

Historique et objectifs de la réforme

La réforme de la gouvernance régionale de santé, avec la création des ARS, s'inscrit dans une suite de réformes qui ont renforcé le rôle de l'État et déconcentré la gestion du système de santé au niveau régional.

L'intégration du système de santé par la région : genèse de la loi HPST

Gérard de Pourville
Professeur à l'Essec

La « gouvernance » du système de santé français, pour utiliser un terme à la mode, a profondément changé sur la longue durée. La tendance lourde des transformations du système a été celle d'une emprise croissante de l'exécutif national sur la régulation du système de protection sociale et de l'organisation des services de soins de santé. Dans ce processus d'étatisation, la dimension régionale a tenu récemment une place grandissante et on peut considérer la loi HPST comme la marque la plus aboutie de ce double mouvement d'étatisation et de déconcentration territoriale. Dans une première partie, on rappellera les grandes étapes de la montée en puissance de l'État dans le domaine de la santé. On en montrera les traces au niveau régional, avec comme aboutissement la création des agences régionales de santé.

Un processus d'étatisation

L'exécutif national a toujours été présent dans la régulation du système de protection sociale et dans l'organisation des soins, depuis la création de l'assurance maladie en 1945, des centres hospitalo-universitaires en 1958 et des fondements du système hospitalier public. Mais le système français présente deux caractéristiques structurelles importantes qui délimitent le périmètre d'action de l'État national. La première caractéristique est celle du statut initial de la Sécurité sociale, conçue à la Libération comme une institution gérée par les représentants élus des assurés sociaux, pour les assurés sociaux, certes sous la tutelle de l'État. La deuxième caractéristique est celle de la coexistence d'une offre de services de statut public avec une offre privée, hospitalière et de ville. L'offre privée de ville a notamment encore des garanties importantes en matière de liberté de pratique et d'installation.

La conséquence en est que l'exécutif national n'est pas dans une position de contrôle hiérarchique des organisations et des acteurs qui constituent l'offre de protection sociale et de services de santé. Le processus d'étatisation se caractérise alors par un renforcement des contrôles externes qui s'exercent sur ces acteurs, sans aboutir nécessairement à une prise de contrôle totale qui s'apparenterait à une nationalisation. Ce renforcement a rencontré au cours du temps des oppositions fortes, ce qui explique son caractère progressif, même si sa vitesse s'est accentuée au cours des six dernières années (avec comme point de départ la loi de réforme de la gouvernance de l'assurance maladie en 2004).

Qui sont ces acteurs qui résistent ? Les appareils de gouvernance des organismes d'assurance maladie et les groupes sociaux dont ils sont mandataires ; les organismes d'assurance maladie complémentaire ; les syndicats de médecins libéraux, mais également les représentants des médecins hospitaliers, qui souhaitent protéger leur autonomie professionnelle ; les propriétaires des structures privées de soins, à but lucratif et non lucratif ; mais également des acteurs publics.

Par exemple, avant la loi HPST, le caractère public de certains services ne garantissait pas pour autant que l'exécutif national puisse les considérer comme des services extérieurs de l'État, pris dans une régulation hiérarchique, au même titre que par exemple les bureaux de poste, les tribunaux ou les commissariats de police. Les établissements hospitaliers publics étaient des établissements autonomes dotés d'un conseil d'administration et dont le patrimoine était la propriété de communes. Cette autonomie était certes relative, mais les difficultés rencontrées dans les opérations de restructuration hospitalière démontraient bien que cet enracinement dans la démocratie locale était fort.

Pourquoi étatiser ? Pour quatre raisons principales. La première est la maîtrise des dépenses remboursées par l'assurance maladie ; la deuxième est celle de la garantie pour les citoyens de la qualité et de la sécurité des soins offerts ; la troisième est relative au maintien d'une accessibilité aux soins sur l'ensemble du territoire, sous contrainte financière et de qualité des soins ; la dernière raison est celle de la montée en puissance de politiques de santé publique, se traduisant par la recherche d'amélioration de la santé des populations au travers d'actions collectives ciblées, nécessitant la coordination d'acteurs hétérogènes et décentralisés.

Les étapes clés de l'étatisation

La sélection qui suit reflète l'importance accordée par l'auteur à certains types d'actions publiques, plus structurantes que d'autres de son point de vue. On privilégie en particulier deux lignes d'actions : celles concernant le financement des dépenses de santé et la tutelle exercée sur les organismes de sécurité sociale et celles qui traduisent le renforcement du rôle de l'État dans la régulation de l'offre de soins privée, hospitalière et de ville, auparavant domaine réservé des organismes de l'assurance maladie obligatoire.

Le renforcement de la tutelle de l'État sur l'assurance maladie

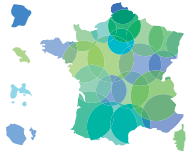
La première décision symbolique forte de l'État à l'égard de l'assurance a été prise par ordonnance, en 1967, sous la présidence du général de Gaulle. Le texte a comporté deux volets importants. Le premier a instauré le paritarisme entre patronat et syndicats dans la gestion du régime général de la Sécurité sociale, mettant ainsi fin, au moins sur le papier, au modèle originel de délégation de la gestion de la protection sociale aux syndicats de travailleurs salariés. Le deu-

xième volet est celui de l'éclatement de la gestion des différents risques (maladie, vieillesse, famille) et de la création de trois caisses autonomes, ayant le statut d'établissements publics administratifs qui ont entre autres pour mandat d'équilibrer recettes et dépenses. Ces trois caisses remplacent la Caisse nationale de sécurité sociale, également établissement public, dont le rôle était essentiellement d'assurer la compensation financière entre les trois risques. Cette réforme a eu un impact important sur la gestion de l'assurance maladie du régime général, puisqu'elle a conduit, au cours du temps, à une centralisation progressive au niveau de la nouvelle Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (la Cnamts) de la gestion des organismes locaux autonomes, les caisses primaires et les caisses régionales.

Ce contrôle des organismes sociaux va se renforcer une nouvelle fois en 1994 ; la loi du 25 juillet 1994 introduit un mécanisme de reddition de compte du gouvernement auprès du Parlement sur le bilan annuel de la Sécurité sociale et les grandes orientations de l'exécutif. Cette mesure traduit aussi une évolution importante dans la tutelle de l'État sur la protection sociale : auparavant, et dans la mesure où le budget de la protection sociale n'était pas inscrit au budget de la nation, il existait peu de contrôle parlementaire sur les actions de l'exécutif. Mais cette position n'était plus tenable, depuis la création de la contribution sociale généralisée en 1990 par le gouvernement Rocard et sa substitution progressive aux cotisations sociales dans le financement de la protection sociale. Cette loi préfigure les ordonnances Juppé de 1996. Celles-ci suppriment définitivement le principe de l'élection des administrateurs de caisse, rétablit la parité stricte entre patronat et syndicats au sein des conseils d'administration. Mais la réforme majeure est le vote du financement de la Sécurité sociale par le Parlement (la LFSS) et la fixation de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie, premier outil de régulation macroéconomique des dépenses remboursées. On reviendra dans la section sur la régionalisation à la régulation. L'autre volet des ordonnances Juppé qui concerne l'assurance maladie, la création des unions régionales des caisses d'assurance maladie (Urcam).

La dernière étape de ce contrôle accru de l'État sur l'assurance maladie est la loi Douste-Blazy de 2004, dont on retiendra les changements suivants : l'unification de la gouvernance des régimes de l'assurance maladie obligatoire par la création de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, la définition des rôles respectifs de l'État et de l'assurance maladie obligatoire, en matière de régulation des dépenses, et le pilotage de l'équilibre financier de l'assurance maladie par la signature de contrats pluriannuels d'objectifs et de gestion (les COG). L'Uncam est certes un organisme autonome, qui n'est pas intégré dans les services de l'État, mais son autonomie est encadrée.

Parallèlement au renforcement du contrôle de l'État sur la gouvernance de l'assurance maladie obligatoire,



on rappellera ici que les caisses ont une autonomie financière très réduite. C'est l'exécutif qui fixe le niveau des recettes, avec un contrôle parlementaire depuis 1996 : taux de cotisations sociales (et mesures d'exonérations), taux et assiette de la CSG, taux et assiettes des taxes complémentaires (sur le tabac, l'alcool, l'industrie pharmaceutique, etc.), ticket modérateur et franchise. C'est également l'État qui décide du panier de biens et services remboursés, depuis 2004 par le biais de la Haute Autorité de santé. C'est l'État qui détermine les tarifs hospitaliers publics et privés, et qui intervient de façon croissante dans les négociations conventionnelles avec les médecins.

Le renforcement du rôle de l'État dans la régulation de l'offre privée de soins

La politique conventionnelle est la pierre angulaire de la régulation des honoraires des médecins libéraux en France. Elle est le résultat de négociations régulières entre assurance maladie et syndicats médicaux, et, depuis la loi de 2004, elle est clairement du domaine de compétence de l'Uncam. Sa mise en place en 1970 a été l'aboutissement d'une longue lutte entre l'assurance maladie et les syndicats, afin de garantir des tarifs et donc des montants de prise en charge uniformes au niveau national pour les assurés sociaux.

Malgré la délégation de négociation de l'État vers l'assurance maladie, l'histoire des conventions médicales est émaillée d'interventions de l'exécutif pour faire aboutir ces négociations lorsque les partenaires ne parviennent pas à s'accorder. Citons les plusieurs tentatives d'imposer une enveloppe globale d'honoraires médicaux avec un mécanisme d'ajustement prix-volume (en 1980 avec Jacques Barrot, alors ministre de la Santé et de la Sécurité sociale de Raymond Barre, en 1991, avec Claude Evin, ministre des Affaires sociales de Michel Rocard, en 1996 mais avec moins de vigueur par Alain Juppé). En 1993, la loi Teulade tente d'instaurer en France un mode de régulation des honoraires médicaux qui s'inspire de la situation allemande : dans ce pays, il existe par Land (région) une union de médecins de caisse, à laquelle l'adhésion est obligatoire si les médecins veulent accéder à une patientèle d'assurés sociaux. À cet effet, la loi propose la création des unions régionales de médecins libéraux, gérées par des représentants élus des syndicats médicaux. Mais les syndicats médicaux refusent cette cogestion à l'allemande et le mandat des URML sera limité à la formation des professionnels, à l'évaluation des pratiques et à la réalisation d'études ponctuelles sur le fonctionnement de l'offre de soins libérale en région. De façon schématique, la visée des actions combinées de l'État et de l'assurance maladie à l'égard de la médecine de ville depuis une vingtaine d'années est la négociation d'accords conditionnant l'évolution de la rémunération conventionnelle des médecins à l'atteinte d'objectifs d'amélioration des pratiques individuelles et collectives, la « maîtrise médicalisée des soins » : l'instauration des références

médicales en 1990, devenues opposables en 1993 ; les discussions permanentes sur l'accès au secteur 2 et plus récemment les négociations autour du secteur optionnel ; l'option de médecins référents en 1998 ; la signature des accords de bon usage en 2002 ; l'instauration du médecin traitant et du parcours coordonné en 2004 ; et, tout récemment, les contrats d'amélioration des pratiques individuelles en 2009 (Capi).

Progressivement, ces actions passent de la mise en place d'incitations pour améliorer les décisions individuelles des médecins en matière de prise en charge pour viser, de plus en plus, l'organisation générale des soins sur plusieurs dimensions : l'option de médecin référent et le médecin traitant visent à mettre en place progressivement un modèle de « gatekeeper », les contrats de bonne pratique sont destinés à répondre au problème de la désertification médicale de premier recours dans les zones géographiques à faible densité de population, négociations autour de la permanence des soins. L'État a quant à lui pris l'initiative des politiques incitatives pour le développement des réseaux de santé, il a également développé une batterie d'incitations à l'installation de médecins en zones sous-médicalisées et au développement de la médecine de groupe. Plus récemment, en miroir des Capi, la Direction de la Sécurité sociale a lancé le chantier des nouveaux modes de rémunération. À nouveau, la loi HPST sanctionne en quelque sorte ces évolutions en instaurant l'obligation de réaliser des schémas régionaux d'organisation des soins ambulatoires, venant compléter les schémas hospitaliers créés en 1990 et les schémas d'organisation des soins et services médico-sociaux.

On observe également une intervention progressive de l'État dans la régulation de l'offre de soins hospitalière privée à but lucratif, dont on rappelle les principales étapes. En matière de financement : jusqu'en 1968, les tarifs des cliniques privées commerciales étaient fixés localement par les caisses primaires d'assurance maladie, avec une véritable marge de négociation. À cette date, les tarifs de l'assurance maladie ont été bloqués et leur évolution décidé au niveau national, avec néanmoins encore une marge de manœuvre régionale, par le biais de dérogations octroyées par les caisses régionales de l'assurance maladie. Ce régime a été remplacé en 1973 par l'instauration, en lieu et place des tarifs conventionnels, d'un tarif de responsabilité, fondé en principe sur une procédure de classement des cliniques en fonction de leur niveau d'équipement et la qualité du confort offert. En matière de régulation financière, on mentionnera finalement la mise en place, en 1992, de l'objectif quantitatif national (OQN), suite à un accord tripartite État-caisses-syndicats de l'hospitalisation privée. L'OQN est la première mise en place d'un système de régulation de la dépense hospitalière reposant sur un mécanisme global d'ajustement prix-volume, qui préfigure en quelque sorte l'Ondam hospitalier public.

Le deuxième domaine d'intervention de l'État dans la régulation du secteur hospitalier privé est celui de

la planification. La loi hospitalière de 1970 introduit la carte sanitaire, première ébauche de la territorialisation de l'offre de soins, avec la mise en place d'un régime d'autorisations d'ouverture de lits et d'accès aux équipements lourds. Mais c'est la loi hospitalière de 1991 qui crée le cadre de planification que nous connaissons aujourd'hui, le schéma régional d'organisation des soins (Sros), dans lequel l'offre hospitalière privée doit s'insérer, avec des contraintes inhabituelles pour un secteur commercial, notamment celui de la signature d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

L'ARS comme aboutissement opérationnel du processus d'étatisation

L'État s'est donc progressivement donné les moyens, directs ou indirects, de réguler les services de santé et de mettre sous tutelle l'assurance maladie, même si celle-ci a maintenu son indépendance de gestion. Mais la plupart des actions qui ont été décrites plus haut concernent davantage des dimensions de régulation macro-économique ou de politique nationale. Il restait donc à tester l'effectivité de ces pouvoirs dans la régulation quotidienne du fonctionnement des services de santé, à concrétiser dans le fonctionnement du système de santé le presque modèle de service national de santé. Sur ce point, il fallait inventer un modèle de régulation territoriale qui échappe aux points faibles du dispositif existant, reposant presque uniquement sur la planification hospitalière mise en œuvre par les Drass et sur la tutelle des établissements publics exercée par les services extérieurs de l'État.

Ce modèle présentait en effet deux défauts principaux. D'une part, le périmètre des services extérieurs de l'État était confiné principalement au secteur hospitalier, avec de surcroît une position ambiguë de régulation du secteur public : l'État est dans ce cas à la fois régulateur et opérateur. D'autre part, le modèle préexistant aux agences ne permettait pas l'exercice d'un pouvoir hiérarchique de contrôle sur les services de santé. Le modèle Drass/Ddass était en cohérence avec les actions prises par toutes les administrations centrales pour s'aligner sur le fait régional et ne présentait pas de ce point de vue d'originalité par rapport à d'autres administrations publiques.

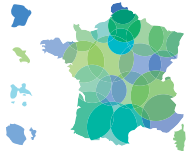
Il y avait déconcentration, dans la mesure où les services extérieurs avaient un mandat précis et des ressources pour les mener à bien. Mais on restait dans un modèle de relation hiérarchique classique, avec reddition de compte auprès de l'administration centrale. En fait, l'originalité du modèle français tient à la double ligne hiérarchique dans laquelle les services extérieurs sont inscrits ; par rapport à leur administration centrale, qui définit leur périmètre d'actions et leur moyen d'intervention, mais aussi par rapport au représentant local du gouvernement, incarné par les préfets de département et de région. Dans le cas de désaccords entre administration et administrés (en l'occurrence ici les services des soins de santé) sur des questions centrales d'allocation

de ressources, l'arbitre officiel local est le préfet, même si la discussion peut se déplacer assez vite au niveau national. Il est indispensable à l'économie du système que cette régulation locale fonctionne (même si les décisions prises peuvent déplaire) pour éviter une remontée systématique des dossiers au niveau national et sa saturation. Le domaine de la santé est considéré comme politiquement très sensible et il est parfois difficile d'éviter ces remontées. Or, dans un contexte de contrôle des dépenses, de planification-restructuration de l'offre de soins, la recherche permanente d'un équilibre entre objectifs d'efficacité et de rationalisation des soins et maintien des équilibres politiques est un exercice en permanence périlleux. Avançons une hypothèse : cela pourrait être la raison pour laquelle, en plus des montants financiers concernés, il n'y a pas nécessairement de volonté de la part des élus régionaux de réguler l'offre de soins. Il est plus facile et moins risqué de jouer le jeu de l'intervention dans le processus bureaucratique que d'assumer des arbitrages impopulaires.

La mise en place des agences, d'abord de l'hospitalisation, puis les ARS, traduit la préoccupation des pouvoirs publics de « dépolitiser » la régulation du système de santé. Ce terme ne signifie pas l'absence totale du politique, puisque la position du national dans la régulation est renforcée par la loi HPST et la réforme de la gouvernance de l'assurance maladie. Mais cela signifie bien la recherche de l'affaiblissement des élus politiques locaux, la diminution de l'autonomie des établissements hospitaliers publics et donc le « contrôle » des jeux d'acteurs qui, par le passé, ont rendu difficiles les politiques de recherche d'efficacité du système. Il faut être réaliste, ces jeux d'acteurs se poursuivront, car les enjeux de l'accès aux soins sont trop importants tant pour les populations que pour leurs représentants élus. Mais le jeu doit être cantonné au territoire régional. Pour que le modèle soit efficace, cependant, il faut que le national — le Comité national de pilotage — résiste lui aussi aux tentations de l'intervention politique locale, en réponse à des demandes pressantes du terrain.

Cela a induit aussi un écart majeur par rapport à la gouvernance traditionnelle des services de l'État au niveau régional et départemental, puisque maintenant un patron, le ou la directrice d'agence, s'interpose entre les services extérieurs et le corps préfectoral et entre le corps préfectoral et les ministères de tutelle des agences au niveau national (même si la loi HPST a pris un soin particulier et justifié de positionner les agences par rapport aux préfets).

L'historique de la création des agences régionales (agences Juppé et agences Bachelot) est instructif de la conduite de changements à petit pas dans un système complexe. Si le rapport Soubie évoquait explicitement dans un des scénarios étudiés la nationalisation de l'assurance maladie et la fusion au niveau régional des organismes d'État et de la Sécurité sociale, il paraissait politiquement délicat dans le contexte des années 1995 d'avancer une telle solution, ainsi que la préparation



Les agences régionales de santé, un an après

d'un schéma régional de l'organisation des soins de ville : en 1995, les syndicats médicaux bataillaient pour éviter la mise en place d'un mécanisme de plafonnement des honoraires médicaux avec ajustement automatique. Le choix adopté témoigne d'un certain pragmatisme : modifier uniquement la régulation régionale du système hospitalier et parier sur les dynamiques locales pour favoriser les coopérations entre État et assurance maladie, dont les régimes étaient fédérés dans les

unions régionales de caisses d'assurance maladie, précurseurs de l'Uncam. Ensuite, la mise en place des agences régionales de santé nécessitait des pré-requis qui ont été levés progressivement. Le plus important est la réforme de la gouvernance de l'assurance maladie en 2004, avec la création de l'Uncam, puis, dans le cadre de la loi HPST, la réforme de la gouvernance des établissements publics de santé, vecteur principal de la « dépolitisation » de la régulation. 🏠