

Les agences régionales de l'hospitalisation dans le système de santé

Cinq ans après leur création, le bilan des agences régionales de l'hospitalisation est largement positif. Explications et position du directeur de l'une d'elles : l'ARH d'Île-de-France.

Dominique Coudreau
Directeur de l'ARH Île-de-France

Les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) ont aujourd'hui cinq ans de fonctionnement derrière elles. Pourtant, elles demeurent une entité administrative dont les perspectives d'avenir font débat. Non que la notion d'agence ne soit familière en France dans le secteur de la santé, mais justement parce que toute comparaison avec les autres agences (Agence française du sang, Agence française des produits de santé...) fait ressortir d'emblée l'originalité profonde du modèle des ARH.

Implantées au niveau régional, dotées d'attributions très vastes, elles sont l'organe opérationnel d'exécution de la politique gouvernementale dans le secteur de l'hospitalisation qui représente la moitié des activités de santé et, faut-il le rappeler, 5 % du produit intérieur brut. Leur succès rapide nourrit aujourd'hui des débats de tribune récurrents autour de la notion d'« agences régionales de santé » auxquelles pourrait être confiée, à l'échelon régional, la mise en œuvre de la politique de santé.

L'article qui suit analyse dans un premier temps les raisons du succès rapide des ARH. Il souligne ensuite les limites qui subsistent, cinq ans après leur création, à l'efficacité de leur action. Il explique en conclusion pourquoi il serait aventureux d'étendre prématurément les attributions des ARH.

Comment s'explique le succès exceptionnellement rapide des ARH ?

Avec les ARH, c'est un ensemble d'innovations majeures qui a été introduit dans les outils de pilotage du système de santé : l'existence d'un échelon de gestion régional spé-

cialisé, doté de vastes attributions en matière de planification et de financement, l'autorité donnée à cet échelon sur les services qui le composent, l'action coordonnée des services de l'État et de ceux de l'assurance maladie sont autant d'innovations considérables. Leur apparition soudaine dans l'ordonnance hospitalière d'avril 1996 et leur succès rapide doivent être expliqués.

La longue gestation d'un échelon administratif régional coordonnant les moyens de l'État et ceux de l'assurance maladie pour mettre hôpitaux et cliniques au service de la politique de santé

C'est au Commissariat général du Plan que revient le mérite d'avoir orchestré cette réflexion pendant une quinzaine d'années. Les premiers groupes de travail ont été réunis au début des années quatre-vingt et animés par Marianne Berthod. Ils ont fait avaliser l'idée que l'échelon régional était le plus pertinent pour concevoir et mettre en œuvre une politique hospitalière au service de la politique de santé.

La loi hospitalière de 1991 a donné un premier contenu concret à ces réflexions avec la création des schémas régionaux d'organisation sanitaires. Par la suite, le groupe « santé 2010 » en 1992, et le « livre blanc » en 1994 ont souligné qu'une administration de mission les coordonnant était indispensable pour mettre fin à la dualité : services de l'État compétents pour les hôpitaux, caisses régionales d'assurance maladie pour les cliniques. Les travaux ont également fait un sort à la notion d'« assistance publique régionale » pour piloter au niveau régional la gestion des hôpitaux publics.

À l'automne 1995, les principaux concepts qui allaient conduire à la création des agences faisaient l'objet d'un consensus chez les experts et les hommes politiques familiers de ces questions. Simultanément, grâce à la ténacité des ministres de la Santé successifs, le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) devenait opérationnel et dotait la France d'un outil objectif d'allocation des ressources au secteur hospitalier.

Ainsi, malgré le caractère politiquement délicat des débats sur le « Plan Juppé » au sein de la majorité issue des élections de 1997, Martine Aubry a pris la décision de conserver les agences et de soutenir les innovations dont elles étaient porteuses pour l'organisation du système de santé.

L'attente des hospitaliers publics et privés d'une autorité administrative régionale capable de définir des priorités de santé et de financement pour guider leurs décisions

Depuis la loi hospitalière de 1991, les établissements hospitaliers publics et privés sont réputés être des acteurs autonomes et responsables, au sein du système de santé. Pour autant, et à l'instar de ce qui se passe dans tous les pays industriels y compris les États-Unis, hôpitaux et cliniques vivent en France dans une économie administrée.

Lors de leur installation début 1997, les ARH ont trouvé, gravitant autour des outils de la carte sanitaire, un dispositif juridique déjà ancien. Ce qu'elles ont apporté, c'est la capacité à utiliser ces outils pour donner un cap aux décisions des hospitaliers. Grâce à des schémas régionaux d'organisation sanitaire (Sros) largement débattus, elles ont défini et fait partager aux acteurs des priorités de santé régionales qui permettent aux établissements de voir leur place dans l'organisation des soins précisée. Ainsi, aujourd'hui, en Île-de-France par exemple, hôpitaux et cliniques connaissent mieux leur rôle et les moyens correspondants en périnatalité, cardiologie, cancérologie, psychiatrie, soins de suite, urgences... par l'intermédiaire de différents volets du Sros.

De la même façon dans le domaine du financement, et malgré les contraintes que fait peser la péréquation financière entre les régions, les politiques, budgétaire vis-à-vis des hôpitaux publics et tarifaire vis-à-vis des cliniques, ont trouvé un sens grâce au programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). La relation entre les objectifs de santé et les moyens donnés aux établissements pour les réaliser est réelle. Elle

comporte des incitations financières pour permettre de mieux les atteindre.

Un responsable administratif expérimenté chargé à plein temps des questions hospitalières

La création des ARH avec de très larges attributions et une grande autonomie de gestion a été un choix. Les autorités politiques nationales ont explicitement décidé de s'écarter du modèle administratif français traditionnel coordonné au niveau départemental et régional par le préfet. Elles ont confié la politique hospitalière régionale à un responsable administratif expérimenté, nommé en Conseil des ministres, et dont c'est la seule responsabilité.

De fait, les ARH sont une administration à vocation spécialisée, chargée uniquement, et c'est une tâche immense, de définir et mettre en œuvre une politique hospitalière au niveau régional. Celle-ci consiste, d'une part, à définir dans le cadre fixé par le niveau national des priorités régionales de santé et de financement, et d'autre part, à faire en sorte qu'hôpitaux et cliniques, c'est-à-dire plusieurs centaines d'établissements en Île-de-France, exécutent cette politique.

Dédier ainsi aux hôpitaux publics et privés un responsable expérimenté, entouré d'une équipe composée à cet effet, a permis de spécialiser en France près de deux cents cadres administratifs et médicaux de haut niveau dont la mission exclusive est de réguler le système hospitalier. Elle a également permis de dynamiser le potentiel considérable des services de l'État et de l'assurance maladie. Cet investissement humain s'est avéré particulièrement opportun pour les entités hospitalières qui traversent une phase de changements accélérés.

En dernier lieu, les ARH ont favorisé une forte personnalisation du pilotage régional de la politique hospitalière. À un moment où les malades et leurs associations deviennent un acteur du système de santé, où les professionnels de santé doutent, et où les Français privilégient les relations administratives de proximité, les directeurs d'ARH, encouragés par leurs responsables ministériels, ont donné un visage et une réalité de terrain à l'exercice de leur mission.

Conduire une véritable politique hospitalière régionale suppose de repenser l'ensemble des outils de pilotage des hôpitaux et des cliniques

La mise en place des ARH est certainement

un succès. Les agences ont pris une place de choix dans le système de santé à la fin des années quatre-vingt-dix, dans le même temps où la France cherchait à se doter progressivement d'une véritable politique de santé. Mais ce succès est lui-même source d'exigences nouvelles : l'étendue de la mission confiée aux ARH, leur ambition et celle de leur commission exécutive de définir une véritable politique hospitalière régionale ont révélé des inadéquations dans la politique hospitalière d'ensemble. Celles-ci étaient demeurées masquées lorsque la mission confiée aux acteurs locaux par le niveau national était centrée sur l'exécution des circulaires ministérielles.

Ainsi, après cinq ans de fonctionnement des ARH, les obstacles au bon exercice de leur mission doivent être levés, qu'il s'agisse du mode de gestion des personnels hospitaliers, des outils de la tutelle hospitalière, de la place des hôpitaux universitaires ou du mode de relation avec les usagers. Ces obstacles sont à lever avant d'envisager une réforme des compétences des agences. Au demeurant, la liste qui précède est loin d'être complète. De longs développements mériteraient d'être consacrés au financement à la pathologie des hôpitaux et des cliniques ainsi qu'à l'articulation des priorités de santé définies au plan national avec celles retenues dans les Sros, au plan régional.

Donner une véritable place aux ARH dans la gestion des ressources humaines

Toute comparaison avec la façon dont nos voisins européens procèdent met en évidence la singularité du modèle français dans la gestion des ressources humaines du secteur public hospitalier. Le poids relatif du niveau national dans la gestion des personnels est, comme le souligne régulièrement Jean de Kervasdoué, une des explications du climat social perpétuellement tendu du secteur hospitalier public.

La nomination, par le ministre, des directeurs et des médecins des hôpitaux publics est une singularité française. C'est un handicap pour ces établissements en raison des inerties inévitables qui accompagnent cette centralisation. Elle a pour conséquence une absence de mobilité, de fait, des responsables administratifs et médicaux. Pourtant, les métiers hospitaliers sont difficiles : bien gérer un hôpital ou un service, lui donner toute sa place dans son environnement demande à tous les acteurs, et d'abord aux responsables, qualification, disponibilité, motivation : un responsable doit pouvoir changer de fonction

ou en être changé pour rester durablement efficace.

Les solutions à ces difficultés diffèrent pour les directeurs et les médecins. Elles ne sont certainement pas, comme Margaret Thatcher l'a fait en Grande-Bretagne dans la réforme de 1991, l'entrée en masse de gestionnaires venus du privé à l'hôpital. Elles passent plutôt par la création de mécanismes permettant aux médecins et aux directeurs qui le souhaitent d'alterner les responsabilités opérationnelles et les temps de réflexion ou de contrôle. Bien entendu ces mécanismes doivent donner une place aux ARH dans la gestion des responsables, au moins aux plus grandes d'entre elles.

L'implication plus grande des ARH dans la bonne gestion des ressources humaines ne se limite pas aux directeurs et aux médecins. La crise des infirmières ou, dans un registre très différent, le trop grand nombre des techniciens de laboratoire soulignent la nécessité de promouvoir la place des ARH dans la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences. Cette proposition prend toute sa pertinence lorsque l'on constate l'implication réussie des ARH dans les relations sociales avec les organisations professionnelles et syndicales.

Revoir les outils de la planification sanitaire

Lorsqu'il s'agit de faire évoluer les activités des hôpitaux et des cliniques pour mieux prendre en compte les besoins, les outils de la planification sanitaire sont aujourd'hui dépassés. Ils sont trop nombreux et insuffisamment cohérents entre eux : ainsi les annexes opposables des Sros sont en contradiction avec les contrats d'objectifs et de moyens. L'évolutivité des règles et de leur interprétation, au cours des années récentes, le souligne à l'envi. L'élaboration des Sros III, à partir de 2003, fournit l'occasion d'une profonde réforme de ces outils. À ce stade, on se limitera à quelques indications :

- La première orientation est de faire de la région l'échelon principal en matière de planification sanitaire. Conserver au niveau national la planification d'un certain nombre d'activités (chirurgie cardiaque, grands brûlés...) ou lui permettre de révoquer toutes les décisions locales par voie de recours hiérarchiques au motif que le niveau national est moins vulnérable aux pressions locales est un argument qui mériterait d'être sérieusement étayé.

- La deuxième est de mettre en place au niveau régional un dispositif juridique de

planification sanitaire solide, rigoureux et durable. La libéralisation systématique des autorisations (d'activité, d'équipement) n'est pas la solution car elle peut conduire à une concurrence stérile et coûteuse entre les acteurs : dans un système à financement collectif, les considérations de prestige local ou professionnel sont trop présentes pour prendre ce risque.

- La troisième est d'axer la planification autour des activités (périnatalité, cancérologie...) et non des structures. C'est là que se trouve une des solutions pour faire coopérer les acteurs de santé de la ville, de l'hôpital... entre eux. La systématisation des contrats d'objectifs et de moyens permet de faire vivre cette planification centrée sur les activités.

Réduire la place des hôpitaux universitaires dans le système hospitalier

Le poids des centres hospitaliers universitaires et les liens directs et privilégiés entre eux et les autorités de pilotage national sont une des inéquations du système hospitalier. Le statut singulier de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris qui, rappelons-le, représente 10 % du total de la dotation globale nationale en est l'exemple le plus avéré : l'exception institutionnelle de l'AP-HP est une subsistance du mode d'exercice de la tutelle hospitalière antérieur à la création des ARH. Elle est aujourd'hui un frein à la poursuite de la restructuration des hôpitaux franciliens.

Les inconvénients du traitement spécifique des hôpitaux universitaires sont multiples :

- Les moyens financiers des CHR sont majorés, au titre de l'enseignement et de la recherche, d'un coefficient forfaitaire de 13 % dont les spécialistes du Centre de recherche de l'École des mines de Paris ont montré qu'il ne repose sur aucune analyse sérieuse. Ainsi, les hôpitaux universitaires bénéficient de moyens très supérieurs à ceux des autres hôpitaux, notamment pour ce qui concerne les effectifs médicaux et para-médicaux. En ces temps de difficulté sur la démographie des professionnels de santé, ce privilège ne repose sur aucune considération de santé publique et n'est plus acceptable.

- La coordination à réaliser, au niveau régional, entre les activités exercées par le CHU et les autres établissements de la région soulève mille difficultés. La hiérarchie établie entre des services réputés de pointe et les autres nourrit des controverses et des frustrations au lieu de favoriser les complémentarités. Ainsi, en psychiatrie, la possibilité pour les services universitaires de sélectionner leurs malades

est un obstacle à la sectorisation, qui est pourtant un des rares cas où l'hôpital public est le régulateur de la prise en charge des malades.

- La capacité des hôpitaux et services universitaires à utiliser les réseaux d'influence pour obtenir des dérogations aux règles communes d'attribution des équipements ou des financements est d'autant plus redoutable qu'ils ont un accès privilégié au niveau national. La priorité aux CHU est le corollaire de l'approche corporatiste et spécialisée qui résulte de l'organisation administrative du niveau national.

La réforme hospitalo-universitaire date de 1959. Il est clair que ce système est à repenser dans sa taille et ses modalités d'organisation. La France a, comme ses voisins, besoin d'hôpitaux d'excellence pour faire progresser l'enseignement et la recherche au service des malades. C'est aider les meilleurs à réussir encore mieux que de resserrer le dispositif des hôpitaux universitaires aux stricts besoins de l'enseignement et de la recherche, comme cela s'est fait dans les autres pays industriels, et de les mettre au service de la politique de santé régionale.

Conforter les relations avec les usagers et leurs associations

Les ARH sont une administration de mission, déconcentrée. Leur commission exécutive ne comporte ni élus, ni représentants des usagers. Ce choix a permis l'implantation rapide des ARH. Mais bien que toute remise en cause soulève des difficultés importantes, ce modèle a besoin aujourd'hui d'être repensé pour lui permettre une véritable insertion institutionnelle.

La principale des difficultés est que la région, collectivité territoriale, n'a aucune compétence en matière de santé. Dès lors, il n'existe pas de solution institutionnelle simple pour donner une légitimité locale aux ARH, autre que celle d'exécutant de la politique gouvernementale. Au demeurant, une grande vigilance est nécessaire pour sauvegarder l'équilibre fragile, mais positif, que les agences ont réalisé entre services de l'État et ceux de l'assurance maladie : une bonne partie de l'efficacité opérationnelle des ARH repose sur ces derniers.

Dans un premier temps, et comme l'organise la loi sur la modernisation du système de santé, la voie à conforter est de systématiser au niveau régional les relations avec les associations de malades et d'usagers. L'expérience montrera si la légitimité qui en résulte don-

nera des réponses suffisantes aux exigences de la démocratie sanitaire.

Les directeurs d'ARH demain : gestionnaires ou diplomates ?

L'auteur de ces lignes est hostile à tout élargissement prématuré du rôle des ARH vers les agences régionales de santé.

Cet élargissement, périodiquement évoqué dans les débats de tribune, présenterait plusieurs inconvénients.

- Le premier serait de relâcher l'effort entrepris pour la nécessaire modernisation des hôpitaux publics et privés français. Notre pays est loin du but. Les hôpitaux français continuent à être mal insérés dans les priorités de santé publique. La qualité de leur gestion est très inégale au regard des standards internationaux : le modèle hospitalier français, public ou privé, n'est pas un article d'exportation. Pourtant, dans la compétition globale entre pays industriels, le système hospitalier français peut être un atout pour notre pays.

Pour lui permettre de jouer pleinement son rôle au service des patients, les inadéquations évoquées dans la seconde partie de cet article doivent être traitées et le système de financement repensé. C'est une vaste tâche qui ne serait certainement pas réalisée si les ARH cessaient d'être un moteur de la réforme du secteur hospitalier pour consacrer leur énergie à une réforme institutionnelle majeure.

- Le second inconvénient est d'ordre plus général. Un responsable est véritablement efficace lorsque les objectifs qu'on lui fixe sont clairement définis et les moyens pour les atteindre correctement proportionnés. Cette vérité simple explique, en France comme à l'étranger, la réussite des méthodes de gestion du secteur privé, et, *a contrario*, les difficultés du secteur public.

En pratique, et l'évolution des grandes entreprises du secteur public EDF, SNCF, France Telecom... le montre, deux modèles s'opposent pour la mise en œuvre des politiques gouvernementales. Les gestionnaires consacrent en priorité leur énergie et les outils qu'ils utilisent à atteindre leurs objectifs. À l'inverse, les diplomates privilégient la recherche du consensus et l'absence de remous.

Les ARH ont été créées, notamment, pour prendre en considération mieux que dans la période antérieure le poids des impératifs de gestion dans le pilotage et le fonctionnement du système hospitalier public et privé. Le choix par le gouvernement des directeurs d'agence a privilégié des professionnels reconnus dans la gestion publique et privée. Depuis

cinq ans, et tout en établissant des liens étroits avec les élus, les ARH ont su donner une place majeure au professionnalisme dans la gestion en s'appuyant sur les outils de planification et d'allocation de ressources à leur disposition. Chacune des agences a élaboré pour sa région une stratégie générale et des priorités annuelles de travail. C'est, sans aucun doute, grâce à cette cohérence dans l'action, fondée d'abord sur un professionnalisme gestionnaire exigeant, que les ARH ont établi la crédibilité qui est à l'origine de leur succès.

Élargir prématurément les domaines de compétence des ARH modifierait rapidement cette prééminence de la logique gestionnaire. En l'absence d'outils de pilotage adaptés dans le secteur médico-social et, *a fortiori*, les activités ambulatoires, les ARH risqueraient de retomber dans les travers de la recherche à tout prix du consensus et du pilotage à vue de la période antérieure. Les jeux d'influence reprendraient leurs droits, et les diplomates le pas sur les gestionnaires, à la tête des ARH d'abord, dans les établissements de soins ensuite.

Or, c'est justement le péril qui guette en France les hôpitaux et les cliniques et leurs responsables en 2002. Aussi longtemps qu'il sera plus facile pour un établissement d'obtenir du niveau national des équipements ou des moyens en s'appuyant sur les réseaux d'influence plus que sur les besoins avérés de la population ou la rigueur de la gestion, il sera vain de demander aux hospitaliers publics et privés de privilégier la gestion sur la diplomatie.

La santé est d'abord l'affaire des malades et des soignants. On attend des soignants qu'ils choisissent la meilleure solution au service des malades en s'appuyant sur leur professionnalisme. Qu'au détour d'une réforme institutionnelle trop vite pensée, le difficile effort des ARH pour faire prévaloir le professionnalisme des gestionnaires soit remis en cause serait pour la France et sa politique de santé un retour en arrière. La France a, dit-on, le meilleur système de santé du monde. Elle doit se donner en priorité l'objectif d'avoir également le meilleur système hospitalier : les Français le méritent, les soignants en ont la capacité, les gestionnaires sauront y parvenir si les règles du jeu sont claires. ■