



# Les agences : typologie et missions

**La réforme du système de santé s'est accompagnée, dans les années quatre-vingt-dix, de la création d'agences : agences reprenant et développant les missions de l'administration au niveau national et agences régionales de l'hospitalisation dans le cadre de la décentralisation.**

## Genèse des agences sanitaires

**P<sup>r</sup> Jean-François Girard**  
Conseiller d'État,  
Président de l'Institut  
de recherche pour le  
développement

La mise en œuvre des agences a été précédée d'une prise de conscience, dès les dernières années quatre-vingt, de la nécessité d'intégrer dans la régulation du système de santé français de nouvelles approches et de nouveaux instruments.

Les avancées médicales, de nouveaux problèmes de santé publique, l'opacité des modes de gestion traditionnels sollicitaient fortement les responsables. Le paysage sanitaire avait changé. L'apparition progressive d'une conception globale de la santé impliquait l'émergence d'une véritable politique sanitaire. Une dynamique institutionnelle s'imposait pour générer des modes de gestion fondés sur de nouvelles références.

En 1987, sur une initiative ministérielle, un comité d'évaluation médicale est mis en place, instance animée essentiellement par des médecins. Son instauration traduit déjà une certaine lucidité quant à l'ampleur des questions à résoudre et à prévoir.

La même année, une mission d'étude menée aux États-Unis et conduite par le directeur général de la Santé s'intéresse à l'expérience du CDC d'Atlanta. La conviction se fait vive de la nécessité de disposer d'un tel dispositif de surveillance et d'alerte. On ne pouvait pas ne pas avoir cela en France et en Europe. Cette conviction est partagée à la fois par le directeur général de la Santé pour des raisons stratégiques et par les épidémiologistes pour des raisons techniques. La

synergie des deux points de vue se révélera porteuse de projets innovants en matière de gestion de la santé publique.

La réalisation de ces projets sera cependant lente et laborieuse. Quelle configuration, quels statuts adopter ?

De plus, bien que les autorités sanitaires aient été acquises à l'idée générale, la volonté politique dans ce domaine tarde quelque peu. L'époque est à la recherche d'une rationalisation de l'hôpital, et plus précisément à la préparation de la loi hospitalière de 1991. Les impératifs de renouvellement de la gestion d'un secteur important « accaparent » les énergies. Pourtant, l'évaluation de l'activité médicale, bien que difficile, apparaît prioritaire. L'Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale est créée en 1990, sous forme associative.

Et, après quelques épisodes de changements ministériels, le Réseau national de santé publique est enfin créé en juin 1992 et installé à Saint-Maurice [94]. La formule de groupement d'intérêt public (GIP) a finalement été retenue avec la perspective d'une transformation ultérieure en établissement public national. L'idée de situer, à terme, cette institution dans un cadre européen est déjà présente dans l'esprit de certains promoteurs du projet.

### **Création des agences : au-delà d'une situation de crise**

Ces deux structures, l'Andem qui allait donner l'Anaes (1996) et le RNSP qui sera le socle de l'InVS (1998), ont été créées, ou en tous les cas imaginées, avant les crises sanitaires des années quatre-vingt-dix et avant que l'on ne prenne pleinement conscience des dysfonctionnements du système de soins (transfusion,

Les références  
entre crochets  
renvoient à la  
bibliographie p. 60.

hormone de croissance...). Cette précision montre que le dispositif des agences ne se résume pas à être une réponse aux crises en terme de sécurité sanitaire, même si la création de la deuxième vague d'agences (ou la transformation des premières) a été accélérée par la survenue de ces crises.

La loi de décembre 1992 (JO du 4 janvier 1993) institue l'Agence du médicament et l'Agence française du sang.

Le cas de l'Agence du médicament conduit à la rattachement à la première vague. Sa création se situait dans le cadre de la coordination européenne en matière de médicament qui allait conduire à l'Agence européenne du médicament. Et sur le plan institutionnel français, il s'agissait de remédier à une aberration qui consistait à confier à la direction de la Pharmacie et du Médicament l'ensemble des processus allant de l'autorisation de mise sur le marché à la fixation des prix, en passant par l'évaluation et son suivi. On évoluait alors dans une confusion d'intérêts, un cumul de fonctions qui gagnaient à être séparées. La même administration

se trouvait finalement juge et partie. L'institution de l'agence traduisait ainsi une volonté de rationaliser le dispositif.

La création de l'Agence française du sang, elle, répondait dans l'immédiat à une situation de crise. Mais la nécessité de rationaliser le dispositif, en séparant en particulier la collecte et la production industrielle, aurait tôt ou tard imposé une telle création, préluant au futur Établissement français du sang.

### La redistribution des tâches et des moyens accrus

Dans le même état d'esprit apparaissaient dans le paysage de la santé publique l'Établissement français des greffes sur fond de rumeur de trafic d'organes dans certains pays européens, puis l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments, plus tard l'Agence de l'environnement.

Ainsi, en moins de dix ans, l'organisation administrative des pouvoirs publics en matière de santé publique a été profondément remaniée, dominée par la création des agences. Un tel bouleversement a permis d'attribuer à

## Les agences régionales de l'hospitalisation : du modèle à la réalité

**Au niveau sanitaire, la région est régie par différentes institutions : Drass, ARH, Urcam, alors qu'il fut envisagé la création d'une seule agence de santé. Ce choix pragmatique est le fruit d'un compromis entre une réforme législative difficile et une politique régionale effective.**

La conception d'une régulation régionale du système de soins en France remonte à la plus haute Antiquité, aurait écrit Alexandre Vialatte dans ses chroniques de l'actualité. Sans remonter jusqu'aux Grecs, il est vrai que cette idée de la régionalisation a été instruite pour la première fois par un groupe de travail du Commissariat général au Plan, au moment de l'élaboration de la loi Defferre en 1982. Le système de soins de santé était resté en dehors du vaste mouvement de décentralisation politique provoqué par cette loi, contrairement aux services sociaux. Le groupe de travail du Plan avait mis en évidence la réticence, à l'époque, des élus locaux à endosser la responsabilité d'un secteur fort coûteux et jugé trop

complexe. Pourtant, l'idée régionale a continué de vivre, se manifestant par la montée en puissance progressive, inégale en étendue de pouvoir sur le territoire, des directions régionales de l'Action sanitaire et sociale (Drass), créées quant à elles par la première loi de décentralisation de 1972. Il faut se souvenir que les Drass ont été créées à l'origine plutôt comme des organismes fonctionnels d'appui ou de coordination de l'action départementale, les instances régionales n'ayant pas de pouvoir hiérarchique direct sur les directions départementales (Ddass). Dès lors, le degré d'intégration régionale dépendait pour une large part des circonstances locales, y compris de la capacité du directeur de rallier les départements à une vision territoriale plus large de leurs actions. La loi hospitalière de 1991 a vraiment consacré l'échelon régional comme un niveau structurant de la politique hospitalière, par le biais de la planification. Quel bénéfice était attendu de cette régulation régionale ? Celle d'une meilleure capacité d'évaluation des besoins locaux, et donc d'une meilleure adaptation de l'offre de soins. Fini le temps où l'on recourt à Paris pour contester le travail de com-

missions locales légitimes, travaillant sur la base d'une expertise technique et de la recherche de l'intérêt général, sous prétexte qu'un élu local bénéficiait d'un accès privilégié auprès du ministre.

C'est dans ce contexte que le groupe du Plan de 1992 a travaillé sur la régionalisation. Pourquoi, alors, ne pas continuer à renforcer le rôle des Drass, en leur confiant des leviers d'action de plus en plus importants, notamment en matière d'allocation budgétaire ? Parce que la réflexion s'est engagée sur une vision intégrative du système de santé, l'échelon régional ayant la responsabilité de tous les services sanitaires : le modèle était celui de l'agence régionale de santé. Sa compétence dépassait donc largement celle des Drass ; qui plus est, la discussion s'est engagée — un moment seulement — sur une décentralisation politique de la régulation régionale, les agences régionales devant rendre des comptes à un conseil d'administration composé pour partie de représentants élus de la population. Mais il existait aussi, au sein du groupe de réflexion, un autre courant de pensée, plus jacobin celui-là, pour lequel le modèle idéal n'était pas

**Gérard de  
Pouvoirville**  
Directeur du  
Cregas, directeur  
de recherche  
Inserm U  
537/CNRS-  
UPRESA 8052

ce secteur, qui en manquait cruellement, des effectifs et des moyens. Mais il a aussi permis d'introduire une redistribution des rôles entre l'administration centrale, qui reste pilote stratégique, et les agences, à fonction opérationnelle et d'expertise.

Le domaine des maladies transmissibles illustre bien la césure qui a dû s'opérer entre deux types de missions : missions stratégiques et missions opérationnelles. Le désarroi vécu par les acteurs de l'administration concernée évoquait bien, lors de la création du Réseau national de santé publique, la nature du problème : dans une structure associant administration et expertise, cette dernière, en pratique, s'impose, pour des raisons pratiques d'opérationnalité, de demande d'informations pour l'aide à la décision. Il semblait alors indispensable d'externaliser l'épidémiologie interventionnelle pour se recentrer sur les tâches de réglementation, d'administration.

Au sein de l'administration, la direction générale de la Santé en l'occurrence, les nouvelles orientations ont été mal vécues. Elles ont été perçues, au départ, comme

un dessaisissement de missions qui contribuait à son appauvrissement, en particulier dans les domaines dont elle avait la charge.

Mais le modèle n'est pas à l'abri de dysfonctionnements, tant sont multiples les acteurs et tant sont spécifiques leurs fonctionnements et leurs intérêts.

### Un pilotage politique fort est nécessaire

Une certaine logique veut que plus on crée d'institutions et plus on crée, simultanément, de conflits. Les intérêts sont en effet divergents. En fait, dans la pratique on peut constater que « cela ne s'est pas trop mal passé ». Les conflits ont été maîtrisés du fait que les promoteurs du dispositif général appartiennent à la même génération et ont été nommés à peu près simultanément.

Mais, si l'on n'y prend pas garde, une propension à l'autonomie des agences, voire à l'autarcie peut émerger. Chaque agence serait tentée d'affirmer sa politique. La dérive serait dangereuse.

Un pilotage politique fort s'avère indispensable qui puisse intégrer la distinction entre le politique et l'ad-

## Les agences régionales de l'hospitalisation : du modèle à la réalité

► celui d'une décentralisation politique, assez semblable à celle prévue par la loi Defferre, qui aurait trop renforcé le poids des élus locaux dans la restructuration hospitalière. Ce n'était pas ce qui était souhaité : la gestion des conseils régionaux était, à l'époque, fort critiquée. Pour ce courant, comme pour l'autre d'ailleurs, les Drass ne disposaient pas de la légitimité nécessaire pour imposer des choix douloureux ; placées sous l'autorité des préfets de région, leurs actions de rationalisation de l'offre de soins ne pouvaient qu'être tempérées par le souci de l'autorité préfectorale de ne pas ouvrir de conflits avec les élus politiques locaux. C'est bien d'ailleurs ce qui s'était passé dans certaines régions lors de la première génération des schémas régionaux d'organisation des services. Il fallait donc sortir le système de santé de la tutelle préfectorale et créer un échelon rendant des comptes directement au ministre : pour cette raison, on a appelé dans un premier temps les directeurs d'agence des « préfets sanitaires ».

La réflexion est donc partie du même constat : l'absence de légitimité d'un service extérieur de l'État à piloter l'organisation des soins au niveau régional, mais en opposant deux modèles, celui d'une décentralisation politique, assez vite rejetée au profit d'une délégation directe d'une partie des pouvoirs

du ministre. Le choix de la création d'« agences de l'hospitalisation » au lieu d'« agences de santé » était un choix pragmatique d'ailleurs recommandé par le rapport Soubie : il était impensable de fusionner les services de l'État et ceux de l'Assurance maladie, et cela d'autant plus qu'il fallait d'abord fusionner les différents régimes entre eux ! Les réformateurs ont donc ménagé l'avenir par la création des unions régionales des caisses d'assurance maladie, et par leur introduction dans la gouvernance des agences. On retrouve dans cet exemple la recherche de compromis entre le souhaitable, sans doute un peu utopique mais qui montre la direction à suivre (l'intégration de l'hôpital et de la médecine de ville), le faisable (la création d'agences régionales de santé aurait requis un travail législatif considérable de modification du statut des acteurs régionaux) et le politiquement vendable.

Mais ces compromis remettent-ils en cause le projet initial ? Rappelons les objectifs : mener des politiques régionales réellement autonomes, à l'abri d'arbitrages nationaux intempestifs, et en tentant de répondre aux besoins de la population, provoquer une intégration accrue du système de soins par une meilleure coordination hôpital-médecine de ville et services de l'État-services de l'assurance maladie. Pour ce faire, il fallait

vraiment donner aux agences des moyens que n'avaient pas les Drass. Le PMSI est arrivé à point nommé, donnant aux agences une base légitime pour procéder aux réallocations de moyens, le coût par point ISA. Le calendrier des schémas régionaux d'organisation des soins a lui aussi été favorable, puisque les agences ont eu à mettre en œuvre la deuxième génération des Sros. La mise en place des conférences régionales et nationale de santé a également donné un contenant à l'expression d'une politique régionale de l'offre de soins, à l'abri des arbitrages nationaux. Un autre phénomène plus extérieur au système joue en faveur des agences : l'émergence d'une évaluation des établissements hospitaliers par la presse, phénomène qui s'est installé après la première publication de *Science et Avenir* en 1999. Que signifie ce phénomène, en quoi renforce-t-il l'action des agences ? Il contribue à l'idée selon laquelle on peut rationaliser l'offre de soins, que celle-ci n'est plus seulement dans les mains des professionnels et des politiques locaux. On peut pointer du doigt un établissement « défaillant ». Enfin, les premiers directeurs d'agence n'étaient pas tous des fonctionnaires, et cet apport de cultures et de compétences externes pouvait s'avérer favorable à l'éclosion de nouvelles pratiques

ministériel, ainsi que la distinction entre l'intervention ministérielle et l'intervention interministérielle.

En premier lieu, c'est au directeur général de la Santé d'être l'animateur-chef d'orchestre de ce dispositif. Le directeur général de la Santé doit représenter la continuité. Dans la pratique, il doit assurer la cohérence stratégique auprès du ministre au service de la politique de ce dernier. Certes, un ministre change, mais il a la légitimité politique.

En clair, les rôles respectifs du ministre et du directeur général de la Santé doivent être mieux évalués.

La problématique entre le ministériel et l'interministériel est devenue plus complexe avec les agences des produits alimentaires et de l'environnement. La santé est devenue un « sujet » interministériel. Alors, en faire un domaine relevant, *in fine*, de Matignon ? La solution ne serait pas sage : les sujets sont trop conflictuels. Créer un délégué interministériel à la Santé ? Cela n'aurait pas de sens. Il ne pourrait assurer une présence permanente.

Le ministre de la Santé comme chef d'orchestre n'est pas toujours une solution satisfaisante. Cela dépend de

sa place dans la hiérarchie des ministres. Cela dépend également de la personnalité du ministre, mais même dans ce cas il ne lui est pas toujours facile d'intervenir efficacement. En règle générale, en France, le ministre délégué à la Santé, ou le secrétaire d'État, doit exercer ses missions dans le cadre des Affaires sociales.

Il ne s'agit pas uniquement d'un problème d'organisation. C'est un problème politique qui se pose en terme de prédominance ou non de la santé. L'État a pris le pouvoir en matière de santé. Si la santé est « devenue publique », elle est devenue politique au sens plein du terme. La santé devenant publique, l'action de l'État en la matière s'impose avec évidence, logique et légitimité démocratique. D'autant que l'État se fonde pour développer des politiques sanitaires, d'une part, sur les besoins objectifs de la population, établis et chiffrés par l'épidémiologie, d'autre part, sur les besoins subjectifs, ressentis et exprimés par l'opinion. L'action de l'État se trouve donc doublement fondée et se trouve légitimée par la création d'agences qui en sont ainsi son émanation, pour autant qu'il sache en assurer le pilotage. ■

de négociation voire de contractualisation entre les acteurs régionaux.

Les points faibles ? Les directeurs relèvent directement du ministre : curieuse décentralisation, qui soumet les responsables locaux au contrôle direct de l'échelon central ! Les agences ne seraient-elles donc que le bras lourdement armé du ministre, révocable à merci, au gré de l'agenda politique national ? Dans ce cas, la régionalisation marquerait la reprise en main d'une politique hospitalière trop dépendante des rapports de pouvoir locaux. Mais c'est peut-être là où réside le paradoxe de la régionalisation en France. Dans la situation antérieure, chaque acteur local pouvait user de son pouvoir d'influence au niveau national justement pour faire pièce aux tentatives des Drass d'ajuster l'offre de soins aux besoins, de réallouer les ressources en fonction de la performance des établissements : pouvoir des directeurs généraux de CHU, appuyés par les maires des grandes agglomérations, pouvoir de certains élus locaux au détriment d'élus moins influents, pouvoir d'influence de médecins réputés. L'échelon central continue d'arbitrer en cas de conflit majeur, il a toujours une influence déterminante sur la politique hospitalière par le lancement d'actions majeures comme la mise en place des 35 heures, l'accréditation, la politique de sécurité sani-

taire, les plans nationaux de lutte contre certaines maladies comme le sida. Mais il couvre l'action locale de recomposition de l'offre de soins menée par les agences, avec une incitation financière forte qui est celle du redéploiement de l'enveloppe budgétaire entre les régions. Charge aux agences de mener leurs actions sans faire un bruit qui remonterait aux oreilles de l'échelon central.

Voici donc un modèle original de régulation régionale. Il y a vraiment décentralisation, car on a donné aux agences les instruments et le pouvoir de mener de véritables politiques régionales d'organisation des soins. Certes, celles-ci sont confrontées à des environnements fort hétérogènes, tant du point de vue des ressources disponibles que des rapports de force préexistants, et elles doivent s'y adapter : il faut donc juger des résultats des agences à l'aune de l'écart par rapport à l'existant, et non pas en fonction d'une cible commune à atteindre, un peu comme l'on évalue la performance des établissements scolaires en fonction des caractéristiques des populations qu'ils desservent. En même temps, cette autonomie est fragile, sans cesse menacée par la capacité de mobilisation des acteurs locaux au niveau national. Mais cette fragilité semble diminuer avec le temps : dans le débat politique, à gauche

comme à droite, la régionalisation semble acquise. Un nouvel espace régional est ouvert, avec la délégation aux régions d'un pouvoir d'incitation aux expériences innovantes d'organisation des soins : la Commission Soubie est en passe d'être décentralisée. Mieux encore, l'idée selon laquelle elle est bien incomplète, en l'absence de décloisonnement entre les financements hospitaliers publics, privés et ambulatoires (la fameuse non-fongibilité des dépenses), fait son chemin. Comme si les acteurs nationaux, conscients des blocages politiques existant entre État et assurance maladie, se rendaient compte progressivement que le salut viendrait de la montée en puissance d'un pôle régional fort. Pour autant, le système de santé français est en passe de subir le violent ouragan de la pénurie des professions de santé en même temps que les établissements hospitaliers publics doivent passer aux 35 heures. Par ailleurs, le pouvoir sanitaire régional suscite de plus en plus l'intérêt des élus locaux, qui veulent reprendre pied dans la gestion de ce dossier hautement politique. La sphère régionale réussira-t-elle à montrer qu'elle est incontournable dans la gestion de ces deux crises et qu'elle s'adaptera à la pression des conseils régionaux ? Si oui, le modèle a de beaux jours devant lui. ■