



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.

De fait, les conflits d'alors portent la marque du profond malaise engendré par cette décision. À cette époque, de nombreux agents expérimentés ont quitté les services chargés de la tutelle sanitaire, d'où une perte de mémoire lourdement ressentie pendant la période de montée en charge des agences.

L'article 16 de l'ordonnance du 25 avril 1996 (devenu L. 61.15-8 du Code de la santé) est dépourvu de toute ambiguïté : « les services départementaux et régionaux de l'État compétents en matière sanitaire et dont l'intervention est nécessaire à l'exercice des pouvoirs et responsabilités dévolus aux ARH sont mis à la disposition de celles-ci. Le directeur de l'agence adresse directement aux chefs de service concernés les instructions nécessaires à l'exécution des tâches qu'il confie aux-dits services ».

Il est même prévu que, par disposition expresse de la convention constitutive, des services régionaux puissent être placés pour partie sous l'autorité directe du directeur de l'agence. Bien qu'aucune agence régionale ne l'ait retenu, ce dispositif a été perçu comme une menace de démantèlement des services. L'organisation mise en place, conforme au mode de fonctionnement d'un groupement d'intérêt public (GIP), reflète les difficultés d'une structure plurielle.

### Une organisation difficile à assumer

La doctrine s'accorde à reconnaître le caractère singulier des organes de décision et de la répartition des pouvoirs. Une commission exécutive tient lieu d'assemblée générale ou de conseil d'administration existant dans d'autres GIP, elle n'exécute rien mais prend des décisions d'autorisation ou d'orientation générale par exception aux compétences de droit commun du directeur.

Si la mise en œuvre du principe hiérarchique au niveau des services déconcentrés ne soulève pas de difficultés, que ce soit dans le cadre des instructions données ou des délégations accordées, le mode de décision collégial de la commission exécutive place les responsables de chaque service en porte à faux, puisque la pluralité des points de vue qu'appellent la nature et la composition de la structure cède le pas devant l'unanimité attendue, caractéristique naturelle de toute décision émanant de décideurs non élus.

Le rôle de l'équipe rapprochée constituée autour du directeur de l'agence doit être bien délimité. Composée de cadres expérimentés le plus souvent issus des composantes de l'agence, elle a très vite pris une place prépondérante dans les choix. Cette tendance résulte de la nécessaire centralisation des informations, des négociations avec les services, les établissements, mais aussi d'un souci de rapidité ou d'efficacité quand il faut combler les manques. On peut ainsi insidieusement déresponsabiliser l'ensemble des structures membres, tout en supprimant la nécessaire distinction entre instruction technique et appréciation politique des dossiers, et en prenant le risque d'exposer inutilement le directeur de l'agence. À cet égard, plutôt que le modèle du cabinet

ministériel tenté de refaire l'instruction des dossiers et de concentrer les contacts avec l'extérieur, il faut valoriser celui des SGAR, qui ont généralement trouvé le bon équilibre entre la priorité accordée aux propositions des services et la vérification de la cohérence interministérielle et des instructions du préfet.

Dans la répartition des missions, les agences ont généralement privilégié la reprise des compétences traditionnelles. À la Drass revient la planification et les autorisations systématiquement, la gestion de l'enveloppe le plus souvent. La Cram garde la haute main sur le secteur privé et prend généralement en charge la contractualisation avec les établissements et les audits. Les essais de mêler ou de croiser les concours, que ce soit sur le PMSI ou l'allocation de ressources, n'ont pas toujours donné les résultats escomptés, l'organisation des équipes autour de compétences personnelles étant parfois contrecarrée par les logiques institutionnelles (pouvoir, tradition, gestion des systèmes d'information et continuité du service).

Cela étant, l'individualisation des compétences peut s'avérer une source de fragilité dans le contexte de mobilité accrue que vivent les agents du ministère de l'Emploi et de la Solidarité.

Enfin, chacun doit tenir compte des traditions administratives différentes, entre celle de l'État habituée à la délégation et celle de l'assurance maladie beaucoup plus centralisée.

### Un fonctionnement novateur et exigeant

Il a fallu apprendre à travailler ensemble. Le principal intérêt des agences est de regrouper, en un lieu de concertation, d'élaboration et de co-décision, l'État et l'assurance maladie qui pendant des décennies se sont côtoyés sans rarement croiser leurs regards sur les établissements dont ils avaient à traiter.

Désormais, toutes les décisions sont prises après un examen conjoint, filtré par plusieurs niveaux de discussions dans des groupes multipartenaires au sein desquels inspecteurs des affaires sanitaires et sociales, médecins conseils de l'assurance maladie, cadres de la caisse régionale et médecins inspecteurs de la santé apprennent à élaborer des diagnostics communs, à composer avec l'autre, tout en se surveillant réciproquement pour vérifier l'objectivité des positions.

Il y a peu de systèmes administratifs qui permettent une élaboration aussi raisonnée des décisions. Si le temps a fait naturellement son œuvre, ce mécanisme a contribué à mieux faire percevoir, sinon des usagers au moins des établissements, la légitimité de décision que les pouvoirs publics avaient eu tant de mal à faire comprendre lors de l'élaboration des premiers Sros.

La qualité du processus n'est pas sans inconvénients dans la gestion du temps. Le temps consommé réfère à la fois à la lenteur des décisions autant qu'à la consommation des ressources humaines des services membres.



Même si le changement d'orientation politique intervenu en 1997 a induit des messages très différents de ceux qui étaient portés au moment de l'élaboration des ordonnances, la prudence constatée par l'ensemble des observateurs dans la mise en œuvre des orientations juridiques et financières des agences au niveau des restructurations hospitalières ou de l'égalisation des ressources des établissements s'explique aussi par le processus de décision collectif au sein des agences.

À cela s'ajoute le développement des relations avec les fédérations d'établissements, les élus, les syndicats et les usagers à l'occasion des principaux chantiers.

En interne, cela se traduit par une mobilisation collective et individuelle extrêmement forte des agents, très excessive en tout cas en ce qui concerne ceux relevant de l'État et qui pose finalement question au niveau de l'efficacité collective.

L'ARH travaille sur un champ d'intervention sans réelles limites. Au fur et à mesure que s'approfondissent les axes d'une politique de santé publique dans notre pays, que sont développées les priorités fléchées concernant telle ou telle pathologie, le nombre de thématiques impliquant décision de répartition de crédits, et donc réflexion au sein des agences sur des critères plus justes pour ce faire, n'a cessé d'augmenter : on doit dépasser aujourd'hui la cinquantaine d'items.

Les agences régionales elles-mêmes en rajoutent (que ce soit un souhait du directeur ou des services membres) pour étendre le programme de travail, peaufiner les critères d'allocation des crédits, fournir aux établissements des indicateurs utiles à leur gestion, ou explorer tel ou tel domaine considéré comme stratégique.

Peuvent ainsi être concernés le travail sur l'investissement hospitalier, la gestion des personnels médicaux et non médicaux, le développement des filières et des réseaux, les relations avec la médecine libérale, les modalités d'information ou d'association des usagers.

À cet égard, et pour autant que les chefs de services déconcentrés l'acceptent, l'agence se trouve dans une situation particulièrement confortable : elle est garantie par une mise à disposition minimale des personnels aux termes d'une convention constitutive, seul exemple dans l'administration française où les moyens sont placés en face des missions, même si on peut discuter sur l'adéquation de l'un à l'autre ; elle peut recourir aux services d'un autre membre en cas de défaillance d'une des parties, d'où une compétition aux meilleurs services marquée par la crainte de perdre des attributions considérées comme essentielles ; elle peut enfin recruter directement des collaborateurs.

À cela s'ajoute le fait qu'elle n'a pas à gérer les agents, avec tout ce que cela comporte de contraintes statutaires, conventionnelles et de négociations.

### **ARH et services déconcentrés : un devenir commun**

Même si chaque institution a joué le jeu du nouveau système, des voix s'élèvent pour souhaiter une évolution institutionnelle. En sus de leurs missions traditionnelles,

les services déconcentrés ont résolument intégré ces nouvelles orientations.

Malgré la sourde hostilité du début, la douloureuse interrogation sur l'opportunité du mécanisme qui perdure, les amputations dont leurs services ont été victimes lors de la décentralisation, les agents de l'État ont fait montre d'une exceptionnelle capacité de mobilisation qui est pour beaucoup dans le succès des agences. Ils ont dû faire face à ce contexte en sus de leurs missions traditionnelles sans jamais bloquer le système.

La Drass s'est clairement positionnée comme le service régional de l'ARH. À ce titre, les services chargés des établissements gèrent le secrétariat des Cross, les autorisations, la préparation et le suivi des Sros, l'allocation de ressources et le PMSI public. L'inspection régionale de la santé est associée, en tant que consultant technique, dans le choix des implantations d'activités ou de matériels, suivi des emplois médicaux et analyse des politiques sanitaires et de la capacité des établissements à les mettre en œuvre.

Comme appui des Ddass, la direction régionale prépare les éléments de suivi des Sros et les notifications aux établissements.

Le directeur régional disparaît du champ de la négociation et décision directes avec les établissements et doit assumer un rôle délicat de soutien de l'agence et de son directeur, de motivation/protection de ses équipes, sans perdre le regard critique indispensable pour assurer l'évaluation des processus de travail.

Étant par ailleurs tuteur des caisses de sécurité sociale et de la caisse régionale, il se trouve dans une situation tout à fait singulière que seule l'intelligence des responsabilités professionnelles permet de surmonter.

En application des ordonnances, les Drass assurent le pilotage et la mise en œuvre des programmes et actions de santé au nom du préfet de région. Grâce aux conférences régionales de santé, à l'articulation des objectifs et politiques de santé déclinés par l'État et l'assurance maladie, le système de soins décline désormais un peu mieux les priorités de santé, y compris dans la construction des dotations régionales.

Les Ddass continuent à assurer la tutelle administrative et budgétaire des établissements et animent dans la plupart des cas les équipes de secteur sanitaire pluriprofessionnelles. Elles demeurent ainsi les interlocutrices de droit commun des établissements au niveau régalién et partenarial. Elles assurent l'information, les notifications budgétaires, la question des procédures statutaires, tout un ensemble de tâches d'exécution dont la portée stratégique a été parfois perdue de vue.

Par ailleurs, le législateur a maintenu quelques exceptions au transfert de compétences vers l'ARH.

Les statuts des praticiens, la notation des directeurs, le contrôle de légalité, en particulier celui des marchés publics, restent de compétence préfectorale. Les contrôles de sécurité sanitaire constituent une part croissante des missions malgré l'appui que peuvent apporter les médecins conseils de l'assurance maladie.

## Soins palliatifs : de la priorité à la mise en œuvre

### Les soins palliatifs ont mobilisé tous les acteurs et les différents niveaux administratifs.

Les soins palliatifs visent à soulager et accompagner les malades en fin de vie. Sur 550 000 décès annuels, on estime que le nombre de personnes qui ont besoin de soins palliatifs est de l'ordre de 150 000 à 200 000 dans notre pays.

L'organisation de la prise en charge des soins palliatifs impose un travail transversal. D'abord au niveau national, entre les différentes directions concernées : la direction de l'Hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS), la direction générale de la Santé (DGS), la direction de la Sécurité sociale (DSS), les Agences : l'Anaes qui travaille sur l'élaboration de recommandations pour les équipes professionnelles de prise en charge, la Caisse nationale d'assurance maladie qui contribue au développement des soins palliatifs, le monde associatif fédéré par la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs.

Au niveau régional, l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH), la direction régionale des Affaires sanitaires et sociales (Drass), l'Union régionale des caisses d'assurance maladie (Urcam), les directions départementales des affaires sanitaires et sociales (Ddass) et bien sûr les établissements de santé et tous les professionnels concernés.

### De la priorité au plan

Dès 1994, le Haut Comité de la santé publique avait souligné l'importance de la prise en charge de la douleur et des soins palliatifs. En 1999, à la demande du ministre chargé de la Santé, le Conseil économique et social a élaboré un rapport sur l'accompagnement des personnes en fin de vie. La même année, les États généraux de la santé permettent une prise de conscience du public et consacrent la lutte contre la douleur et les soins palliatifs comme priorités de santé publique.

C'est dans ce contexte que deux plans triennaux seront élaborés par le gouvernement, l'un concernant la douleur en 1998, l'autre les soins palliatifs en 1999.

Le plan soins palliatifs, renforcé dès sa première année par le vote de la loi du 9 juin 1999, a pu contribuer à ce que « le droit de toute personne dont l'état le requiert à pouvoir accéder aux soins palliatifs et à un accompagnement » puisse être mieux satisfait.

Le plan triennal 1999-2001 s'est articulé autour de quatre axes :

- Pour commencer, un état des lieux est réalisé au 31 décembre 1998 afin de déterminer l'existant des prises en charge sur tout le territoire.

- Réduire les inégalités entre régions : plusieurs départements n'avaient aucune structure de soins palliatifs, ce qui supposait d'impulser une dynamique et une volonté de développement de structures de prise en charge pour majorer cette offre et réduire les inégalités existantes.

- Développer la formation des professionnels et l'information du public.

- Développer le soutien à la prise en charge à domicile.

### Du plan à la mise en œuvre

Chaque région, selon sa situation, a défini, lors des conférences régionales de santé, le niveau de priorité qu'elle accordait aux soins palliatifs. Cela varie en fonction de la détermination des besoins de la population et des structures et équipes existant déjà dans la région.

En milieu hospitalier, les soins palliatifs ont été soutenus pendant la durée du plan par un financement de 57,93 millions d'euros, essentiellement consacrés au développement ou au renforcement des équipes mobiles et des unités de soins palliatifs. Une dotation a été versée annuellement aux ARH par la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins en fonction des critères suivants : population, décès et perspectives, et capacités de mobilisation régionales. C'est au niveau régional que l'ARH, chargée de la mise en œuvre du développement des soins palliatifs, affecte les crédits en fonction de son volet « soins palliatifs » élaboré dans le cadre de son schéma régional d'organisation sanitaire et par appel à projets pour recenser les initiatives locales.

Le bilan de ce plan est positif puis-

qu'on est passé de 84 équipes mobiles en 1998 à 265 aujourd'hui.

Parallèlement, au domicile, la place des soins palliatifs a été affirmée au sein de l'hospitalisation à domicile, secteur dont il est prévu le doublement de la capacité d'accueil dans les cinq ans. De son côté, la Cnamts contribue au développement des soins palliatifs à domicile. Son Fonds national d'action sanitaire et sociale finance à hauteur de 7,62 millions d'euros par an des actions de formation de bénévoles à l'accompagnement des personnes en fin de vie, la rémunération de gardes à domicile, la prise en charge de fournitures non remboursées et apporte une aide à la création de réseaux.

Ce plan est reconduit pour la période 2002-2005 avec pour objectif de poursuivre les axes du premier plan en mettant l'accent sur le domicile et une meilleure collaboration ville-hôpital.

### Une collaboration souple

L'ARH a pour mission de mettre en œuvre ce programme de santé publique. La politique qu'elle engage dépend des besoins de sa région et des priorités qu'elle fixe dans le cadre de son Sros. Par exemple, la région Nord-Pas-de-Calais disposait de plusieurs unités de soins palliatifs mais de peu d'équipes mobiles ; elle a donc privilégié la création d'équipes mobiles permettant d'améliorer le fonctionnement des unités et de couvrir de nouveaux bassins de santé. En effet, les équipes mobiles de soins palliatifs facilitent la diffusion des soins palliatifs et leur intégration dans l'ensemble des services.

Un référent « soins palliatifs » coordonne les initiatives dans chaque région ; il s'agit le plus souvent d'un médecin inspecteur ou d'un inspecteur des affaires sanitaires et sociales.

Des journées thématiques sont organisées et réunissent tous les acteurs intervenant sur le terrain. Les collaborations sont encouragées de façon contractuelle ou dans le cadre de réseaux.

Les soins palliatifs sont un exemple intéressant de la dynamique régionale et de la collaboration entre les différents niveaux administratifs, institutionnels et professionnels. ■

### Gabrielle Hoppé

Chef de projet soins palliatifs, ministère de l'Emploi et de la solidarité



Enfin, les Ddass sont les garantes de la continuité des soins (gestion des gardes et des réquisitions) et doivent faire face aux urgences en termes de permanences et d'astreintes face aux crises sanitaires et sociales.

La solidarité des services de l'État avec l'agence est sans faille. Les votes en commission exécutive en témoignent : les réserves manifestées ne sont jamais bloquantes, les services de l'État votent exceptionnellement en bloc et s'attachent à faire le lien avec les compétences dont ils disposent au titre du secteur médico-social.

Dans les débats sur le fonctionnement interne, ils se sont attachés à être force de proposition au niveau des missions, des positions adoptées et des stratégies mises en œuvre.

Le slogan mis en avant et mis en œuvre malgré toutes les difficultés est bien : « l'ARH, c'est nous ! »

### Des agences régionales en voie de banalisation ?

Le choix fait par la direction de l'Hospitalisation et de l'Offre de soins d'une relation exclusive avec les ARH et la recentralisation en cours conduisent à s'écarter progressivement du mode de pilotage original défini en 1996.

L'autonomie du secteur sanitaire représentée par un responsable à temps plein nommé au plus haut niveau a eu le double mérite d'imposer dans le débat local la question de l'offre de soins et de développer un mode de relation avec les établissements plus managérial et plus individualisé.

Ce choix allait de pair avec un ensemble de règles juridiques et financières plus contraignantes, des objectifs politiques de maîtrise et de restructuration et dans le cadre d'une grande latitude d'action donnée aux agences par l'administration centrale. Le premier point a été respecté et même complété à travers la parution d'un certain nombre de normes (urgences, périnatalité, sécurité sanitaire) le développement d'encouragements à la coopération et à la recomposition de l'offre de soins (primes multi-sites versées aux praticiens, fonds de modernisation social et immobilier).

Les orientations politiques ont évolué dès 1997 ; après les interrogations publiques sur le devenir des ARH, le refus d'utiliser le taux d'occupation des services comme moyen de restructuration hospitalière, un équilibre exigeant a été mis en avant entre l'utilisation des instruments issus des ordonnances et la nécessité d'une concertation à tous les niveaux. Ce dosage n'a pas été propre aux agences, mais il n'en constitue pas moins une réorientation majeure du fonctionnement des services publics vers un effort de pédagogie auprès des citoyens et des professionnels pour que la décision publique soit comprise sinon acceptée.

En revanche, on peut estimer que l'autonomie des agences n'a cessé de se réduire à travers la nomination de nombreux directeurs à profil plus classique, le fléchage de plus en plus contraignant des dépenses dans les dotations régionales et le développement de missions

d'enquêtes nationales dépêchées localement sur des questions relevant directement de leur compétence. Le regard vigilant des organisations professionnelles, la tendance habituelle des administrations centrales à gérer les réponses aux inquiétudes des élus convergent d'ailleurs dans le même sens.

Par ailleurs, n'assiste-t-on pas à une extension progressive des missions des agences sur les charges de services déconcentrés par le biais du transfert des financements de certaines dépenses du budget de l'État vers celui de la sécurité sociale ? C'est le cas des formations sanitaires paramédicales pour lesquelles les agences ont dû intervenir en accompagnant les plans de recrutement des nouveaux infirmiers ou aides-soignants pour faire face à la pénurie de professionnels qui gagne le secteur.

Du point de vue des établissements, le paysage devient plus lisible, mais pour les services, ces évolutions sont source d'interrogation et de malaise dans la mesure où les compétences juridiques demeurent inchangées.

### Conclusion

Même si les interrogations sont nombreuses quant à l'évaluation du fonctionnement entre ARH et services déconcentrés, et malgré les situations diverses selon les régions, on ne peut qu'être frappé par la réussite d'un système dont l'avenir était il y a peu contesté.

Pour autant, la complexité a un prix largement accepté quand elle favorise un meilleur service aux usagers, difficilement supportable dans le contexte des agences au regard de l'incontournable dialectique « missions-moyens ».

La création d'agences techniques pour répondre aux besoins de spécialisation s'est accompagnée d'un besoin de renforcement de la coordination au sein des administrations traditionnelles, comme en a témoigné le conflit social récent au sein de la direction générale de la Santé en faveur d'effectifs supplémentaires. La problématique reste la même au niveau des services déconcentrés et la question de la coordination interministérielle demeure incontournable dans le cadre de toute réforme éventuelle.

Finalement, l'avenir des ARH et des services déconcentrés devrait se jouer autour de l'alternative suivante : les agences sont-elles des services déconcentrés d'un nouveau type inventés par un ministère créatif qui — *nolens volens* — en reviendrait pourtant au droit commun de l'organisation de l'État au prix d'une intégration plus rationnelle des services ? Ou peuvent-elles demeurer des administrations de mission n'intervenant que subsidiairement sur des compétences restant gérées par les services membres et dont l'autonomie est respectée, contractualisée et évaluée ? ■