

ASSEMBLÉE NATIONALE

6 février 2009

RÉFORME DE L'HÔPITAL - (n° 1210)

Commission	
Gouvernement	

AMENDEMENT

N° 747

présenté par
M. Rolland, rapporteur
au nom de la commission des affaires culturelles,
M. Méhaignerie, M. Bur et M. Door

ARTICLE ADDITIONNEL**APRÈS L'ARTICLE 26, insérer l'article suivant :**

Avant le 15 septembre 2009, le Gouvernement présente au Parlement un rapport évaluant l'intérêt qu'il y aurait à ce qu'un sous-objectif de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie identifie une enveloppe destinée à contribuer à la réduction des inégalités interrégionales de santé. Une telle enveloppe pourrait être répartie par régions et déléguée aux agences régionales de santé, qui disposeraient ainsi de moyens accrus pour résorber les inégalités de santé.

EXPOSÉ SOMMAIRE

La réduction de inégalités interrégionales de santé doit être au centre de la réforme du système de santé que propose le présent projet de loi. La création d'ARS disposant d'un large périmètre de compétences constitue une occasion de relancer la lutte contre ces inégalités.

– Les principaux indicateurs de santé témoignent de ces disparités : la différence d'espérance de vie constatée entre un cadre et un ouvrier qualifié (7 ans) l'illustre.

– Parallèlement, les inégalités territoriales sont marquées, notamment sur le plan de la mortalité évitable, comme le rapport de M. André Flageolet l'a récemment rappelé.

Ces disparités ne s'expliquent naturellement pas, uniquement, par une appartenance à une catégorie sociale ou un territoire. Elles sont, en réalité, liées à un ensemble de facteurs combinés qui tiennent à des différences tant en matière d'exposition aux risques, d'environnement, de comportements socio-culturels, d'accès aux soins...

Pour les corriger, le développement de dynamiques globale et locale au sein des bassins de vie constitue un levier essentiel. Eu égard à l'importance de certains déterminants de santé, un plan d'actions coordonnées doit notamment intégrer :

- un volet nutrition/santé-activité physique,
- un volet conduites additives : alcool, tabac, drogues ...
- un volet développement-structuration de l'offre de prévention et de soins de premier recours,
- une dimension prise en charge et accompagnement des patients chroniques et éducation thérapeutique,
- un volet médico-social et soins d'aval.

Les contrats locaux de santé visés à l'article 26 de la loi, susceptibles d'être conclus par l'ARS, peuvent constituer l'un des outils de cette politique.

Mais, il va de soi qu'une politique volontariste en la matière implique la mobilisation de moyens financiers. Son essor dépend, très directement, de ce type de levier. Une marge de manœuvre doit être identifiée à cette fin puis répartie entre régions dans l'objectif de contribuer à corriger ces inégalités de santé.

Sur la base des données d'aujourd'hui disponibles, plus particulièrement sur le champ ambulatoire, il apparaît que les dépenses annuellement engagées par région sont davantage corrélées à l'offre de soins disponible qu'à l'état de santé de la population. Un état consolidé des charges engagées par région à l'initiative de l'Etat et de l'Assurance-maladie reste à actualiser en y intégrant l'ensemble des champs : ambulatoire, hospitalier, médico-social, prévention-santé publique pour présenter une vue globale de la situation.

Au-delà du constat, tant dans un objectif d'équité que de responsabilisation des futures agences régionales de santé, il importe de poser, sans délai, le principe d'identification au sein de l'ONDAM d'une enveloppe, destinée à contribuer à la réduction de ces inégalités territoriales. Celle-ci pourrait être répartie entre régions en fonction de critères reposant sur la structure par âge de la population et l'état de santé comparé. Une souplesse d'utilisation devrait, bien entendu, caractériser l'utilisation de celle-ci.