

c'est-à-dire ceux qui ont la valeur du point ISA le plus bas.

Une fraction de l'enveloppe, généralement inférieure à 1 %, est consacrée aux contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens qui permettent de financer les priorités du Sros et de la conférence régionale de santé, ainsi que des objectifs en matière de qualité et de sécurité des soins.

Le contrat pluriannuel est signé entre les établissements de santé et les ARH ; chaque établissement s'engage, au travers d'un projet, à participer à la recombinaison hospitalière décidée en fonction de besoins de santé préalablement identifiés.

L'attention accordée aux priorités de santé publique s'est-elle accrue ?

Le rôle des agences apparaît à la fois contraint par le pouvoir central, mais ouvert à de nouveaux modes d'organisation plus innovants pour la régulation du système hospitalier.

Le renforcement de la région, comme pivot de la politique de santé, constitue un axe important des ordonnances de 1996. Des instances ont été introduites et de nouveaux outils mis à disposition d'institutions existantes. Ainsi, les schémas régionaux d'organisation sanitaire, dont la mise en place a été confiée aux ARH. Les unions régionales des médecins exerçant à titre libéral (URML) constituent une instance d'études et d'analyses portant essentiellement sur le fonctionnement du système de santé et l'évaluation des besoins médicaux. La coordination avec les autres professionnels de santé, ainsi que la formation des médecins et des usagers, font partie de leurs missions.

La réforme de 1996 vient renforcer ce dispositif régional, mais maintient la séparation traditionnelle entre le secteur hospitalier et celui des soins ambulatoires rattaché aux unions régionales des caisses d'assurance maladie (Urcam) qui fédèrent au niveau de chaque région le régime général, la Mutualité sociale agricole et la Caisse nationale autonome d'assurance maladie (Canam). Ces institutions au caractère fédérateur apportent chacune une contribution originale dans le cycle de décision, les unes en termes de rationalisation de l'offre de soins, les autres en termes de formulation des priorités de santé. Mais le sentiment qui domine est celui d'une dilution des responsabilités dans l'élaboration d'une politique de santé publique.

La cohérence d'ensemble du système a-t-elle été améliorée pour mieux répondre aux besoins de la population compte tenu des moyens disponibles ?

La réponse est ambivalente, parce que les moyens offerts aux décideurs le sont. Ainsi, la volonté d'aller vers une logique d'incitation économique se trouve limitée par une gestion planifiée. De plus, la volonté des acteurs de développer des coopérations pour assurer une continuité des soins telle qu'envisagée par les Sros, qui sont la référence pour toute transformation de l'hôpital et proposent des orientations explicites en termes de coordination, se trouve découragée par

des contraintes de fongibilité des enveloppes entre les établissements soumis à enveloppe globale et les autres, ou un financement par l'enveloppe médico-sociale et les autres.

Des expériences conduites en termes de transversalité des financements, de même que les apprentissages d'une culture commune initiés entre les différentes institutions URML, Urcam, Ddass et ARH dans certaines régions, laissent augurer d'un paysage institutionnel qui se renouvelle par la volonté des acteurs locaux et pour une meilleure satisfaction des usagers. Cette dernière repose sur des éléments spécifiques comme la connaissance de la perception par la population de son état de santé, l'identification de ses besoins, de ses priorités. À ce niveau, des questions restent en suspens : la population est-elle réellement représentée dans le choix des priorités, et avec quelle implication ? Est-elle suffisamment informée pour se sentir prête à intervenir et de quelle information dispose-t-elle ?

Envisagé dans une conception large, ce processus d'organisation marque un progrès au niveau de l'expression des besoins de la population et du débat démocratique. Toutefois, la portée du changement est limitée. En effet, depuis sa mise en place en 1997, l'Ondam a été respecté seulement la première année. Depuis lors, les dépenses réelles sont toujours supérieures aux prévisions. Ainsi, entre 1999 et 2000, le taux d'évolution des dépenses de santé est de 5,9 % ; celui fixé par le Parlement était de 2,5 % seulement. ■

## ARH, assurance maladie et services déconcentrés

**Louis-René Geffroy**  
Directeur de l'ARH de  
Franche-Comté

Les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) constituent l'un des principaux dispositifs issus de l'ordonnance 96-346 du 24 avril 1996, relative à la réforme de l'hospitalisation publique et privée. Constituées sous forme de groupements d'intérêt public (GIP), associant les services déconcentrés de l'État et les services de l'assurance maladie, les ARH, mises en place à partir de septembre 1996, ont commencé à fonctionner au printemps 1997.

Cette création s'est inscrite dans une double logique d'action :

- celle de la maîtrise d'une dotation financière régionale limitative fixée par le ministre après le vote du Parlement d'un objectif annuel national de dépenses de l'assurance maladie ;
- celle de la mise en œuvre du niveau régional comme niveau de la réalisation de la politique hospitalière avec comme cadre d'action une véritable politique de santé

publique axée sur l'analyse des besoins, la définition des priorités et l'implication des établissements hospitaliers sur la base d'une contractualisation pluriannuelle des objectifs et moyens.

Les ARH ont, en cinq ans, démontré leur efficacité dans la conduite des objectifs qui leur avait été assignés, ce qui n'était pas évident si l'on se rappelle le contexte de franche hostilité des partenaires en place. Il serait trop facile de dire qu'elles ont réussi à organiser régionalement la mise en œuvre d'une politique hospitalière là où Ddass, Drass, caisses d'assurance maladie, établissements hospitaliers n'avaient pas pu inscrire cette régionalisation dans les faits, car elles ont développé leur action dans un cadre totalement nouveau de la politique hospitalière.

Ce premier bilan positif tient largement au contexte favorable dont les ARH ont bénéficié. Il se traduit par une politique de changement clairement affirmée et les moyens de cette politique (nouvelle dynamique régionale de la régulation et de l'allocation de ressources, avec un pôle décisionnel régional, schéma régional d'organisation sanitaire médicalisé et concerté, perspectives nouvelles de l'évaluation de la performance hospitalière donnée par le PMSI, suppression du cloisonnement entre les hôpitaux du secteur public et les cliniques privées...).

Cependant ce défi ne pouvait être relevé par la seule action du directeur d'agence et de son équipe rapprochée car, par construction, l'ARH se devait, pour assurer ses missions, de mettre en synergie l'ensemble des professionnels des caisses et des services déconcentrés de l'État qui travaillaient dans le cadre de l'hospitalisation.

L'organisation de l'ARH sous la forme d'un GIP avec une commission exécutive (Comex) composée des principaux responsables des structures partenaires de l'agence a constitué un moyen pour développer cette synergie.

Il convient cependant de s'interroger, après cinq ans de fonctionnement, sur l'adaptation du mode d'organisation des ARH face au fonctionnement actuel, ainsi qu'aux nouveaux champs qui s'ouvrent pour la régulation régionale du système de santé.

### Une organisation atypique dans le paysage administratif français

L'ARH, regroupement d'intérêt public (GIP), est organisée sur la base d'une convention constitutive négociée.

Elle vise à mettre en synergie, dans une même structure, services déconcentrés de l'État et assurance maladie en laissant au directeur d'agence une responsabilité et un pouvoir de décision forts sur des champs qui, somme toute, relevaient auparavant des fonctions des composantes mêmes de l'ARH.

La Comex de l'ARH place en parité les représentants régionaux et locaux de l'État et l'assurance maladie. Elle est présidée par le directeur d'agence et dispose de pouvoir de délibération — en dehors du budget et de l'organisation générale de l'ARH — sur les champs de la politique hospitalière :

- autorisation de création, d'extension, de conversion

totale ou partielle de tout établissement public ou privé ainsi que le groupement de tels établissements ;

- autorisation de création, d'extension et de transformation de certaines installations et équipements et des structures de soins alternatives à l'hospitalisation ;

- adoption des orientations qui président à l'allocation des ressources aux établissements de santé après avis du comité régional de l'organisation sanitaire et sociale (Cross) ;

- adoption des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) avec les établissements publics et privés.

En outre, conformément aux ordonnances de 1996, à leurs décrets d'application et à l'article 13 de la convention constitutive, la Comex délibère sur les principales questions concernant le fonctionnement interne de l'agence : budget, comptes financiers et affectation des résultats, décisions modificatives, organisation générale, contenu et modalités d'exécution de son programme de travail, etc.

Enfin, le directeur de l'agence est tenu de solliciter l'avis de la Comex (art. L 6115-4 du CSP) pour les décisions qu'il prend au nom de l'État : détermination de la carte sanitaire et des schémas régionaux et d'organisation sanitaire, suspension partielle ou totale de l'autorisation de fonctionner, approbation des délibérations des conseils d'administration des établissements publics de santé.

Elle se réunit en général une fois par mois. Le directeur de l'ARH sollicite son avis sur les principales décisions et recherche, à travers elle, des consensus organisationnels et de travail en commun. Elle apparaît donc beaucoup plus comme une instance de discussion, d'information, de recherche de consensus sur les champs stratégiques que comme une structure décisionnelle, ce qui est d'ailleurs conforme à la logique d'administration de mission qui a été à l'origine de la création des ARH. Elle représente le lieu privilégié de définition des contributions de chaque composante au programme de travail et aux groupes de projets.

Le directeur de l'ARH n'est entouré que de quelques collaborateurs de son équipe rapprochée, et tous les travaux réglementaires ou d'instruction des décisions sont assurés par les personnes mises à la disposition de l'ARH par ses partenaires, qui restent sous l'autorité hiérarchique de leurs chefs de service.

### Une synergie qui s'appuie sur des travaux communs et des groupes de projets

Les ARH fonctionnent, ont fait leur place, ont acquis une légitimité auprès des acteurs locaux et ont rempli globalement leur contrat initial. Sous leur impulsion, le processus de restructuration de l'offre hospitalière s'est accéléré, le processus d'allocation budgétaire a pris en compte une véritable dimension régionale, dans une plus grande transparence, une première approche de la dimension médicale de la performance.

Enfin, les agences ont animé la préparation des sché-





mas régionaux d'organisation sanitaire (Sros) de seconde génération dans les délais prescrits et avec toutes les concertations requises, actant en cela une véritable cohérence dans la problématique de la mise en œuvre régionale d'une politique hospitalière assise sur un diagnostic des besoins, des priorités et une contractualisation de la mise en œuvre avec les établissements hospitaliers.

Il est clair que la création, au niveau régional, d'un organisme spécialisé dans le champ de l'hospitalisation, les conditions de nomination de son directeur, ainsi que les synergies développées par une unité cohérente de décision ont donné rapidement autorité à cette structure. La présence sur le terrain, les discussions, les échanges organisés ont permis cette accélération de l'adaptation de l'offre et une nouvelle dynamique des acteurs locaux.

La construction, au-delà des champs de compétence traditionnels délégués aux partenaires sous la forme classique des anciennes fonctions, de cellules régionales transversales aux institutions est créatrice de ces synergies (cellule régionale stratégique, cellule régionale d'audit et d'évaluation, groupe de projets des contrats d'objectifs et de moyens, mission d'évaluation et d'audit). Cette constitution de groupes de projets est fédératrice de compétences et moteur d'évolution de la fonction traditionnelle de tutelle, trop longtemps segmentée, insuffisamment médicalisée et incapable de susciter les recompositions et les régulations indispensables à l'adaptation de l'offre hospitalière.

### Une organisation fragile qu'il est nécessaire de consolider

Les conditions de fonctionnement des ARH reposent largement sur des équilibres relationnels où le facteur humain est prépondérant. Il faut également souligner la diversité des agences liées à la taille et au contexte spécifique de chaque région et à une certaine liberté d'organisation indispensable à l'adaptation des procédures de délégation et de travail en commun.

Il est clair que, de manière générale, les services des membres des ARH ont investi le dispositif et ont largement joué le jeu du changement des métiers dans cette première phase de montée en charge. Il faut se poser la question du fonctionnement pérenne d'une telle structure alors que les missions ont évolué et que les responsables des différentes composantes voient se développer leur mission propre où ils disposent d'une plus large autonomie.

Le choix d'une absence de toute relation hiérarchique entre le directeur de l'ARH et les personnes des services membres de l'agence limite, qu'on le veuille ou non, la souplesse d'intervention des ARH et rend particulièrement complexe la gestion des relations entre les uns et les autres.

Le défi qu'il fallait relever d'une large déconcentration du processus décisionnel avec des responsabilités importantes face aux décideurs locaux a été relevé, au prix d'une énergie et d'une implication fortes des

responsables des ARH et de leur équipe. Sur le champ de l'hospitalisation, les missions ont été assurées.

Il faut cependant constater que la Comex, en dépit de sa composition, n'a que très rarement constitué un lien d'échange et de construction de l'ébauche d'une véritable transversalité du système de soins régional, malgré les travaux des Sros deuxième génération dont les phases diagnostic et stratégique se sont placées dans cette logique de santé publique régionalisée.

Même si l'ARH n'a pas vocation à construire les stratégies de recomposition du médico-social et de l'ambulatoire, rarement les ponts ont été ouverts en Comex avec le sanitaire ou la santé publique. Les chefs de service et directeurs qui la composent sont pour la plupart restés attachés à la défense de leur territoire institutionnel, gardant dans leur « pré carré » les informations ou actions que tel ou tel texte leur donnait en responsabilité propre.

On ne peut que regretter ce décalage entre le consensus si souvent affirmé de la nécessaire transversalité avec les dysfonctionnements patents d'une segmentation. Mais on peut gager que si les décideurs institutionnels de l'État ou de l'assurance maladie donnaient l'exemple, les auteurs de santé de terrain s'ouvriraient plus facilement à des logiques transversales. ■

## Les ARH et les services déconcentrés : un divorce et un remariage

**Jean-François Bénévise**  
Directeur régional des affaires sanitaires et sociales de Rhône-Alpes

La création des ARH a d'abord été ressentie comme un désaveu. Lors de l'élaboration des ordonnances, de nombreuses voix se sont élevées contre la restriction du champ de compétences préfectoral dans un secteur fondamental pour la vie de nos concitoyens, puisqu'on privait le corps préfectoral d'une vision globale des services rendus à la population.

### La création des ARH ou la remise en cause d'un système

Les services déconcentrés, pour leur part, ont estimé qu'ils n'avaient pas à être tenus pour responsables d'une maîtrise insuffisante des dépenses de santé et de son corollaire en matière d'implantations hospitalières, faute d'instruments juridiques et financiers suffisamment contraignants. Ils trouvaient de plus injuste, alors même qu'on venait de créer le Comité technique régional et interdépartemental (CTRI) en décembre 1994, de ne pas se donner le temps d'expérimenter une régulation régionale telle qu'elle fonctionne pour le secteur médico-social, en préparation des conférences administratives régionales sous l'autorité du préfet de région.