statistique, Le personnel des établissements de santé en Bourgogne en 2008, Direction régionale des affaires sanitaires et sociales.

augmentation des effectifs entre 2004 et 2008, le **nombre de personnels médicaux salariés des établissements de santé rapporté à la population reste, en Bourgogne, globalement inférieur de 14 % à la moyenne en France métropolitaine**. Le constat est inverse pour l'ensemble des sages-femmes et personnels non médicaux. Rapporté à la population, leur nombre est supérieur de 7 % en Bourgogne à la moyenne métropolitaine, de 8 % dans les services de soins et de 4 % dans les autres services.

Les territoires bourguignons pourront être impactés par la loi « HPST » et notamment par les possibilités de coopération qu'elle offre, par le biais des groupements de coopération sanitaire ou bien des communautés hospitalières de territoire.

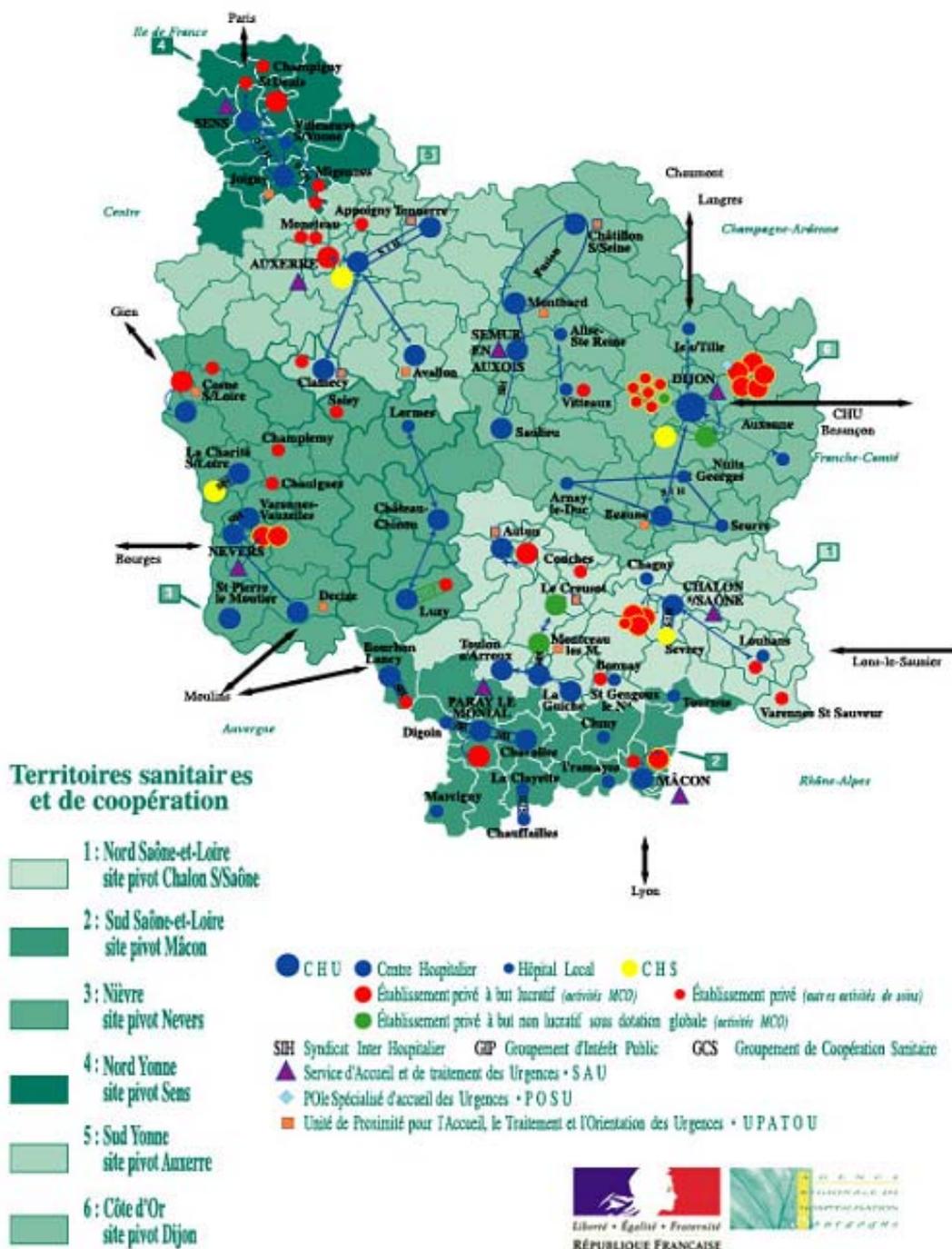
DEXIA a confié à la Nouvelle fabrique des territoires une étude rendue publique le 20 janvier 2009 faisant le bilan de dix années de recomposition hospitalière en France. Entre 1994 et 2005, un quart des lits de médecine, chirurgie et obstétrique a été supprimé, 24.6 % dans les établissements de santé publics, 21 % dans les établissements de santé privés à but lucratif. Le secteur public compte 13.6 % établissements en moins, le secteur privé a perdu quant à lui 32.4 % de ses structures.

En effet, des établissements de santé situés en dehors des grandes agglomérations voient progressivement leurs plateaux techniques transférés ou mutualisés avec d'autres hôpitaux. Les usagers s'élèvent contre la fermeture de services, de chirurgie notamment, et participent à la réflexion sur le maintien des activités. En Bourgogne, plusieurs établissements sont incités à se regrouper ou bien à fermer : Châtillon-sur-Seine, Clamecy, Decize, Semur-en-Auxois... Des maternités ont fermé leurs portes, ainsi que les services de chirurgie qui y étaient rattachés à Migennes, Joigny, Tonnerre, Avallon, Chenôve, Fontaine-les-Dijon, Chalon-sur-Saône, Châtillon-sur-Seine.

Des comités locaux, réunis au sein de la Coordination nationale des comités de défense et de promotion des hôpitaux et maternités de proximité, se constituent sur les territoires pour défendre leurs hôpitaux. Leur président, Michel ANTONY, déclare, au sujet des établissements de santé menacés en France et en Bourgogne :

« Lorsqu'un hôpital local ferme, c'est tout un territoire qui se retrouve fragilisé : sa désertification s'accroît, l'offre libérale s'amenuise et d'autres services publics sont menacés à leur tour. Les personnes les plus enclavées en viennent alors à renoncer partiellement ou totalement aux soins. Un rapport récent consacré aux fusions d'établissements de santé démontre que celles-ci n'avaient pas dégagé d'économies, mais qu'elles avaient, par contre, induit une baisse des consultations de 20 % ».

Si la fermeture de services ou d'établissements peut parfois être évitée, l'alternative, qui consiste à faire collaborer les établissements, peut paraître dans certains cas une solution.



Sur le sujet de la démographie médicale, l'URML de Bourgogne, après l'URML de Rhône-Alpes, lance un outil appelé le « schéma de démographie médicale » créé par la société Géosanté, qui permet d'analyser l'évolution de la démographie médicale à l'échelle des cabinets médicaux, praticien par praticien. Ce schéma permet de faire apparaître les bassins à risque démographique (basés sur l'âge des praticiens), et d'émettre des propositions en termes d'organisation.

Les premières conclusions de ce schéma permettent d'identifier 358 bassins d'activités pour la Bourgogne dont :

- 185 bassins d'activités ne présentent aucun risque démographique ;

- 173 bassins d'activités présentent un risque démographique de type 1 (bassin dont le médecin généraliste est âgé de plus de 55 ans) à 3 (bassin dont 50 % des médecins généralistes sont âgés de 55 ans et plus) :
 - en Côte-d'Or : 40 bassins sont à risque démographique. Parmi eux, des territoires du Nord de la Côte-d'Or présentent un risque élevé, notamment Grancey-le-Château et Neuville, Aignay-le-Duc, Villaines-en-Duesmois, mais également à l'Est, La Roche-en-Brenil ou Epoisses ;
 - dans la Nièvre : 25 bassins présentent un risque démographique, dont 4 en première catégorie de risque. Parmi eux Arleuf et Decize ;
 - en Saône-et-Loire, 56 bassins sont concernés, dont 18 présentent un risque de type 1. Parmi eux Mesvres, Saint-Christophe-en-Brionnais, Gévelard, Iguerande, Cormatin... ;
 - dans l'Yonne, 52 bassins présentent un risque démographique, avec 30 zones dont le seul médecin est âgé de plus de 55 ans. Parmi elles, Saint-Sauveur-en Puisaye, Chablis, Mâlay, Mailly-le-Château, Châtel-Censoir...

Pour l'URML, qui édite cette étude de démographie médicale, 15 bassins d'activités semblent difficiles à maintenir compte tenu de la population, mais 47 bassins nécessiteront l'installation de praticiens dans les années à venir pour préserver une activité médicale. 98 bassins devraient également bénéficier de l'installation de praticiens pour conserver les conditions actuelles d'accessibilité.

De par sa dominante rurale, la Bourgogne est pleinement concernée par la problématique de la désertification médicale.

2.1.3. L'information sur les besoins

2.1.3.1. L'Observatoire régional de santé

Les ORS constituent un réseau fédéré par la Fédération nationale des ORS dont les missions consistent à :

- collecter, analyser et valoriser les données sanitaires et sociales à différents niveaux géographiques ;
- réaliser des études et enquêtes dans les domaines où l'information est insuffisante ;
- participer à divers comités et contribuer à la définition des politiques de santé ;
- contribuer à l'adoption des méthodes communes d'analyse des problèmes de santé ;
- développer une base de données (SCORE-Santé) ;
- piloter des synthèses sur les disparités de santé.

Dans leurs analyses, **les ORS retiennent une définition large et plurifactorielle du concept de santé, prenant en compte les influences du milieu sur l'individu, et donc les déterminants de santé.** Les travaux des ORS, lorsqu'ils étudient des problématiques de santé, se penchent à la fois sur des facteurs liés à la biologie humaine, mais également sur l'organisation des services de santé, sur l'environnement et sur les comportements.

Les ORS sont financés par de multiples partenaires : État (44 %), conseils régionaux (26 %), assurance maladie (3 %) (le reste provenant d'autres partenaires à 18 %, d'établissements à hauteur de 3 %, d'organismes nationaux 4 % de l'Europe pour 1 % et des autres collectivités 2 %). **En Bourgogne, le Conseil régional ne participe néanmoins pas au fonctionnement de l'ORS.**

2.1.3.2. La plateforme d'observation sociale et sanitaire

Sous la responsabilité de la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS), l'Observatoire régional de la santé pilote la mise en œuvre d'une plateforme d'observation sociale et sanitaire. Ses missions sont de rassembler, organiser et valoriser les informations disponibles (statistiques, études, diagnostics locaux et suivis d'indicateurs), de repérer et d'analyser les besoins en matière d'observations, d'études et de diagnostics, d'organiser l'échange autour de ces données et la diffusion auprès des décideurs, des usagers...

La plateforme est animée par un comité de pilotage composé de partenaires du champ social et sanitaire et des membres du Groupement régional de santé publique. Il arrête un programme de travail annuel, suit l'état d'avancement et valide les travaux.

Un Conseil scientifique met en commun les informations disponibles et les études déjà menées et propose des priorités en matière d'observation régionale au comité de pilotage.

2.1.3.3. L'observation en matière médico-sociale : les missions des CREAI

Le réseau des Centres régionaux d'études et d'actions sur les handicaps et les inadaptations (CREAI) produit des outils et des analyses pour connaître les besoins et les attentes, évaluer les réponses aux besoins sanitaires et sociaux et médico-sociaux. Les CREAI organisent des journées d'études, animent des groupes de travail ou commissions, et réalisent des études à la demande de l'État ou des collectivités territoriales. Ils élaborent et publient des travaux concernant l'équipement régional social et médico-social. Leur position de veille permanente régionale permet de nourrir la connaissance des besoins des personnes en situation de vulnérabilité sociale (handicap, difficultés sociales, enfance en danger, personnes âgées).

2.1.3.4. Les multiples organismes producteurs de données régionales dans les champs du social et de la santé

De nombreuses analyses sont conduites par différents organismes pour mieux connaître la situation sanitaire et sociale des territoires. L'INSEE recense la population et produit des études sectorielles, la DRASS, l'INSERM³⁸, l'INCA³⁹ la DREES⁴⁰, pour n'en citer que quelques uns, conduisent des études à partir de données régionales et locales. Toute cette matière permet d'identifier les besoins de santé à l'échelle des territoires d'une région. La multiplicité des sources de données comporte un point faible : les indicateurs sont difficilement superposables et comparables, à l'instar de ce qu'observe Monsieur André FLAJOLET, député du Pas-de-Calais, dans son rapport consacré aux disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire : « En bref, il n'existe pas d'outil de recensement et de diagnostic commun à l'ensemble des territoires, qui permette une vision pertinente des réalités et des enjeux locaux, et qui puisse servir de socle à un plan d'action efficient ».

La mise en place des ARS et la mission d'observation qui leur est confiée, pourra avoir pour objectif de coordonner les interventions de chaque organisme d'études à l'échelon régional.

2.1.4. Les préconisations de l'avis du CESR de 2005 « le rôle de la Région en matière de santé »

Répondant à la saisine du Conseil régional, le CESR avait émis 6 grandes propositions :

- contribuer à la mise en place d'une « plateforme » régionale d'échanges sur la santé pour présenter aux usagers les réseaux de santé, échanger et diffuser des bonnes pratiques ;

³⁸ INSERM : Institut national de la santé de la recherche médicale.

³⁹ Institut national du cancer.

⁴⁰ Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, du ministère de la Santé et des sports.

- renforcer les actions de prévention et d'éducation à la santé et les intégrer dans un parcours de santé ;
- proposer des actions de formation mieux adaptées à l'évolution des pratiques professionnelles et à la transversalité des métiers ;
- généraliser l'accès aux TIC sur l'ensemble du territoire : développer la télémédecine afin de proposer aux Bourguignons des diagnostics partagés, des soins spécialisés et des interventions chirurgicales à distance ;
- revaloriser les métiers du secteur sanitaire et social ;
- participer à l'équipement des maisons médicales et des réseaux de santé.

Dans ses schémas des formations sanitaires et sociales, le Conseil régional présente des orientations, dont certaines rejoignent des préconisations du CESR, notamment celles liées à l'évolution des pratiques professionnelles et des métiers, à la revalorisation des métiers du secteur sanitaire et social, et à l'équipement des maisons médicales.

2.2. LES FORMATIONS SANITAIRES ET SOCIALES : ETAT DES LIEUX D'UN TRANSFERT

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. La Région met en œuvre le plan régional de développement des formations (PRDF) et les schémas des formations sanitaires et sociales. Les budgets de fonctionnement des écoles de formations dans les filières paramédicales et sociales, ainsi que la gestion des bourses des élèves ont été transférés aux Régions en 2005.

2.2.1. Ce que la Région a mis en œuvre depuis le transfert des formations sanitaires et sociales

Les formations sanitaires et sociales en Bourgogne se répartissent dans 23 écoles ou instituts, et accueillent près de 3 800 élèves. En 2009, le Conseil régional de Bourgogne a prévu de consacrer 25.8 millions d'euros aux formations sanitaires et sociales. Partie intégrante du Plan régional de développement des formations, les schémas régionaux des formations sanitaires et sociales ont été élaborés sur un mode participatif pour proposer un diagnostic et des plans d'action.

2.2.1.1. Les formations sanitaires : cibler les besoins, et accompagner...

Depuis la loi du 13 août 2004, relative aux « Libertés et responsabilités locales », la Région est compétente sur le fonctionnement et l'équipement des écoles et institutions assurant les formations aux **professions paramédicales et sages-femmes**. Bien que les quotas régionaux soient encore fixés par l'État, la Région décide de la répartition des étudiants ou élèves entre les instituts et écoles. **Les formations sanitaires comprennent également les filières secondaires** que sont le CAP petite enfance, le BEP carrières sanitaires et sociales, et le Bac sciences et technologie de la santé et du social (jusqu'à 2007 intitulé Bac SMS, Sciences médico-sociales), ou encore le BEPA Services aux personnes⁴¹. Des formations sanitaires ne sont pas proposées en Bourgogne, par exemple celles de psychomotricien ou d'ergothérapeute, qui concernent quelques personnes par an. **Une réflexion interrégionale pourrait être conduite afin de coordonner les formations existantes, par exemple à l'échelle du Grand Est.**

⁴¹ Cartographie des formations sanitaires en Bourgogne en annexe 1.

Les formations paramédicales sont proposées par **19 structures** (15 à statut public et 4 à statut privé à but non lucratif) qui intègrent 11 IFSI⁴² et 17 IFAS⁴³; les autres formations d'auxiliaire de puériculture, de masseur-kinésithérapeute, d'infirmier-anesthésiste, de puéricultrice, de cadre de santé, de cadre sage-femme sont accessibles en région dans un unique centre de formation. Il existe une seule école de cadre sage-femme en France, située à Dijon. En 2005, les études sanitaires ont été suivies par 3 060 étudiants, dont 2 177 en écoles d'infirmiers.

La prise en charge des frais de fonctionnement et d'équipement des 23 écoles paramédicales mobilise un budget de fonctionnement de 19 millions d'euros.

Partant d'un diagnostic faisant apparaître notamment des carences en professionnels formés sur les métiers d'aides-soignants et de cadres de santé, le schéma prévoit d'augmenter la capacité des centres de formations préparant à ces métiers. L'école de masseur-kinésithérapeute voit également sa capacité accrue.

Le schéma poursuit trois grandes orientations :

1. **Favoriser la répartition des professionnels sur les territoires** avec le ciblage du programme « Réciprosanté »⁴⁴ et son ouverture aux masseurs-kinésithérapeutes, la diversification des voies d'accès à la formation d'aide-soignant dans les zones fragilisées, l'aide à l'installation de jeunes diplômés, notamment masseur-kinésithérapeute dans les maisons de santé, et la diversification des terrains de stage de masseur-kinésithérapeute, avec la prise en charge des frais de transport par la Région.
2. **Rendre les formations sanitaires accessibles à tous** avec la gratuité offerte aux demandeurs d'emploi s'engageant dans des formations de Niveau V (aide-soignant, auxiliaire de puériculture, ambulancier), l'atténuation du coût pour les étudiants les plus modestes des formations d'aide-soignant, d'infirmier et de masseur-kinésithérapeute, le développement et le financement des préparations au concours d'aide soignant, le développement des passerelles et de la VAE.
3. **Veiller au développement qualitatif de la formation** en contribuant à renforcer la qualification des formateurs, en définissant des groupements locaux entre écoles, en développant l'usage des NTIC, en préparant à un passage au LMD (Licence Master Doctorat).

Le transfert des formations sanitaires et sociales en Bourgogne s'est opéré sans heurts, et selon les acteurs, positivement, comme le remarque Joëlle KOZLOWSKI, directrice de l'IFSI de Nevers : « Avec la Région Bourgogne, le dialogue est ouvert sur le budget de fonctionnement et d'investissement. Étant vice-présidente du CEFIEC (Comité d'entente des formations infirmières et cadres), je peux apprécier la qualité de notre collaboration avec le Conseil régional, au regard des relations tendues entretenues entre certains IFSI et les services d'autres Régions. On aurait souhaité que la collaboration avec les Régions puisse aller plus loin ».

Pourtant, pour le Conseil régional, la prise en charge du financement des établissements de formations sanitaires n'a pas été simple : les centres de formation étant intégrés en général aux hôpitaux, et ceux-ci ne disposant pas de comptabilité analytique, il a fallu flécher les coûts spécifiques dédiés à la formation dans les budgets de l'hôpital.

Les transferts financiers de l'État aux Régions ne semblent pas suffire à couvrir les charges à assumer. En France, ce sont plus de 1 330 écoles et instituts de formations paramédicaux et de travail social – avec leurs 158 000 élèves – qui ont été confiés aux Conseils régionaux. Le coût de ce transfert a été estimé par l'État à 754 millions d'euros, une « dotation sous-évaluée au vu des

⁴² Institut de formation aux soins infirmiers.

⁴³ Institut de formation des aides-soignants.

⁴⁴ Une allocation mensuelle est versée aux étudiants infirmiers ou sages-femmes en échange d'une durée minimum d'exercice dans un établissement de santé bourguignon.

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 Bourgogne⁴⁵. Les investissements des établissements de formation, qui doivent être pris en charge par les Régions, ne sont pas réellement comptabilisés dans les transferts, calculés essentiellement sur les coûts de fonctionnement. Le différentiel déjà évalué pour toutes les régions, à au moins 146 millions d'euros, ne tient pas compte de ces dépenses d'investissement⁴⁶.

2.2.1.2. Les écoles aux carrières sociales : une multitude de diplômes

Depuis la loi du 13 août 2004, relative aux libertés et responsabilités locales, la compétence des régions couvre la totalité des formations sociales figurant dans le Code de l'action sociale, qui renvoie à la définition du « travailleur social » mais ne comprend pas de listes des formations en question. **Les Régions sont compétentes en matière d'organisation et de financement des formations sociales, avec notamment l'attribution d'aides financières aux étudiants et le financement des établissements de santé.** Le Conseil régional a adopté son schéma régional des formations sociales en avril 2007 après avoir associés notamment les services de l'État, compétents pour le contenu pédagogique des formations, et les services des départements en charge d'élaborer les schémas départementaux des services sociaux.

Dans le domaine social, l'établissement pivot de formation au travail social est l'IRTESS⁴⁷ basé à Dijon. Il se charge de la quasi-totalité des formations initiales professionnelles et d'une partie de la formation professionnelle continue du travail social en Bourgogne. Le Comité régional des institutions pour la formation des aides à domicile (CRIFAD), représenté dans les quatre départements bourguignons, se charge de la formation préparant au diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale. Trois lycées professionnels et un CFA⁴⁸ délivrent en outre en Bourgogne une formation au diplôme d'Etat de conseiller en économie sociale et familiale.

Les autres formations proposées par les ministères de l'Éducation nationale (CAP petite enfance, BEP sanitaire et social, etc) et de l'Agriculture (BEP service aux personnes, Bac Pro services en milieu rural) se répartissent sur tous les territoires bourguignons.

Le secteur social est créateur d'emplois : le nombre de professionnels a considérablement augmenté ces dernières années, et d'après le diagnostic présenté dans le schéma régional des formations sociales, les employeurs ne témoignent pas de difficultés particulières à recruter. Les emplois de niveau V croissent en ce qui concerne le secteur des personnes âgées et celui de l'intervention auprès des enfants et des familles, pendant que ceux liés à la petite enfance et du handicap restent stables. **Des difficultés de recrutement qualitatives apparaissent pour les postes d'encadrement dans la petite enfance, de responsables de secteur dans les EHPAD et dans les unités territoriales des Conseils généraux. Les employeurs peinent également à recruter des professionnels formés aux modes de prise en charge des personnes âgées ou handicapées.**

Le diagnostic élaboré dans le cadre du schéma régional des formations sanitaires fait apparaître, que les besoins en qualifications sont principalement déterminés par les nouvelles exigences de qualité de l'intervention sociale et par les normes imposées aux établissements : « D'un côté, près de trois salariés sur quatre des associations d'aide à domicile de Bourgogne (73 %) ne disposent d'aucune qualification, de l'autre, les nouvelles normes de fonctionnement des crèches exigent que 50 % des personnels y soient qualifiés ».⁴⁹

⁴⁵ Mot d'accueil de François PATRIAT à l'occasion des troisièmes assises des formations sanitaires et sociales, le 31 mars 2009.

⁴⁶ Le dossier Centre Info (l'information sur la formation tout au long de la vie) du 1^{er} au 15 avril 2006.

⁴⁷ Institut régional supérieur du travail éducatif et social

⁴⁸ Le Lycée Simone Weil, le Lycée privé Les Arcades de Dijon, Antenne du CFA régional des Maisons familiales rurales de Bourgogne à Fauverney, et le Lycée professionnel privé Sainte Marguerite-Marie de Verosvres.

⁴⁹ Schéma régional des formations sociales en Bourgogne.

Le schéma régional des formations sanitaires fixe quatre orientations prioritaires :

- **l'évolution du nombre de diplômés par filières** : une majorité de professions paraissent proches de l'équilibre, mais des difficultés de recrutement apparaissent pour les auxiliaires de vie sociale, les cadres intermédiaires et les directeurs ;
- **la création d'un observatoire des métiers et des formations** : l'emploi dans le secteur social ne bénéficie pas de données fiables, et se caractérise par une césure entre les qualifications et les emplois occupés, c'est pourquoi la création d'un observatoire permettra de mutualiser les différentes sources d'information ;
- **la préparation d'un contrat d'objectifs avec les branches** ;
- une méthode pour le suivi et l'évaluation du schéma.

Le Conseil régional de Bourgogne et l'Institut régional supérieur du travail éducatif et social (IRTESS) ont signé le 22 août 2008 une convention pluri annuelle (3 ans) engageant la Région pour le financement du fonctionnement et de l'équipement des formations, concernant **620 personnes** en 2007. La convention porte sur les diplômes de niveau III auxquels l'IRTESS prépare :

- le diplôme d'État d'assistant de service social (DEASS)
- le diplôme d'État d'éducateur spécialisé (DEES)
- le diplôme d'État d'éducateur de jeunes enfants (DEEJE)
- le diplôme d'État d'éducateur technique spécialisé (DEETS)

Et ceux de niveau IV :

- le diplôme d'État de technicien d'intervention sociale et familiale (DETISF)
- le diplôme d'État d'auxiliaire de vie sociale (DEAVS)
- et le certificat d'aptitude aux fonctions de moniteur-éducateur (CAFME).

Le secteur des formations sociales comprend une multiplicité de formations et de diplômes, dont certains présentent des qualifications voisines. Cette spécialisation des métiers sociaux peut paraître en contradiction avec la nécessité de voir le travail social irriguer les territoires, comme le remarque Jean-Luc DEBARD, directeur de l'IRTESS : « **l'IRTESS assume la qualification liée à 17 métiers du champ social et délivre 14 diplômes, là où en Europe il existe 5 métiers pour répondre aux mêmes besoins sociaux.** Sur les métiers de niveau V (aide médico-psychologique, aide-soignant, moniteur-éducateur, technicien de l'intervention sociale et familiale), on gagnerait à constituer un socle commun. Pour une personne handicapée, quatre corps de métiers interviennent chaque jour sur des missions précises. **Or si l'on doit prendre en compte l'évolution des besoins de santé sur les territoires, cette hyper spécialisation s'inscrit en contradiction avec la logique du développement local** »⁵⁰. En effet, il paraît difficile que des représentants de chaque métier pratiquent dans les territoires sous-dotés en travailleurs sociaux.

2.2.1.3. La gratuité des formations d'ambulancier, d'aide-soignant et d'auxiliaire de puériculture pour les demandeurs d'emploi

Proposée dans le schéma régional des formations sanitaires, et répondant aux difficultés de recrutement exprimées par les employeurs, la gratuité pour les demandeurs d'emploi des formations d'aide-soignant est effective depuis 2004 et étendue depuis à celles d'ambulancier et d'auxiliaire de puériculture. 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 €.

2.2.1.4. Les bourses paramédicales et sociales

Les Conseils régionaux ont en charge depuis le 1^{er} janvier 2005 l'attribution des bourses aux étudiants suivant une formation paramédicale ou sociale agréée. Les taux et barèmes des bourses

⁵⁰ Audition du CESR du 2 juin 2009.

sont fixés par décret depuis mai 2005, ceux-ci comportent cinq échelons liés aux plafonds de ressources déclarées par les étudiants. Le Conseil régional a voté son règlement portant sur les bourses paramédicales et sociales le 16 juin 2005. Depuis 2005, 2 859 bourses paramédicales ont été versées pour près de 8.2 millions d'euros. Un bilan du dispositif⁵¹ élaboré à la fin 2005 fait apparaître que :

- 687 bourses paramédicales ont été versées pour un montant total de 2 025 854 €, le taux d'acceptation étant au final de 66 % ;
- 168 bourses sociales ont été attribuées pour un montant total de 474 283 €, le taux d'acceptation étant de 70 %.

Les boursiers pris en charge par la Région sont :

- pour plus de 90 % d'entre, des femmes ;
- à plus de 80 %, ils ont moins de 25 ans ;
- **91 % des boursiers paramédicaux suivent une formation d'infirmier ;**
- **35 % des boursiers sociaux se préparent au métier d'assistant social, 29 % à celui d'éducateur spécialisé, 23 % à celui d'éducateur de jeunes enfants ;**
- **la majorité des boursiers (à plus de 55 %) bénéficie d'une bourse à taux plein, correspondant à l'échelon 5, c'est-à-dire dont le minimum fixé par décret s'élève à 3 554 € par an.**

Le bilan financier du dispositif fait apparaître une augmentation importante du nombre de bourses suite aux décrets des 3 et 4 mai 2005, qui modifient leurs modalités de calcul ainsi que leurs montants pour les aligner sur ceux des bourses attribuées par les CROUS.

Entre 2004 et 2005, année d'entrée en vigueur du nouveau système, le nombre de bourses paramédicales a augmenté de 19.06 % et celui des bourses sociales de 51.71 %.

En conséquence, l'engagement de la Région suit l'augmentation de 70 % de l'enveloppe des bourses paramédicales et celle de 58 % de l'enveloppe des bourses sociales. Ces montées en charge ne sont pas compensées par les transferts de charges de l'État.

	Montant total des bourses	Montant des droits à compensation	Différence
Bourses paramédicales	2 025 854 €	1 392 744 €	-633 110 €
Bourses sociales	474 283 €	341 438 €	-132 845 €
TOTAL	2 500 137 €	1 734 182 €	-765 955 €

2.2.2. Des marges de progression

Les compétences des Régions en matière de formations sanitaires et sociales portent sur le financement des écoles et instituts, sur la répartition des élèves, ainsi que sur les bourses.

L'État conserve la responsabilité du contenu des formations de leurs conditions d'accès, des modalités d'évaluation des candidats, de l'organisation des études et de la délivrance des diplômes. Il fixe et répartit le nombre d'étudiants pouvant entrer dans des formations sanitaires ou sociales au niveau national.

L'imbrication du rôle de l'État et de celui de la Région en matière de formations sanitaires et sociales implique une étroite collaboration et une écoute mutuelle.

2.2.2.1. « La Région propose, l'État dispose »

A travers le financement des écoles et instituts de formations sanitaires, liés la plupart du temps à des établissements de santé, les Conseils régionaux sont entrés indirectement dans les discussions portant sur le budget de l'hôpital. Christelle CORDIER⁵², coordinatrice des formations sanitaires et

⁵¹ Bourses paramédicales et sociales, bilan à fin 2005, www.cr-bourgogne.fr

⁵² Audition au CESR le 2 juin 2009.

sociales au Conseil régional de Bourgogne observe : « Il arrive que les soignants ou formateurs, parce que les services de l'État sont difficiles à joindre, interpellent les services de la Région, plus proches. Insidieusement, la Région est amenée sur un champ d'intervention qui dépasse le strict cadre des compétences que lui a confié la loi ». Les instituts de formation travaillent désormais avec deux partenaires de tutelle, l'État et la Région, ce qui n'est pas toujours simple, comme l'atteste Joëlle KOZLOWSKI, directrice de l'IFSI de Nevers : « Des difficultés apparaissent : nous sommes malheureusement encore trop souvent pris en « étau » entre la Région et l'État, nous préférierions être sur une autre logique ».

A partir de diagnostics partagés des quotas de formation, la Région évalue les besoins et participe à la répartition de l'offre de formation sanitaire et sociale sur les territoires. In fine c'est à l'État qu'incombe la détermination des quotas.

Si le rôle joué par les Régions déborde parfois les missions précises que leur confie la loi, il appartient à l'État de trancher sur les sujets stratégiques, ce qui fait dire à Francine BAVAY, vice-présidente du Conseil régional d'Ile-de-France⁵³. « Nous sommes dans la situation où la Région propose et l'État dispose, et je ne crois pas que l'on puisse parler de réelle décentralisation ».

2.2.2.2. L'universitarisation des formations sanitaires et sociales

Répondant à une revendication ancienne des infirmiers et des sages-femmes, l'universitarisation des formations paramédicales est imminente. La réforme en cours vise à faire bénéficier aux infirmiers d'un diplôme équivalent à la licence validant leurs 3 années et demie de formation⁵⁴, et aux sages-femmes d'un master pour leurs cinq ans d'études, et donc de reconnaître leur intégration dans le cursus « LMD » (Licence, Master, Doctorat). Un rapport⁵⁵ en date de septembre 2008, consacré à l'impact du dispositif LMD sur les formations et le statut des professions paramédicales a servi de base aux derniers arbitrages ministériels. Il préconisait :

- une réforme étalée dans le temps, soit sur environ cinq ans et en commençant par les professions d'infirmiers et de sages-femmes ;
- une concertation avec l'ARF sur les modalités de l'universitarisation qu'entraînerait le passage au système LMD ;
- une association de la conférence des présidents d'université aux discussions de l'ARF et de l'État.

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), est parue le 9 juillet 2009.

Elle prévoit une intégration des formations d'infirmiers dans le système LMD dès le mois de septembre 2009, énonçant :

« L'intégration du diplôme d'État d'infirmier dans le processus LMD se concrétisera par la reconnaissance aux titulaires du diplôme d'État d'infirmier du grade de licence à partir de 2012, dès lors qu'ils auront été inscrits en première année à compter de la rentrée 2009. Cela implique la signature, au plus tard en juin 2010, de conventions entre les IFSI ou établissements de santé support des IFSI, les universités et les Régions. »

Concrètement, les établissements publics de santé (EPS) supports d'un IFSI créeront un groupement de coopération sanitaire (GCS) pour passer convention avec les universités et la

⁵³ Centre Info du 1^{er} au 15 avril 2006.

⁵⁴ A l'heure actuelle, le diplôme d'infirmier est équivalent à un Bac + 2, et ce malgré les trois années de formation qu'il valide.

⁵⁵ L'évaluation de l'impact du dispositif LMD sur les formations et le statut des professions paramédicales, Morelle Aquilino, Jacques Veyret et Gérard Lesage, IGAS, rapport n°RM2008-081P/IGAENR 2008-068, septembre 2008.

Région. La circulaire précise : « sont membres de droit du même GCS, les EPS supports d'un IFSI d'une même région ou d'une même académie, un seul GCS devant être, sauf cas particulier, constitué par académie. »

Le texte précise enfin que les conventions constitutives des GCS et les conventions de partenariats devraient être impérativement signées avant le 30 juin 2010.

Les conventions de partenariat pourront comprendre des modalités qui favoriseront la transversalité des formations et offriront de nouvelles perspectives aux étudiants infirmiers, avec :

- la contribution des universités à la formation ;
- les services des universités susceptibles d'être ouverts aux étudiants des IFSI ;
- la mobilité européenne des étudiants ;
- le développement des formations universitaires pouvant concerner le champ des soins infirmiers ;
- la possibilité de poursuites d'études à l'Université ;
- et surtout, la mise en place, pour les infirmiers diplômés d'État auxquels le grade de licence n'a pas été conféré (diplôme obtenu avant la réforme), d'une commission pédagogique pour la validation des études, expériences professionnelles ou acquis personnel en vue de l'accès aux différents niveaux de l'enseignement supérieur.

Les régions seront parties prenantes dans la mise en œuvre de ces conventions tripartites Université-Région-IFSI et la constitution des GCS, ce qui nécessitera de trouver un terrain d'entente et des modalités de financement adaptées.

Dans une lettre adressée à la ministre de la Santé et des sports, le CEFIEC (Comité d'entente des formations infirmières et cadres), rappelle son attachement au caractère professionnalisant des formations en IFSI et sollicite que les formateurs actuels en IFSI, cadres de santé, puissent bénéficier d'une équivalence de master première année pour pouvoir, par le biais de la validation des acquis ou par la formation continue, obtenir un master complet

La circulaire interministérielle du 9 juillet 2009 pose d'ores et déjà des questionnements en matière de cadres d'emplois : les infirmiers devenant titulaires d'un diplôme de licence seraient assimilés à des cadres « A » de la fonction publique hospitalière, contre une assimilation à des cadres « B » à l'heure actuelle, et les sages-femmes à des cadres « A+ », ce qui fait dire à Christelle CORDIER, coordinatrice des formations sanitaires et sociales au Conseil régional de Bourgogne : « Via la reconnaissance du niveau licence de la formation d'infirmier, les Régions sont amenées à être interpellées sur la place des infirmiers dans le système hospitalier et leur intégration en catégorie A de la fonction publique hospitalière ».

Les études de médecine se préparent, elles-aussi, à intégrer le système LMD : la LMD « santé » pourrait se composer de quatre filières : médecine, pharmacie, odontologie, et maïeutique. Les étudiants commenceraient à privilégier une filière en seconde année (L2) avant de se spécialiser dans la dernière (L3).

2.3. L'AMENAGEMENT DU TERRITOIRE : LA REGION ENGAGEE

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 règle par ses délibérations les affaires de la région. Il 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 dans le respect de l'intégrité, de l'autonomie et des attributions des départements et des communes** »⁵⁶.

⁵⁶ Code général des collectivités territoriales, L.4221-1.

Pour financer les programmes tendant à favoriser l'accès aux soins et à la prévention pour tous les Bourguignons en tout point du territoire, La Région dépense 1.4 million d'€ par an.

2.3.1. Les incitations à l'installation des professionnels de santé

« En Bourgogne, nous faisons notre possible pour réduire les tensions dues aux inégalités d'accès aux soins en raison de la baisse de la démographie médicale, alors même que la nécessité de soins devient impérieuse pour une population vieillissante. » François PATRIAT, Sénateur, Président du Conseil régional de Bourgogne le 31 mars 2009⁵⁷.

2.3.1.1. Réciprosanté

En 2004, le Conseil régional en lien avec l'ARH (agence régionale de l'hospitalisation) a créé le contrat « Réciprosanté ». Destiné à rendre les études d'infirmiers et de sages-femmes plus attractives et à inciter à l'implantation de ces professions de santé sur les territoires bourguignons, « Réciprosanté » consiste en une allocation versée à partir de la deuxième année d'études. Le versement de cette aide a une contrepartie pour l'étudiant : son engagement de pratiquer une fois diplômé dans un établissement de santé ou médico-social de la région, reconnu en déficit de personnel qualifié et avec lequel il signe un contrat.

Deux types d'allocations « Réciprosanté » sont proposés aux étudiants :

- l'allocation simple, dont le montant est de 425 € mensuels si l'étudiant signe un contrat avec un hôpital ou une clinique située en zone urbaine ;
- l'allocation bonifiée proposée à partir de l'année scolaire 2006/2007, dont le montant est de 600 € mensuels, si l'étudiant signe un contrat avec un établissement relevant du secteur médico-social et/ou situé en zone rurale fragile⁵⁸ ou avec un hôpital local, un établissement gériatrique ou psychiatrique.

Les indemnités de stage s'ajoutent à cette allocation.

Grâce à l'instauration de l'allocation bonifiée, la proportion d'établissements en zone rurale (le Morvan, Decize, Cosne-sur-Loire, Avallon, Châtillon-sur-Seine, Montbard) participant au dispositif a augmenté.

Une fois diplômé, l'allocataire est tenu d'exercer ses fonctions dans l'établissement de santé signataire du contrat et d'accepter le poste qui lui est proposé. La durée d'engagement est fonction de celle du versement de l'allocation :

INFIRMIERES		SAGES-FEMMES	
Contrat établi à partir de la 2 ^{ème} année et jusqu'au diplôme d'État	Durée de l'engagement : 36 mois	Contrat établi à partir de la 2 ^{ème} année jusqu'au diplôme d'État	Durée de l'engagement : 36 mois
Contrat établi à partir de la 3 ^{ème} année et jusqu'au diplôme d'État	Durée de l'engagement : 18 mois	Contrat établi à partir de la 3 ^{ème} année et jusqu'au diplôme d'État	Durée de l'engagement : 30 mois
		Contrat établi à partir de la 4 ^{ème} année et jusqu'au diplôme d'État	Durée de l'engagement : 12 mois

En 2004-2005, première année de mise en œuvre, 80 contrats ont été signés par les étudiants de deuxième et troisième année. A la fin juin 2009, date à laquelle un second bilan de l'opération a été effectué, 488 contrats ont été signés depuis 2004.

⁵⁷ Mot d'accueil aux troisièmes assises des formations sanitaires et sociales se tenant à Dijon.

⁵⁸ Par exemple, Zone FSE objectif 2, bassin de reconversion, territoire au solde migratoire négatif, territoire au solde naturel négatif

Pour la première fois en 2008/2009, le contrat « Réciprosanté » a été proposé aux étudiants en formation en masso-kinésithérapie.

Le bilan fait apparaître que les allocataires, à 85 % des femmes, ont signé leurs contrats dans les quatre départements⁵⁹. Sur 488 contrats signés, 461 l'ont été avec des élèves infirmières, 25 avec des étudiantes sages-femmes et 2 avec des étudiants masseurs-kinésithérapeutes, sachant que la formation d'infirmière concerne 800 étudiantes, celle de sage-femme 27, et celle de masseur-kinésithérapeute 60 par an.

En juin 2009, 289 allocataires sont diplômés et ont un emploi t⁶⁰) :

- les centres hospitaliers sont attractifs: 42 % ont intégré un CH⁶¹, un CHU⁶², 20 % une clinique et 21 % un CHS⁶³, 6 % un HL⁶⁴ ;
- près de 9 % ont intégré un centre de rééducation, de cure, une maison de convalescence...
- mais quelle que soit leur situation géographique, **les établissements d'hébergement pour personnes âgées peinent à recruter : 4 % des diplômés pratiquent dans une maison de retraite ou un EHPAD ;**
- **le bilan observe que des difficultés persistent dans les petites structures situées notamment en zones rurales.**

Sur les 488 contrats signés, le taux de rupture est de 9 % : dans 36 % des cas, la raison en est l'arrêt des études.

D'après le bilan effectué par la Région, les établissements futurs employeurs se disent à 93 % très satisfaits du dispositif, qui leur permet de préparer leurs recrutements et de faire connaissance, par le biais de stages réalisés dans le cadre de la formation, avec leurs futurs professionnels de santé.

Le dispositif « Réciprosanté » facilite la formation des infirmiers et des sages-femmes, en offrant aux bénéficiaires un revenu fixe pendant leurs études, et favorise les recrutements de professionnels de santé pour les établissements du territoire.

2.3.1.2. Aides aux stages pour les étudiants en médecine et odontologie

L'allocation Bourgogne médecin est une aide financière destinée aux étudiants de l'Université de Bourgogne s'engageant à accomplir leur stage de médecine générale obligatoire en zone rurale, semi-rurale ou dans un des quartiers prioritaires⁶⁵ du Grand Chalon, d'Auxerre, du Creusot-Montceau, de Nevers, Sens, Mâcon, Migennes ou Autun.

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 des quartiers prioritaires ou en milieu rural.

⁵⁹ 28 % des contrats ont été conclus en Côte-d'Or, 26 % dans l'Yonne, 25 % dans la Nièvre, et 22 % en Saône-et-Loire.

⁶⁰ En signant le contrat Réciprosanté, l'allocataire s'engage à poursuivre ses études jusqu'au diplôme d'État et à exercer à temps plein. Dans le cas contraire, il est tenu de rembourser le montant total des sommes qu'il aura perçues auprès de la Région et de l'établissement futur employeur.

⁶¹ Centre hospitalier

⁶² Centre hospitalier universitaire

⁶³ Centre hospitalier spécialisé. (psychiatrie)

⁶⁴ Hôpital local

⁶⁵ Communauté d'agglomération du Grand Chalon : Prés-Saint-Jean, Stade-Fontaine-aux-Loups, Aubépins, Clair-Logie
Auxerre : Les Brichères, Sainte-Geneviève rive droite, Communauté Urbaine du Creusot-Montceau : Tennis, Harfleur, Rives-du-Plessis, Bellevue-LOFOLA, Résidence-du-Lac ; Nevers : La-Grande-Pâturage ; Sens : quartier est ; Mâcon : Marbé ; Migennes : Les Mignottes-Lafayette ; Autun : Saint-Pantaléon.

D'un montant maximum de 600 € pour les étudiants en deuxième cycle et de 5 800 € pour les étudiants en troisième cycle, l'allocation comprend :

- un forfait pour les frais de déplacement (200 € pour le deuxième cycle et 2 375 € pour le troisième cycle) ;
- le remboursement des frais d'hébergement.

L'allocation Bourgogne médecin, fruit du partenariat avec l'ARH, l'URCAM et l'URML, existe depuis 2005 pour les étudiants de 3^{ème} cycle et a été élargie à ceux de second cycle en 2008. L'allocation Bourgogne dentiste a été mise en place en 2007. **Une première évaluation a été réalisée début 2008**, sur la base des 42 premiers bénéficiaires, sachant qu'en juin 2009, 92 étudiants de 3^{ème} cycle et 38 de second cycle en ont bénéficié. Le Conseil régional prévoit une seconde évaluation à la fin 2009 pour mesurer l'impact de la mesure et suivre dans le temps l'installation des bénéficiaires.

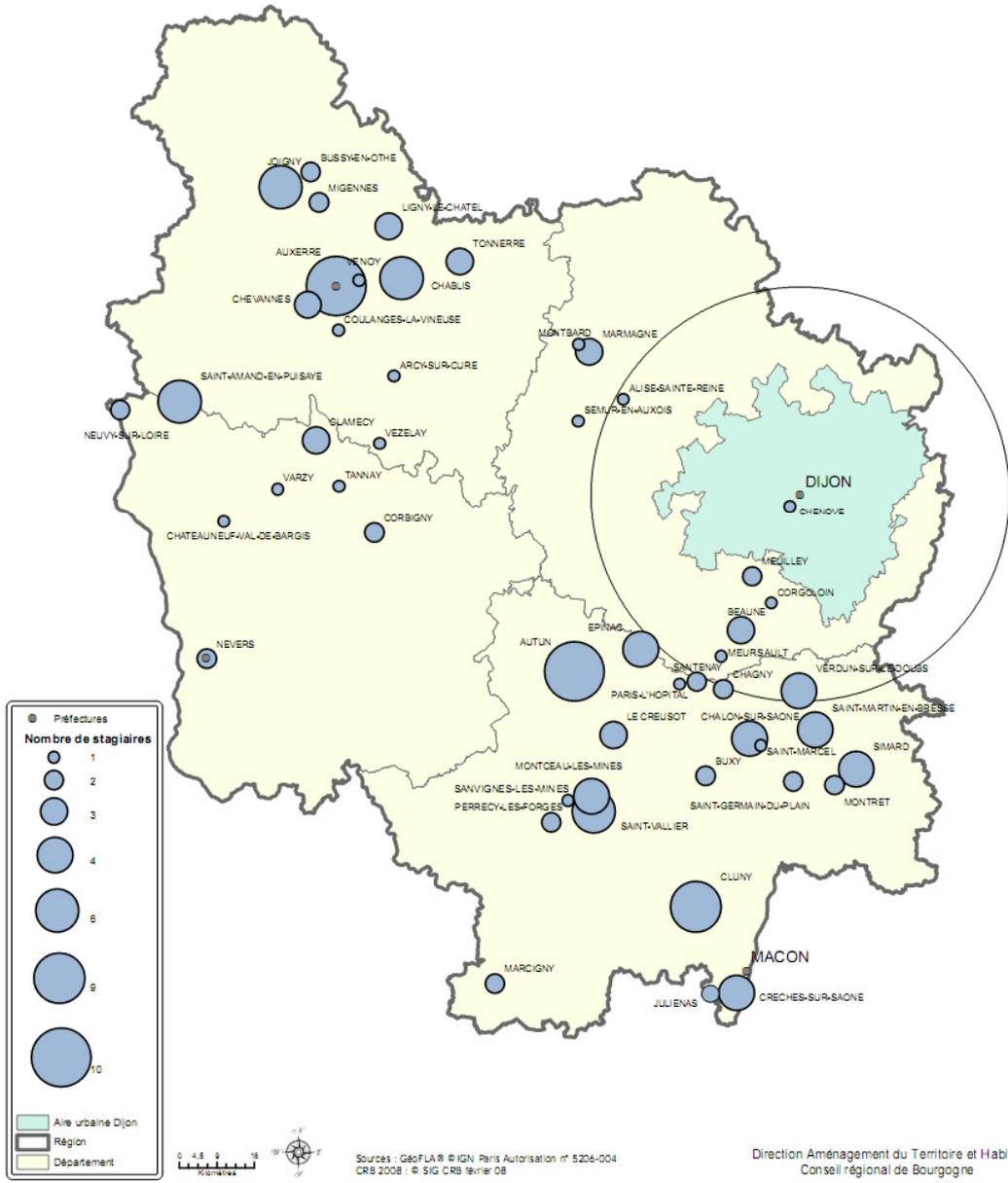
La première évaluation en date de 2008, portant sur les 42 premiers étudiants bénéficiaires, fait apparaître que tous les étudiants ont dû utiliser leur véhicule personnel pour les besoins du stage, avec une moyenne de 423 km parcourus par semaine, ce qui représente en moyenne un coût de 1 047 € par mois. Sept de ces étudiants (22.5 %) habitaient à moins de 50 km de leur lieu de stage et 64 % des bénéficiaires ont déclaré connaître leur lieu de stage avant de s'y rendre. Enfin, 52 % des étudiants ont dû louer ou acheter un logement pour réaliser leur stage.

L'étude montre que sur l'ensemble des 42 étudiants interrogés, seulement 5 étaient en mesure de s'installer, les autres n'ayant pas terminé leur cursus, c'est pourquoi il est difficile d'estimer les répercussions de l'allocation en termes d'installation.

A ce jour, l'allocation Bourgogne médecin ne peut bénéficier qu'aux étudiants issus de l'Université de Bourgogne. Françoise TENENBAUM⁶⁶, vice-présidente du Conseil régional de Bourgogne, chargée de la santé publique et des établissements de soins, adjointe déléguée à la solidarité et à la santé de la Mairie de Dijon, plaide pour l'élargissement des bénéficiaires de l'allocation à tous les étudiants en médecine : « Cet élargissement à des bénéficiaires non bourguignons ne représenterait pas un coût important pour la collectivité. En étendant le champ des bénéficiaires à tous les étudiants en médecine, on augmenterait les chances qu'ils s'installent en Bourgogne ».

⁶⁶ Audition du CESR, le 24 avril 2009.

Localisation des stages - Allocation Bourgogne Médecin



Carte de localisation des bénéficiaires de l'Allocation Bourgogne Médecin - mise à jour février 2008 -
 Nombre de bénéficiaires depuis 2005 : 49 étudiants de troisième cycle de médecine générale (3 sites par stage)

2.3.2. La mise en place des maisons de santé en Bourgogne : des projets de santé pour les territoires

Afin de permettre à chaque Bourguignon d'accéder à des soins de proximité, le Conseil régional de Bourgogne soutient la création de maisons médicales. Il s'agit notamment, par une meilleure organisation territoriale, de contribuer au maintien des professionnels de santé et d'en attirer de nouveaux. La Maison de santé correspond à l'aspiration des professionnels de santé de s'engager dans une pratique de la médecine partagée avec d'autres praticiens.

2.3.2.1. Le Conseil régional de Bourgogne aide les maisons de santé

Depuis 2003, 18 projets de maisons médicales ont été soutenus par la Région dont 16 maisons de santé pluridisciplinaires et deux maisons médicales de garde, pour un total de 1 265 720 € de subventions attribuées. Dans cette opération, le Conseil régional a travaillé en partenariat avec l'URCAM et l'URML.

Deux types de maisons de santé ont été accompagnés :

- **les maisons de santé pluridisciplinaires**, qui ont vocation à regrouper des professionnels médicaux (médecin, dentiste) et paramédicaux (infirmier, kinésithérapeute). Elles sont ouvertes aux heures d'ouverture des cabinets de soins ;
- **les maisons médicales de garde** dont le rôle est d'assumer la permanence des soins pour la population dans un secteur géographique déterminé.

La Région finance les études d'opportunité à hauteur de 40 % maximum, le projet d'investissement à hauteur de 150 000 € maximum, et les coûts de déplacement (non médicalisé) des personnes handicapées ou âgées et isolées dans l'impossibilité de se rendre en consultation.

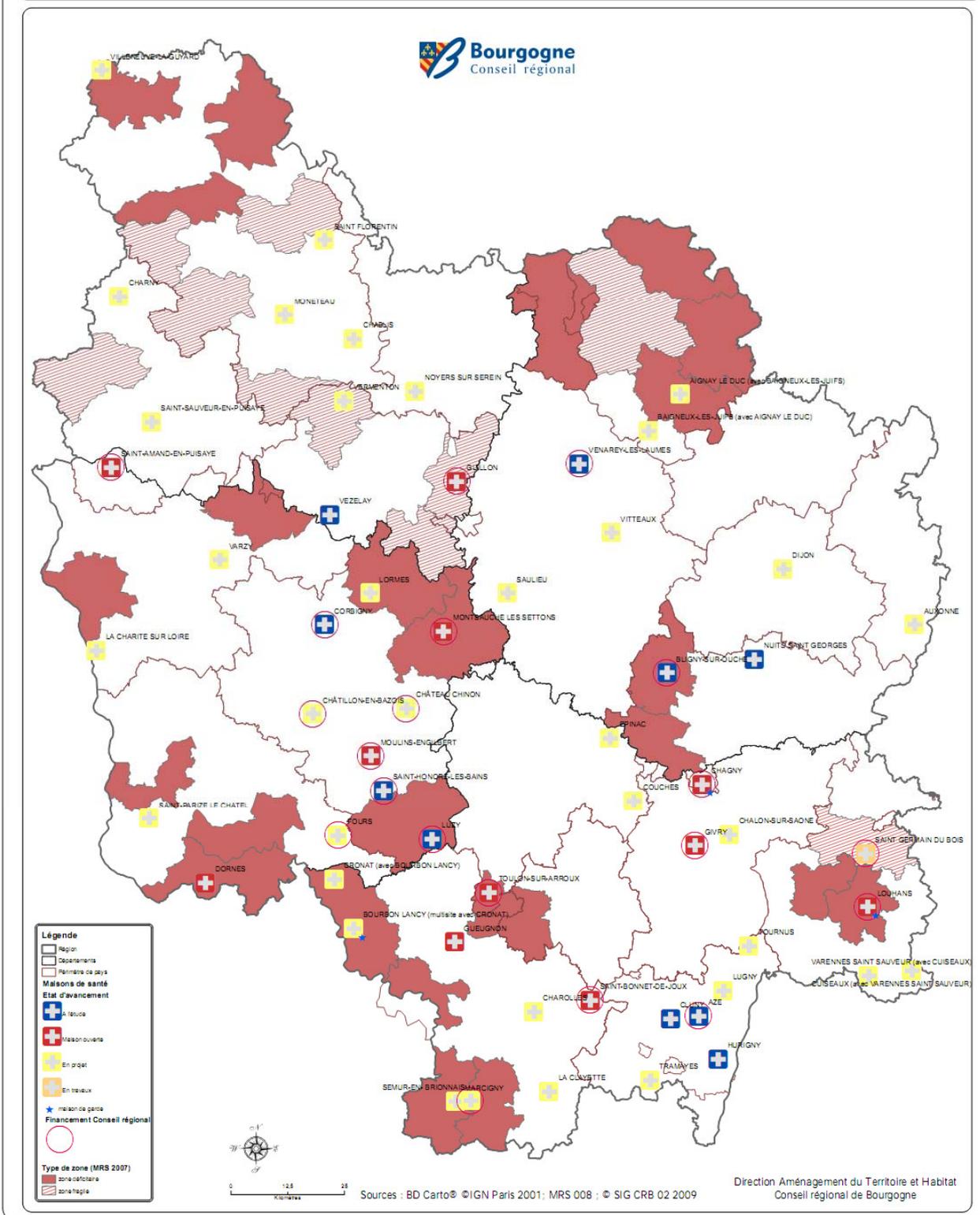
La première maison de santé à avoir été financée par la Région était celle de Bléneau, à hauteur de 50 000 €. La dernière en date est celle de Luzy avec un apport régional de 100 000 €⁶⁷.

La Région participe au financement de maisons de santé dès lors qu'un projet de santé est porté par une équipe locale d'acteurs locaux et de professionnels de santé, comme le précise Françoise TENENBAUM : « Si les professionnels de santé ne sont pas volontaires sur un territoire, les élus ne peuvent pas édifier seuls une maison de santé. Le projet précède toujours le bâtiment et les financements. Les élus peuvent néanmoins inciter les professionnels à se regrouper ».

Les maisons de santé ne sont pas forcément implantées en milieu rural, les quartiers sensibles eux aussi connaissent le problème de la désertification médicale, c'est pourquoi la Région s'apprête à participer à l'implantation d'une maison de santé dans le quartier des Grésilles à Dijon. Celle-ci pourrait devenir, en partenariat avec l'Université de Bourgogne, un centre de formation en matière de médecine générale.

⁶⁷ En annexe 3 : liste des financements régionaux pour les maisons de santé depuis 2003.

Localisation et état d'avancement des projets de maisons de santé en Bourgogne - février 2009



2.3.2.2. Maisons de santé en Bourgogne

La Maison de santé de Saint-Amand en Puisaye a été ouverte en mai 2005 sur la base d'un projet porté par des professionnels de santé, des élus et acteurs locaux, réagissant au départ à la retraite d'un médecin généraliste sans remplacement. Pour Michel SERIN, médecin à l'origine du projet : « De nos rencontres est né le désir de pratiquer un autre exercice en commun, ouvert sur la santé communautaire. Selon nous, la maison de santé est un concept de professionnels qui travaillent en étroite collaboration, et non des professionnels partageant simplement des murs et un secrétariat ».

La maison de santé regroupe 15 professionnels, qui ne sont pas tous à temps plein, des dentistes, un psychologue, un podologue, une sage-femme, un kinésithérapeute, trois médecins, etc. Une partie de la maison de santé est consacrée aux services de soins à domicile, et à la préparation des repas pour les personnes âgées. Si un problème se posait chez un patient visité, la veille sanitaire serait assurée par la maison de santé.

Le lieu accueille régulièrement des stagiaires, et deux médecins de Saint-Amand installés sont deux anciens stagiaires.

La force du projet de Saint-Amand-en-Puisaye, reproduite depuis par ailleurs, provient d'un partenariat réel entre des professionnels de santé, des élus, et l'adhésion totale d'une population, à l'instar de ce qu'évoque Pascale de MAURAIGE, présidente de la communauté de communes de la Puisaye Nivernaise : « Les habitants se sont appropriés la maison de santé et sont fiers de cet outil, qui fonctionne très bien. Avant 2005, des retraités repartaient vers des villes plus importantes, désormais, ils peuvent se maintenir à Saint-Amand. La maison de santé est également fréquentée par des patients de la région parisienne en villégiature dans l'Yonne, et qui ne parviennent pas à obtenir un rendez-vous à Paris »⁶⁸.

Née d'un projet médical élaboré par plusieurs médecins, la Maison médicale de Givry a été inaugurée en novembre 2007. Placée dans un bâtiment entièrement de plein pied, donc accessible à tous, ce complexe abrite notamment quatre médecins généralistes, un gynécologue, un kinésithérapeute, des infirmières. La maison médicale porte un projet médical complet, alliant soins et prévention.

La Maison de santé de Moulins-Engilbert, ayant bénéficié des crédits de l'État, de la Région et du Département⁶⁹, a ouvert ses portes à l'été 2008. L'objectif de son projet, porté par une équipe médicale, consiste à la fois à maintenir l'offre de soins à la population, ce qui est réussi, avec la présence de deux médecins, de trois dentistes, deux infirmières et un kinésithérapeute, et d'améliorer l'accueil de spécialistes (cardiologue, angiologue, dermatologue) grâce à un service de petites urgences et à la possibilité de faire des radios panoramiques dans les cabinets dentaires.

Les consultations de spécialistes organisées au sein des maisons de santé évitent la multiplication des transports des patients, qui ont « un coût environnemental, humain et social » pour Françoise NAY, médecin, et vice-présidente de la Coordination nationale des comités de défense et de promotion des hôpitaux et maternités de proximité. La présence d'hôpitaux sur les territoires représente un appui technique important pour les médecins et les maisons médicales présents sur les territoires, et qui s'avère être incitatif pour l'installation de nouveaux professionnels de santé. Marc BERNIER, rapporteur du travail de la mission d'information parlementaire consacrée à l'offre de soins, souligne : « Les maisons de santé gagnent à être adossées à des structures hospitalières, qu'il s'agisse de centre hospitaliers ou d'hôpitaux locaux, ou à des structures médico-sociales. (...) Une telle proximité facilite l'organisation de la permanence des soins, car elle offre un cadre sécurisé aux effecteurs libéraux et permet de mutualiser les moyens (...) ».

⁶⁸ Audition du CESR, le 7 mai 2009.

⁶⁹ 149 253 € de DGE, 133 980 € du FNADT, 75 000 € du Conseil régional et 69 530 € du Conseil général.

Pour Christian PAUL, député, vice-président du Conseil régional, la solution aux déserts médicaux est de construire une maison de santé dans chaque canton dans les trois à cinq ans à venir, et de regrouper les professionnels dans des constructions modernes. Ce dernier voit dans les maisons de santé un sujet de poids sur lequel les Régions auront à s'investir, une fois la loi « HPST » mise en œuvre :

« Les futures ARS seront en capacité d'organiser le territoire régional. En ce sens, considérant que la réponse aux besoins de santé fait partie de l'aménagement du territoire, la Région et l'ARS pourront avoir de vrais débats, notamment sur le maillage de la Bourgogne en maisons de santé. Pour moi, une maison de santé devrait être constituée pour un canton. Chaque structure coûte entre 400 000 et 600 000 € ; après, il faut se battre avec les acteurs du territoire pour qu'elle vive »⁷⁰.

2.3.3. Les autres interventions régionales pour permettre un accès aux soins sur tous les territoires

La Région aide également à la création de cabinets médicaux et paramédicaux, par le biais d'aides immobilières ou bien de participations à l'équipement médical. Elle participe aux opérations de recherche de professionnels de santé pour les territoires. Elle contribue financièrement à la mise en œuvre de la télémédecine. Elle finance enfin le fonctionnement de trois hélicoptères sanitaires bourguignons à hauteur de 230 000 € par hélicoptère et par an. La Région prend en charge les frais de transports des personnes qui se rendent à des consultations au sein des maisons de santé. La fermeture des petits hôpitaux et les restructurations hospitalières ont des impacts économiques et écologiques : les besoins en transports médicalisés s'accroissent, ce qui peut à terme peser sur les budgets de l'assurance maladie, des ménages, et du Conseil régional.

2.4. LA RECHERCHE, LA PREVENTION

2.4.1. La recherche

La Région Bourgogne se donne pour objectif de constituer un pôle santé de rayonnement national et international en faisant de la promotion de la recherche dans le domaine de la santé une priorité. **Preuve de cet engagement, l'aide apportée par la Région à la recherche a plus que doublé en un an, elle est passée d'1 million d'€ à 2.3 million d'€.**

La Région travaille en collaboration avec :

- **des laboratoires de recherche** de l'Université et de l'INSERM, en contribuant au financement de contrats d'études, d'équipements, de thèses ;
- **le GIE Pharm'image**, pôle de compétence en matière d'imagerie médicale appliquée à l'évaluation des thérapeutiques, qui regroupe 80 chercheurs et intègre des entreprises ;
- **les organismes de recherche clinique** et les plateformes qui leur sont associées (Centre Georges-François LECLERC, le CHU, le Conseil régional apporte des aides à la recherche clinique, la plateforme de protéomique clinique CLIPP) ;
- **l'INSERM**, dans le cadre d'un appel d'offres international pour renforcer les équipes de recherche déjà en place, notamment en cancérologie ;
- **le Cancéropôle Grand-Est**, en participant au projet interrégional en matière de recherche contre le cancer ;
- **le Gérontopôle**, pôle de compétence dédié à l'enseignement et à la recherche en gériatrie.

⁷⁰ Audition du CESR, le 2 juillet 2009.

2.4.2. La prévention

Le Conseil régional participe également aux politiques de prévention prévues dans le cadre du plan régional de santé publique. L'appel à projet autour des thèmes de la prévention et de la nutrition, lancé en 2008, a pour but de faire naître des initiatives visant à promouvoir chez les lycéens et apprentis une alimentation équilibrée, et à lutter contre l'obésité et la sédentarité.

Les lycées d'enseignement général, les lycées professionnels, les lycées agricoles et les centres de formation d'apprentis ont pu participer : 28 réponses ont été adressées et 17 candidatures ont été retenues concernant 24 lycées. Les candidatures ont été examinées par les services de la Région et le groupement régional de santé publique.

Dans le cadre de sa politique d'aménagement du territoire, la Région accompagne la territorialisation des politiques de santé à travers des projets de santé inclus dans les contrats de pays, que la Région finance, mais également par le biais de sa participation aux projets menés dans le cadre de la politique de la Ville. Le Conseil régional suit notamment la mise en œuvre des ateliers santé ville (ASV) généralisés au sein des contrats urbains de cohésion sociale.

3. L'OBSERVATION DES BESOINS ET DES DETERMINANTS DE SANTE ET LA PREVENTION : DE VERITABLES ENJEUX DE SANTE PUBLIQUE

3.1. LES DETERMINANTS DE SANTE A L'ORIGINE DE LA MAJORITE DES BESOINS DE SANTE

« Décideurs publics, acteurs du monde de la santé, simples citoyens, nous sommes tous pris au leurre du même effet d'optique lorsque nous attribuons nos gains de qualité et d'espérance de vie aux progrès de la médecine curative ». Roselyne BACHELOT-NARQUIN, aux journées 2008 de l'INPES⁷¹.

3.1.1. Une prise en compte progressive des déterminants de santé dans les politiques

Avant 1946, la santé est définie comme l'état contraire de la maladie : lutter contre les affections ou maux rencontrés suffit à améliorer la santé de la population. Dans la réflexion portant sur les politiques de santé, il existe une tendance forte à se concentrer sur les déterminants biologiques ou comportementaux sans prendre en compte les dimensions économiques, sociales, culturelles qui déterminent les comportements individuels. Or il existe une relation forte entre le niveau d'inégalité des revenus et l'état de santé. Une des sources principales des inégalités sociales de santé tient également aux conditions de travail et à la profession des personnes.

En 1946, l'Organisation mondiale de la santé propose une nouvelle définition de la santé, comme un état de bien-être moral, physique, social, mental de la personne. La santé mentale est dès lors prise en compte dans l'appréhension de la santé physique, comme un état de bien-être dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions de la vie, accomplir un travail productif et fructueux, et contribuer à la vie de sa communauté.

La conférence internationale sur les soins de santé primaires réunie le 12 septembre 1978 à Alma-Ata se prononce en faveur de la prise en compte des déterminants de santé en énonçant dans le premier article de sa déclaration :

« La Conférence réaffirme avec force que la santé, qui est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité, est un droit fondamental de l'être humain, et que l'accession au niveau de santé le plus élevé possible est un objectif social extrêmement important qui intéresse le monde entier et suppose la participation de nombreux secteurs socioéconomiques autres que celui de la santé ».

L'approche présentée à Alma-Ata tendait à élargir le modèle médical pour l'étendre aux facteurs socio-économiques, reconnaissant que les activités dans de nombreux secteurs, y compris les organisations de la société civile, conditionnaient les perspectives d'une amélioration de la santé. En 1978, le manifeste d'Alma-Ata a été mal compris : on y a vu une attaque radicale contre l'ordre médical, on l'a qualifié d'utopie. Par la suite, l'émergence du VIH/sida, la résurgence de la tuberculose qui lui a été associée, et l'augmentation du nombre de cas de paludisme ont déplacé le centre de gravité de la santé publique internationale de programmes élargis vers la gestion de situations d'urgence entraînant une mortalité élevée.

La première conférence internationale pour la promotion de la santé, réunie à Ottawa le 21 novembre 1986 prend néanmoins comme base de départ les progrès accomplis grâce à la déclaration d'Alma-Ata, et propose dans sa charte une vision élargie de la santé :

⁷¹ Institut national de prévention et d'éducation pour la santé.

« Une bonne santé est une ressource majeure pour le progrès social, économique et individuel, tout en constituant un aspect important de la qualité de la vie. Les facteurs politiques, économiques, sociaux, culturels, environnementaux, comportementaux et biologiques peuvent tous intervenir en faveur ou au détriment de la santé ».

En 2005, l'OMS crée sa commission des déterminants de santé chargée de recommander des interventions et des politiques permettant d'améliorer la santé et de réduire les inégalités.

En France, la loi relative à la politique de santé publique, promulguée le 9 août 2004, donne une reconnaissance légale au concept de déterminants de santé en intégrant leur prise en compte dans les politiques sanitaires : « La politique de santé publique traite des déterminants dans l'environnement physique, social, économique et culturel qui contribuent à créer des conditions favorables pour améliorer l'état de santé, pour prévenir la survenue ou l'aggravation des maladies, pour réduire leurs conséquences sur les capacités fonctionnelles, l'activité et la qualité de vie des personnes touchées par la maladie. Elle incite les individus à faire eux-mêmes des efforts pour maîtriser et améliorer leur propre santé ».

3.1.2. L'observation des déterminants et des besoins de santé en amont de la prise de décision

L'organisation mondiale de la santé, dans la deuxième édition de son rapport consacré aux déterminants sociaux de la santé en date de 2004⁷², présente 10 facteurs d'inégalités de santé à partir des données recueillies dans les pays européens. Le rapport introduit son propos par un bref rappel du principe de déterminants de santé : « Jadis, on estimait que la politique de santé ne devait guère dépasser le cadre de la prestation et du financement de soins médicaux ; seuls des universitaires se préoccupaient des déterminants sociaux de la santé. Ce stade est aujourd'hui dépassé. Si les soins médicaux peuvent prolonger la vie et améliorer le pronostic en cas de maladie grave, un facteur s'avère plus important pour la santé de la population dans son ensemble : le contexte social et économique qui est la cause profonde des maladies et de la nécessité de soins de santé ».

Le rapport présente donc dix déterminants de santé, et propose les actions à mener pour favoriser un environnement propice à la santé.

Les inégalités de santé d'origine sociale sont tout d'abord observées dans l'ensemble de la société : l'espérance de vie est plus courte et la plupart des maladies sont plus fréquentes en bas de l'échelle sociale. Le rapport Flajolet, consacré aux disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire, fait un constat : « Le système français accélère les inégalités sanitaires : le taux de mortalité prématurée des ouvriers ou employés est trois fois plus élevé que celui des cadres et professions intellectuelles »⁷³. Les auteurs du rapport de l'OMS proposent aux pouvoirs publics, pour atténuer les inégalités sociales, de contribuer à réduire l'échec scolaire, l'insécurité et le chômage, et améliorer l'habitat, énonçant : « Les sociétés, qui permettent à tous leurs citoyens de jouer un rôle utile dans la vie sociale, économique et culturelle, sont dans une meilleure situation sanitaire que celles qui se caractérisent par l'insécurité, l'exclusion et la pauvreté ».

Les neuf autres déterminants de santé explorés par le rapport abordent les facteurs :

- **du stress** : source d'inquiétude et d'anxiété, il empêche de faire face aux problèmes de l'existence et nuit à la santé, et peut être à l'origine de décès prématuré. Les pouvoirs

⁷² Les déterminants sociaux de la santé, Les faits, deuxième édition, Organisation mondiale de la santé, sous la direction de Richard WILKINSON et de Michael MARMOT, 2004, Danemark.

⁷³ Mission au profit du gouvernement relative aux disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire, rapport présenté par André FLAJOLET, député du Pas-de-Calais.

publics doivent épauler les familles comptant de jeunes enfants, soutenir les activités associatives, combattre l'isolement, réduire la précarité matérielle et financière par l'éducation et la réinsertion ;

- **de la petite enfance** : un mauvais départ dans la vie et une croissance insuffisante laissent une empreinte biologique durable pendant la phase de développement. La meilleure façon de limiter les risques est de dispenser de meilleurs soins préventifs et d'améliorer le niveau d'instruction des parents et des enfants ;
- **de l'exclusion sociale** : la misère, la pauvreté et l'exclusion sociale ont un impact majeur sur la santé et la mort précoce. Dans certains pays industrialisés, la proportion d'enfants vivant dans la pauvreté dépasse les 25 %, aux États-Unis, en Russie ou au Royaume Uni. En France, 18 % des moins de 18 ans vivent dans une famille pauvre⁷⁴. Les politiques du marché de l'emploi, de l'enseignement et de la protection des familles devraient viser à réduire la stratification sociale, les politiques de santé publique devraient lever les obstacles à l'accès aux soins de santé, aux services sociaux et aux logements économiquement accessibles ;
- **du travail** : il a été démontré que le stress au travail est une composante importante des grandes différences concernant l'état de santé, le nombre d'arrêts maladie et la mortalité prématurée observées entre les diverses couches sociales. Plusieurs études européennes réalisées dans ce domaine montrent qu'il est préjudiciable pour la santé de ne pas pouvoir utiliser ses compétences et de ne disposer que d'un pouvoir limité de décision. Dans ce domaine, le rapport invite les entreprises à adopter de bonnes pratiques de gestion, avec une valorisation adéquate de l'ensemble des employés ;
- **du chômage** : des études menées dans plusieurs pays ont démontré que les demandeurs d'emploi et leur famille courent un risque sensiblement plus élevé de décès prématuré. Les effets du chômage sur la santé sont liés à ses conséquences tant psychologiques que financières, en particulier l'endettement. L'atténuation des fluctuations des cycles économiques par les pouvoirs publics peut contribuer à améliorer la sécurité de l'emploi et réduire le chômage ;
- **du soutien social** : les personnes qui ne reçoivent qu'un faible soutien social et affectif jouissent généralement d'un bien-être moindre, elles sont plus exposées à la dépression et aux complications lors d'une grossesse, et risquent davantage d'être handicapées à la suite de maladies chroniques. La mise en place d'infrastructures locales favorisant les réunions et les interactions est susceptible d'améliorer la santé mentale ;
- **des dépendances** : l'alcoolisme, la consommation de drogues illicites et le tabagisme sont étroitement associés à des indicateurs de situation défavorisée sur les plans économique et social. Pour lutter contre la toxicomanie, il faut non seulement offrir soutien et soins aux personnes en état de dépendance, mais aussi s'attaquer aux difficultés sociales qui constituent la cause profonde de ce problème ;
- **de l'alimentation** : en Europe occidentale, une surconsommation de graisses et de sucres à teneur élevée en énergie a entraîné une progression de l'obésité, qui est devenue plus courante chez les pauvres que chez les riches. Dans un grand nombre de pays, les personnes disposant de faibles revenus remplacent les aliments frais par des produits transformés bon marché. Les organismes publics locaux, nationaux et internationaux, les ONG et l'industrie agroalimentaire devraient assurer la prise en compte de considérations de santé publique dans le domaine alimentaire, pour que tous, notamment les populations les plus vulnérables, puissent se procurer des aliments nutritifs et frais à un prix abordable ;

⁷⁴ Niveau de vie et pauvreté des enfants en Europe", DREES, Etudes et Résultats n° 201, novembre 2002.

- **des transports** : la bicyclette, la marche et l'utilisation des transports en commun améliorent la santé de quatre façons : elles favorisent l'exercice, font baisser le nombre d'accidents mortels, augmentent les contacts sociaux et réduisent la pollution atmosphérique.

La commission des déterminants sociaux de la santé poursuit son étude avec son rapport en date de 2008 qui appelle à « combler le fossé (des inégalités de santé) en une génération » en améliorant les conditions de vie quotidiennes et en luttant contre les inégalités dans la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources.

3.1.3. Sur quels déterminants de santé peut agir le Conseil régional ?

De nombreuses politiques du Conseil régional impactent la santé des Bourguignons : amélioration de l'habitat en milieu rural, soutien aux énergies renouvelables, aides à l'agriculture durable, plan de mobilité, plan énergie-climat, plan nutrition santé, soutien aux associations, financement des TER, autant de programmes qui participent à développer les facteurs favorisant la santé des Bourguignons.

A travers ses compétences principales, aménagement du territoire, développement économique, formation professionnelle, le Conseil régional contribue à une meilleure répartition des services et des ressources sur les territoires, à l'élévation du niveau de compétence de la population, à l'implantation d'activités économiques créatrices d'emplois, autant d'interventions qui prennent part à la lutte contre le chômage et à l'amélioration des conditions de vie sur les territoires.

Le fait que la Région consacre la part la plus importante de son budget au financement des trains express régionaux l'amène à conduire une politique de mobilité tournée vers les transports collectifs, qui permet d'encourager de nouveaux comportements. La Région a mis en place, à l'échelle de l'institution, son plan mobilité, en mettant en œuvre plusieurs actions, notamment l'achat de véhicules propres et de vélos pour les déplacements des agents, l'installation de systèmes de visioconférence pour limiter les déplacements et dès septembre 2009, le Conseil régional prendra à sa charge 50 % des frais d'abonnement TER.

Une étude d'impact sur la santé permettrait de mieux valoriser la contribution de la collectivité à l'amélioration de la santé de ses administrés, mais également d'intégrer dans ses politiques le facteur « santé » comme un critère d'intervention.

3.2. LA PREVENTION : UN CHAMP D'ACTION A PRIVILEGIER

3.2.1. Les disparités dans les politiques de prévention

Le rapport consacré aux disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire⁷⁵ présenté en amont de la loi « HPST » constate que les campagnes de prévention et de promotion de la santé, grâce aux relais des médias, sont efficaces auprès des personnes qui ont conscience de pouvoir influencer sur leur état de santé. En revanche, auprès des personnes appartenant par exemple au groupe des professions manuelles, ces dernières n'atteignent pas leur objectif.

Plusieurs écueils empêchent les politiques de prévention de toucher leurs cibles. Tout d'abord, la mission Flajolet s'intéresse aux médecins généralistes, pratiquant la médecine de premier recours, en étant au centre du dispositif de santé publique et de prévention. Pour une majorité de médecins généralistes, la prévention ne fait pas partie de leur mission, ils se sentent accaparés par

⁷⁵ 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, en avril 2008.

l'empilement de leurs tâches, et vivent mal leur rôle de simple prescripteur. En outre, la rémunération à l'acte et la prescription automatique encombrent le temps médical et n'encouragent pas l'inclusion de la prévention et de la promotion de la santé dans les consultations.

Les populations de leur côté s'impliquent mal ou pas dans la prévention. Elles sont non orientées et sur-consommatrices de biens de santé. Bien souvent, des patients traitent les premiers symptômes d'un mal par automédication et se rendent aux urgences une fois l'affection installée. L'inaccessibilité du médecin ou bien l'absence de relation ne permettrait pas l'éducation à la santé nécessaire. Les urgences sont ainsi encombrées à mauvais escient faute d'orientation efficace. Les jeunes bénéficient en outre de peu d'éducation à la santé lors de leur cursus scolaire.

A ce titre, le cloisonnement santé, social et médico-social entraîne un déficit de repérage. La T2A (tarification à l'activité) a en outre aggravé à l'hôpital le déficit de prévention et les inégalités de santé, les activités liées à la prévention étant des actes de santé très peu cotés, et donc écartés au profit d'actes rémunérateurs pour l'établissement.

André FLAJOLET clôture son diagnostic en attestant de l'absence de politique générale de prévention mais en présentant des signes prometteurs. Des centres hospitaliers, à Maubeuge et à Roubaix, collaborent avec des réseaux de santé et mettent en œuvre des mesures individuelles d'éducation du patient.

Les Ateliers santé ville, déclinés au sein des contrats urbains de cohésion sociale, mettent en œuvre une démarche de promotion de la santé au plan local.

En élaborant avec les acteurs locaux un diagnostic local de santé et un plan d'action, ces ateliers favorisent une déclinaison des plans régionaux de santé publique. En Bourgogne, des diagnostics santé ont été élaborés dans la communauté de l'Auxerrois, dans le Sénonais, à Chalon-sur-Saône, mais également à Dijon, en préparation des Ateliers santé ville.

3.2.2. La prévention en Bourgogne : une multitude de projets

De nombreux projets d'éducation à la santé sont conduits en Bourgogne. Au sein des établissements scolaires, des centres sociaux, des structures d'accueil, des établissements médico-sociaux ou sanitaires, mais également des entreprises ou des quartiers, villes, des actions sont conduites pour sensibiliser les usagers à la prévention de la santé.

Le réseau des comités d'éducation pour la santé de Bourgogne accompagne des porteurs de projets sur les territoires.

Ainsi le Comité départemental d'éducation pour la santé (CODES) de Côte-d'Or propose, avec la Ville de Dijon, la Mutualité Française Côte-d'Or Yonne, des animations de prévention du risque solaire. Le CODES de la Nièvre pilote un projet financé par le Conseil régional intitulé « Nutri-jeunes » au sein de trois établissements scolaires, et un centre d'apprentissage. Le CODES de Saône-et-Loire communique sur l'allaitement maternel. Isabelle MILLOT, directrice du Collège régional d'éducation pour la santé (CORES), déclare à propos des politiques de prévention menées en Bourgogne : « Pour nous, les élus ont un vrai rôle à jouer dans les politiques de santé, car ils représentent le lien social avec la population. Ils sont des acteurs incontournables. En matière de prévention, on observe de multiples démarches ascendantes et descendantes, et de nombreuses forces en présence, dans chaque région. **Mais la faiblesse de la Bourgogne, c'est que beaucoup de choses se font dans le domaine de la prévention, mais la transversalité entre les secteurs d'intervention n'est pas favorisée** ».

4. CONCLUSION

A travers la mise en place des ARS, la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » s'attache à poursuivre et à améliorer la déconcentration des politiques nationales sanitaires et médico-sociales. Le texte ne confie pas d'attributions supplémentaires aux collectivités territoriales, qui sont invitées à poursuivre leur engagement notamment dans l'exercice de leurs compétences légales et dans leur participation aux instances de démocratie sanitaire.

La Région contribue pour sa part fortement aux politiques de santé publique de par les compétences que lui confie la loi en matière d'aménagement du territoire et de formation professionnelle.

En charge des formations paramédicales et sociales depuis la loi du 13 août 2004 relative aux « Libertés et responsabilités locales », la Région est devenue un des interlocuteurs privilégiés des acteurs de la formation. La Région jouera tout son rôle dans les mois à venir en ce qui concerne l'universitarisation des formations paramédicales impliquant la mise en œuvre de partenariats entre les Conseils régionaux, les écoles d'infirmiers ou de sages-femmes et les universités.

Elle participe à la lutte contre les déserts médicaux, en incitant par diverses mesures les futurs professionnels à s'installer dans les territoires peu maillés en offre de soins, et en aidant à l'implantation de maisons médicales.

La Bourgogne présente des inégalités territoriales en matière de santé : le vieillissement de la population, la proportion de maladies chroniques, le taux de mortalité prématurée sont plus accentués dans les territoires enclavés et moins favorisés économiquement. La densité médicale est, à l'instar de la situation en France, inégalement répartie. L'offre de soins est globalement satisfaite mais de nombreux territoires risquent dans les années à venir de ne plus bénéficier de cabinets de santé ou de structures de soins de premier recours.

L'observation des besoins de santé, parce qu'elle fait apparaître les spécificités sanitaires des territoires, paraît essentielle pour aider à la décision et permettre de déployer les politiques adéquates de prévention et d'accompagnement sanitaire et médico-social.

Considérant que les déterminants de santé conditionnent pour une grande part la santé d'une population, le Conseil régional contribue, à travers ses politiques en matière de préservation de l'environnement, de développement économique, de formation professionnelle, d'aménagement des territoires, à améliorer la santé des Bourguignons.

Pour toutes ces raisons, et de par son expérience et sa connaissance des territoires, le Conseil régional a toute sa place pour contribuer, aux côtés de l'ARS, à l'observation des besoins de santé, à la construction de diagnostics partagés, à la prise de décision en matière d'aménagement sanitaire des territoires, et à la détermination de politiques de prévention ciblées.

BIBLIOGRAPHIE

TEXTES OFFICIELS

Codes

- Code de déontologie médicale, édition octobre 2006, Ordre national des médecins, Conseil national de l'ordre.

Lois, décrets, circulaires et ordonnances

- Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.
- Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

AVIS ET COMMUNICATIONS DU CESE ET DES CESR

Avis du CESR de Bourgogne

- BARRIERE Charles, *Le vieillissement de la population bourguignonne et la prise en charge de la dépendance : évolution des besoins de santé et de formation*, CESR de Bourgogne, 26 septembre 2002.
- MARTIN Michel, *La santé en Bourgogne au vu des réformes en cours*, Communication, CESR de Bourgogne, le 23 juin 2003.

Avis des autres CESR

- VEYRE Annie, *La permanence des soins en Auvergne*, CESR d'Auvergne, 17 avril 2009.
- CLAVERANNE Jean-Pierre, *Vers une organisation plus efficiente des formations sanitaires et sociales en Rhône-Alpes*, CESR de Rhône Alpes, mars 2009.
- Avis des commissions du CESR de la Réunion, *Les associations, acteurs essentiels du secteur social et médico-social : des contraintes, un défi*, séance plénière du 19 novembre 2008.

RAPPORTS ET ETUDES

- *Les déterminants sociaux de la santé, les faits*, deuxième édition, Organisation mondiale de la santé, Europe, sous la direction de Richard WILKINSON et de Michael MARMOT, 2004.
- *Statistiques et indicateurs de la santé et du social, les régions françaises*, août 2008, Directions régionales des affaires sanitaires et sociales, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports.
- Diagnostic des dépenses de santé, Analyse des actions de santé en Bourgogne en 2007/2008, URCAM Bourgogne.
- *Les comptes nationaux de la santé en 2008*, études et résultats, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), septembre 2009.
- Rapport annuel 2008 de l'Institut de veille sanitaire, mai 2009.
- Rapport du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, juillet 2006.
- Rapport du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, juillet 2007.
- *Santé : quelles priorités pour la Mutualité ?* Actes du congrès de la Mutualité française, Bordeaux, juin 2009.
- BUR Yves, *Les agences régionales de santé*, rapport d'information parlementaire, présenté par la Commission des affaires culturelles, familiales et sociales, le 6 février 2008.

- BERNIER Marc, *L'offre de soins sur l'ensemble du territoire*, en conclusion des travaux de la mission d'information sur l'offre de soins sur l'ensemble du territoire, Rapport d'information déposé par la Commission des affaires culturelles familiales et sociales.
- FLAJOLET André, *Disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire*, mission au profit du gouvernement, mai 2009.
- RITTER Philippe, *Rapport sur la création des agences régionales de santé (ARS)*, présenté à Madame Roselyne BACHELOT-NARQUIN, ministre de la Santé, de la Jeunesse et des Sports et de la Vie associative, janvier 2008.
- VALLANCIEN Guy, professeur d'urologie à l'université Paris Descartes, *Réflexions et propositions sur la gouvernance hospitalière*, à la demande de Madame Roseline BACHELOT-NARQUIN, ministre de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative, remis le 10 juillet 2008.
- *Les politiques régionales de santé publique, éléments de constat et préconisations dans le contexte de la loi « hôpital-patients-santé-territoires*, ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie Associative, Haut conseil de santé publique, octobre 2008.
- *Pour la Démocratie Sanitaire*, contribution de la région Bourgogne aux débats organisés par la Société française de la santé publique à l'occasion du dépôt au Parlement du projet de loi « Hôpital Patients Santé Territoires », février 2009.
- *Schéma régional des formations sanitaires en Bourgogne, 2007-2010*, plan régional de développement des formations professionnelles en Bourgogne.
- *Schéma régional des formations sociales en Bourgogne, 2007-2010*, plan régional de développement des formations professionnelles en Bourgogne.
- *Schéma régional d'organisation sanitaire de Bourgogne révisé 2008-2011, les évolutions de l'offre de soins par territoires de santé*, Agence régionale de l'hospitalisation de Bourgogne.
- *Le personnel des établissements de santé en Bourgogne en 2008*, Bulletin d'information statistique, Direction régionale des affaires sanitaires et sociales de Bourgogne, janvier 2009.
- *Plateforme d'observation sociale et sanitaire de Bourgogne*, chiffres-clés social et santé en Bourgogne, édition 2008.
- *Contrats Réciprosanté, bilan à la fin juin 2008*, cellule formations sanitaires et sociales, cellule évaluation et prospective, contrôle de gestion, Conseil régional de Bourgogne.
- *Bourses paramédicales et sociales, bilan à la fin 2005*, Conseil régional de Bourgogne.
- *Diagnostic des dépenses de santé, analyse des actions de santé en Bourgogne en 2007/2008, éléments d'analyse et perspectives d'actions en vue du vote du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009*, URCAM Bourgogne.
- *Les établissements pour personnes âgées en Bourgogne*, DRASS de Bourgogne, juin 2009.

SITES INTERNET

www.cr-bourgogne.fr

www.insee.fr

www.senat.fr

Conseil régional de Bourgogne

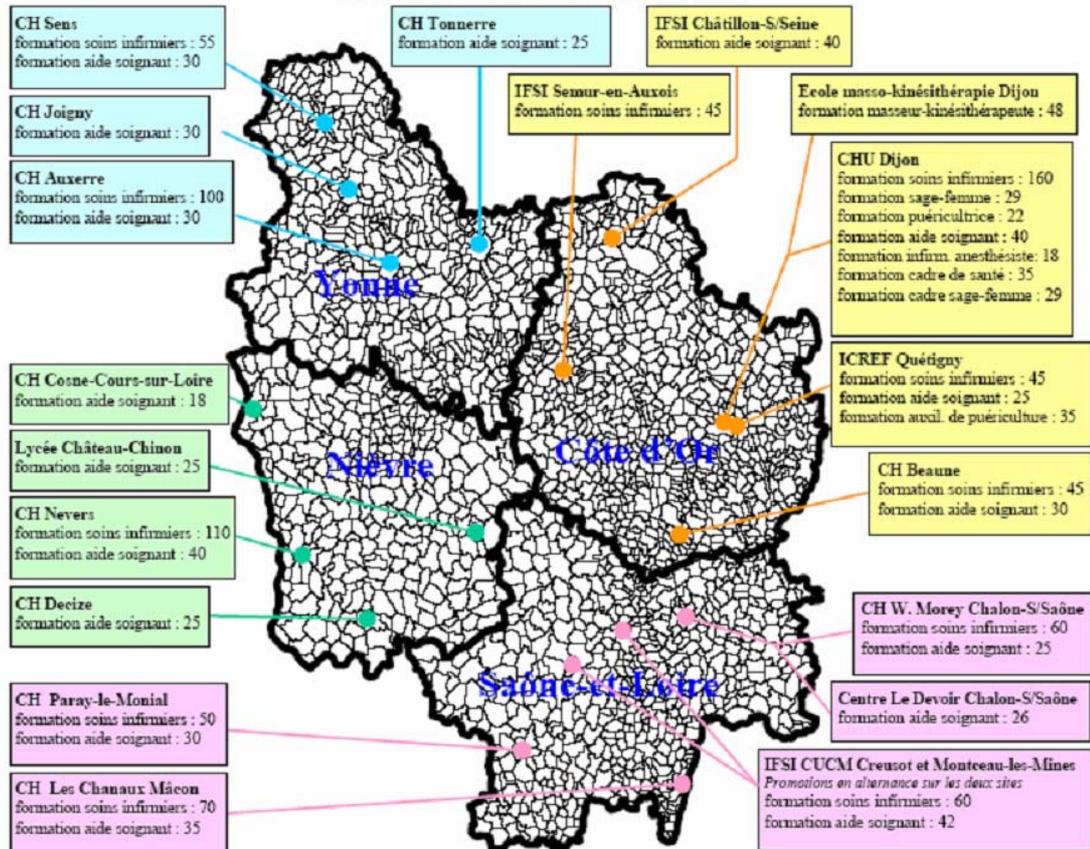
Institut national de la statistique et des études économiques

Sénat

ANNEXE 1 : LES PROFESSIONS ET LES FORMATIONS PARAMEDICALES

Formations	Mode d'entrée	Niveau	Durée études	Niveau requis à l'entrée	Titre ou diplôme	VAE
Sage-femme	Quota	III	4 ans	1 ^{ère} année de médecine	Diplôme d'État – Univ	
Infirmier	Quota	III	3 ans	Baccalauréat	Diplôme d'État – DRASS	
Infirmier anesthésiste	Quota	III	2 ans	DE Infirmier	Diplôme d'État – DRASS	
Infirmier bloc opératoire	Quota	III	18 mois	DE Infirmier	Diplôme d'État – DRASS	
Puéricultrice	Quota	III	1 an	DE Infirmier ou de Sage femme	Diplôme d'État - DRASS	
Cadre de santé	Quota	II	1 an	DE Infirmier, MK ou Manip ERM		
Masseur-kinésithérapeute	Quota	III	3 ans	Baccalauréat	Diplôme d'État – DRASS	
Pédicure-podologue	Capacité d'accueil	III	3 ans	Baccalauréat	Diplôme d'État – DRASS	
Ergothérapeute	Quota	III	3 ans	Baccalauréat	Diplôme d'État – DRASS	
Psychomotricien	Quota	III	3 ans	Baccalauréat	Diplôme d'État – DRASS	
Orthophoniste	Quota	III	3 ans	Baccalauréat	Certificat de capacité – Univ	
Orthoptiste	Capacité d'accueil	III	3 ans	Baccalauréat	Certificat de capacité – Univ	
Audioprothésiste	Capacité d'accueil	III	3 ans	Baccalauréat	Diplôme d'État – Univ	
Opticien lunetier	Capacité d'accueil	III	2 ans	Baccalauréat	BTS - Lycée	
Diététicien	Capacité d'accueil	III	2 ans	Baccalauréat	DUT BTS – Univ. Lycée	
Préparateur en pharmacie hospitalière	Apprentissage	III	20 semaines	BP Préparateur en Pharmacie	Centres Hospitaliers	Oui
Manipulateur électroradiologie médicale	Capacité d'accueil	III	3 ans	Baccalauréat	Diplôme d'État DTS – DRASS Lycée	
Aide-soignant	Capacité d'accueil	V	1 an		Diplôme professionnel – DRASS	Oui
Auxiliaire de puériculture	Capacité d'accueil	V	1 an		Diplôme professionnel – DRASS	Oui
Ambulancier	Capacité d'accueil	V	5 mois		Certificat de capacité	
Technicien de laboratoire d'analyse de biologie médicale	Capacité d'accueil	III	2 ans	Baccalauréat	DUT BTS État	

Liste des formations autorisées en 2005 avec mention de leur capacité ou quota*
sur chacune des 19 structures bourguignonnes



* par promotion, capacité autorisée ou quota.

Source : DRASS de Bourgogne – Service Régional de la Statistique et des Études – Finess.

ANNEXE 2 : LES PROFESSIONS ET LES FORMATIONS SOCIALES

Emploi de destination	Niveau x	Sigle	Intitulé diplôme	Administration
AVS	V	DEAVS	Diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale	Ministère de la Santé et des solidarités
AMP	V	DEAMP	Diplôme d'Etat d'aide médicospsychologique	Ministère de la Santé et des solidarités
AF (Assistant familial, ex assistant maternel permanent)	V	DEAF	Diplôme d'Etat d'assistant familial	Ministère de la Santé et des solidarités
Assistant maternel, employé de crèche, ATSEM	V	CAP PE	Certificat d'aptitude professionnel petite enfance	Ministère de l'Education nationale
Médiateur	V	CAPAPM	CAP agent de prévention et de médiation	Ministère de l'Education nationale
Agent de service, agent d'entretien	V	CAP ATMFC	CAP Assistant Technique en Milieux Familial et Collectif	Ministère de l'Education nationale
Agent de service, agent d'entretien	V	CAPA	CAPA Services en milieu rural	Ministère de l'Agriculture
Agent de service, agent d'entretien, aide à domicile	V	BEPA	BEPA services aux personnes	Ministère de l'Agriculture
Agent de service, agent d'entretien, aide à domicile		BEP CSS	BEP Carrières sanitaires et sociales	Ministère de l'Education nationale
AVS	V	BEP SS MC AD	Mention complémentaire aide à domicile	Ministère de l'Education nationale
TISF	IV	DETISF	Diplôme d'Etat de technicien d'intervention sociale et familiale	Ministère de la Santé et des solidarités
Moniteur éducateur	IV	CAFME	Certificat d'aptitude aux fonctions de moniteur éducateur	Ministère de la Santé et des solidarités
Auxiliaire de vie scolaire, agent de prévention et de médiation, agent des collectivités locales ...	IV	BacPro SPVL	BacPro Services de proximité et vie locale	Ministère de l'Education nationale
Agent des collectivités locales, services à la personne	IV	BacPro SMR	BacPro Services en milieu rural	Ministère de l'Agriculture
Animateur	IV	BPJEPS	BP de la Jeunesse, de l'Education Populaire et du Sport	Ministère Jeunesse et sports
ES	III	DEES	Diplôme d'Etat d'éducateur spécialisé	Ministère de la Santé et des solidarités
ASS	III	DEASS	Diplôme d'Etat d'assistant de service social	Ministère de la Santé et des solidarités
EJE	III	DEEJE	Diplôme d'Etat d'éducateur de jeunes enfants	Ministère de la Santé et des solidarités
ETS	III	DEETS	Diplôme d'Etat d'éducateur technique spécialisé	Ministère de la Santé et des solidarités
emploi dans le domaine CAF, logement social etc.;	III	BTS ESF	Brevet de technicien supérieur en économie sociale et familiale	Ministère de l'Education nationale
CESF	III	DCESF	Diplôme de conseiller d'économie sociale et familiale	Ministère de l'Education nationale
Animateur social	III	DEFA	Diplôme d'Etat relatif aux fonctions d'animateur	Ministère Jeunesse et sports et ministère de la Santé et des solidarités
Médiateur familial	II	DEMF	DE Médiation familiale	Ministère de la Santé et des solidarités
Cadre éducatif et social	II	CAFERUIS	Certificat d'aptitude aux fonctions d'encadrant et de responsable d'unité d'intervention sociale	Ministère de la Santé et des solidarités
Chef de projet, cadre éducatif et social	I	DEIS	DE Ingénierie sociale	Ministère de la Santé et des solidarités
Directeur	I	CAFDES	Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement social ou de service d'intervention sociale	Ministère de la Santé et des solidarités

ANNEXE 3 : LE FINANCEMENT DES MAISONS DE SANTE PAR LA REGION

2003 :

Maison médicale de Bléneau (50 000 €)
Maison médicale de Champignelles (50 000 €)

2004 :

Maison médicale de Moulins-Engilbert (75 000 €)

2005 :

Maison médicale pluridisciplinaire de St-Bonnet-de-Joux (75 000 €)
Maison médicale de garde de Louhans (22 600 €)
Maison médicale de Montsauche-les-Settons (29 000 €)
Extension de la Maison médicale St-Amand-en-Puisaye (21 120 €)
Maison médicale de Toulon-sur-Arroux (68 000 €)

2006 :

Maison médicale de Givry (75 000 €)
Création de Maison médicale pluridisciplinaire à Guillon (75 000 €)
Maison médicale de Saint-Germain-du-Bois (75 000 €)

2007 :

Maison médicale pluridisciplinaire de la Commune de Fours (75 000 €)
Maison médicale de garde de Chagny (50 000 €)

2008 :

Maison de santé à Semur-en-Brionnais (100 000 €)
Maison médicale du Haut-Morvan (150 000 €)
Maison médicale pluridisciplinaire à Châtillon-en-Bazois (100 000 €)

2009 :

Maison médicale de La Clayette (75 000 €)
Maison médicale pluridisciplinaire de Luzy (100 000 €)

Extraits

TITRE I : MODERNISATION DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

- « Art. L.6143-1 – Les Conseil de surveillance se prononcent sur la stratégie et exerce le contrôle permanent de la gestion de l'établissement de santé ».
- « Art. L.6143-5. –Le Conseil de surveillance est composé comme suit :
 1. au plus de cinq représentants des collectivités territoriales ou de leurs groupements, désignés en leur sein par les organes délibérants des collectivités territoriales ou de leurs groupements, parmi lesquels figurent le maire de la commune siège de l'établissement principal ou son représentant et le président du Conseil général ou son représentant (...)
 2. au plus cinq représentants du personnel médical ou non médical de l'établissement public (...)
 3. au plus cinq personnalités qualifiées (...)
- « Art. L.6132-1.- La convention de communautés hospitalières de territoire est préparée par les directeurs et les présidents des commissions médicales des établissements et approuvée par leurs Conseils de surveillance, après information des comités techniques d'établissement ».
- « Art. L.4151-7-1. – La formation initiale des sages-femmes peut être organisée au sein des universités, par dérogation à l'article L.4151-7, sous réserve de l'accord du Conseil régional. Cet accord doit notamment porter sur les modalités de financement de la formation ».

TITRE III : AGENCES REGIONALES DE SANTÉ

- « Art. L.1431-2. f) En relation avec les directions régionales des affaires culturelles mais aussi avec les collectivités territoriales qui le souhaitent, les agences régionales de santé encouragent et favorisent, au sein des établissements, l'élaboration et la mise en œuvre d'un volet culturel ».
- « Art. L.1432-1. Auprès de chaque agence régionale de santé sont constituées :
 1. une conférence régionale de la santé et de l'autonomie, chargée de participer par ses avis à la définition des objectifs et des actions de l'agence dans ses domaines de compétences ;
 2. deux commissions de coordinations des politiques publiques de santé, associant les services de l'État, les collectivités territoriales et leurs groupements et les organismes de sécurité sociale. Ces commissions, dont la composition et les modalités de fonctionnement son fixées par décret, sont compétentes pour assurer la cohérence et la complémentarité des actions déterminées et conduites par leurs membres, respectivement :
 - dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle infantile.
 - dans le domaine des prises en charge et des accompagnements médico-sociaux ».
- « Art. L.1432-2. Au moins deux fois par an, le directeur général de l'agence régionale rend compte au Conseil de surveillance, dont une fois après la clôture de chaque exercice, de la mise en œuvre de la politique régionale de santé et de la gestion de l'agence. Cette communication est rendue publique ».

- « Au moins une fois par an, il rend compte à la conférence régionale de la santé et de l'autonomie de la mise en œuvre de la politique régionale de santé et l'informe des suites qui ont été données à ses avis. Cette communication est rendue publique ».
- « Art. L.1432-3.-I. Le Conseil de surveillance de l'agence régionale de santé est composé :
 - de représentants de l'État,
 - de membres des conseils et conseils d'administration des organismes locaux d'assurance maladie,
 - de représentants des collectivités territoriales.
 - de représentants des patients, des personnes âgées et des personnes handicapées, ainsi qu'au moins une personnalité choisie à raison de sa qualification dans les domaines de compétence de l'agence ».
- « Art. L.1432-4. « La conférence régionale de la santé et de l'autonomie est un organisme consultatif composé de plusieurs collèges qui concourt, par ses avis, à la politique régionale de santé. Sont notamment représentés au sein de ces collèges les collectivités territoriales, les usagers et associations œuvrant dans les domaines de compétence de l'agence régionale de santé, les conférences de territoire, les organisations représentatives des salariés, des employeurs et des professions indépendantes, les professionnels du système de santé, les organismes gestionnaires des établissements et services de santé et médico-sociaux, les organismes de protection sociale ».
- « Art. L.1432-6. - Les ressources de l'agence sont constituées par :
 - une subvention de l'État ;
 - des contributions des régimes d'assurance maladie ;
 - des contributions de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie pour des actions concernant les établissements et services médico-sociaux ;
 - des ressources propres, dons et legs ;
 - sur une base volontaire, des versements de collectivités territoriales ou d'autres établissements publics ».
- « Art. L.1434-3. Le projet régional de santé fait l'objet d'un avis de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie, des collectivités territoriales et du représentant de l'État dans la région ».