

Les agences régionales de santé : missions et organisation

Mises en place le 1^{er} avril 2010, les agences régionales de santé ont décloisonné les différents secteurs de la santé (hôpital, prévention, ambulatoire, médico-social) pour une approche transversale des sujets. Dotées de pouvoirs importants, elles ont pour missions l'organisation, les autorisations, la régulation et le contrôle des acteurs de l'ensemble du champ de la santé.

Gilles

de Lacaussade

Chargé de mission pour le pilotage des ARS auprès de la secrétaire générale des ministères chargés des affaires sociales

A boutissement d'un long processus de maturation politico-administrative, la création des agences régionales de santé est, à l'évidence, un événement majeur pour le système de santé français. En effet, si leur ouverture, le 1^{er} avril 2010, marque un changement considérable des modalités d'organisation du secteur, elle traduit aussi une volonté affirmée d'obtenir des résultats tangibles sur le fond des politiques publiques de santé.

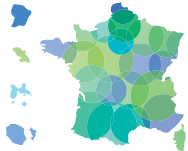
Augmenter l'espérance de vie en bonne santé, réduire les inégalités territoriales de santé et d'accès aux soins, améliorer l'efficacité du système : telles sont les véritables ambitions, les motivations fondatrices de cette réforme. Pour atteindre ces objectifs stratégiques, il est apparu nécessaire d'aller au terme de la dynamique engagée avec le « rapport Soubie » de 1993, les « ordonnances Juppé » de 1996, la création des agences régionales de l'hospitalisation en 1997. Un large consensus s'est réalisé sur la nécessité d'en finir avec le cloisonnement entre les secteurs et les acteurs, de disposer d'un nouvel outil ayant vraiment les moyens d'agir dans le contexte de fortes attentes en termes de qualité et d'une contrainte financière sans doute sans précédent. Les nombreuses dispositions, souvent techniques, de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite « HPST » et, plus précisément,

ses titres 1^{er} sur l'hôpital et IV sur la création des ARS, doivent, avant tout, être lus à cette aune. Leur portée ne saurait donc être limitée à leur simple dimension administrative, voire technocratique, décrite ici.

Les missions, l'organisation et la gouvernance des agences régionales de santé traduisent cette volonté d'efficacité et cette conviction que l'atteinte des résultats passe par le décloisonnement des politiques au profit d'une approche transversale des sujets. Elles répondent également à la volonté du président de la République d'engager simultanément, pour les mêmes raisons, une profonde réforme des hôpitaux en s'appuyant sur le changement de leur gouvernance interne et de leur tutelle externe.

Ainsi, depuis le 1^{er} avril 2010, dans chaque région de métropole et d'outre-mer, une seule structure a la responsabilité de l'essentiel du champ de la santé. Ses relations avec les nombreux partenaires ont été précisément pensées et organisées pour concilier cette volonté de décloisonnement et d'efficacité avec le respect de ces autres acteurs légitimes (collectivités territoriales, assurance maladie, professionnels, associations de patients et d'usagers, structures médico-sociales...).

Depuis cette date, les nouvelles agences sont dotées de pouvoirs importants, inscrits volontairement dans la loi, pour organiser, autoriser, réguler, contrôler les acteurs. Ce renforcement de la capacité à agir a été



équilibré — cet aspect n'est pas assez souligné — par une rénovation profonde de la démocratie sanitaire.

Des missions structurantes sur l'ensemble du champ de la santé

Une des limites, pour ne pas dire une des failles, de l'organisation de la santé qui prévalait jusqu'alors était, de l'avis quasi général, sa segmentation. Déjà, la création des missions régionales de santé (MRS) en 2004 avait eu pour objectif de rapprocher les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) et les unions régionales des caisses d'assurance maladie (Urcam) pour mieux prendre en charge leurs sujets de préoccupation communs : gestion du risque, démographie médicale... De la même manière, la création des groupements régionaux de santé publique (GRSP), également en 2004, avait permis de réunir l'État, l'assurance maladie et les collectivités territoriales sur les enjeux de prévention et de santé publique. Mais le député Rolland, rapporteur de l'Assemblée nationale, évoque, à ce propos, un système « à bout de souffle ». La création des ARS tient compte de ces constats, en tire les enseignements, va au terme de la logique de régionalisation et de rapprochement.

C'est pourquoi le gouvernement et le Parlement, à la suite des rapports du député Bur et du préfet Ritter, ont choisi de confier aux agences régionales de santé des compétences sur un champ aussi complet que possible. La « santé » a été comprise dans son acception large : prévention, veille et alerte, soins urgents ou programmés, réadaptation, médecine de ville, établissements de santé, prise en charge médico-sociale... Les agences devaient pouvoir appréhender le parcours de soins dans son ensemble, quel qu'en soit le moment et quel qu'en soit l'intervenant.

La loi formalise cette volonté en confiant aux ARS la mission de « définir et de mettre en œuvre un ensemble coordonné de programmes et d'actions concourant à la réalisation, à l'échelon régional et infrarégional des objectifs de la politique nationale de santé, des principes de l'action sociale et médico-sociale, des principes fondamentaux de l'assurance maladie ». De plus, les agences régionales de santé « contribuent au respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) ».

Aux missions des structures (ARH, Drass, Ddass, Urcam, MRS, GRSP, Cram, services de la MSA et du RSI DRSM) que les ARS ont, en tout ou partie, remplacées, s'ajoutent des responsabilités d'organisation transversale et de performance du système.

À ce titre, les ARS sont chargées, par la loi, « des politiques de santé publique (en liaison avec les autorités compétentes dans les domaines de la santé au travail, de la santé scolaire et universitaire et de la protection maternelle et infantile), de la veille sanitaire, de l'observation de la santé, du recueil et du traitement des signalements d'événements sanitaires ». Elles « contribuent, dans le respect des attributions des préfets, à l'organisation de la réponse aux urgences sanitaires et à la gestion des situations de crise sanitaire (inspection, contrôle,

évaluation) »¹. Elles « définissent et financent des actions visant à promouvoir la santé, à éduquer la population à la santé et à prévenir les maladies, les handicaps et la perte d'autonomie, et elles veillent à leur évaluation ».

Les ARS doivent, toujours selon la loi « HPST », « réguler, orienter et organiser l'offre de services de santé, de manière à répondre aux besoins en matière de soins et de services médico-sociaux, et à garantir l'efficacité du système de santé ». Elles contribuent à évaluer et à promouvoir la qualité des formations des professionnels de santé. Elles autorisent la création et les activités des établissements et services de santé ainsi que des établissements et services médico-sociaux, contrôlent leur fonctionnement et leur allouent les ressources.

Les ARS ont une responsabilité éminente sur l'organisation territoriale de l'offre de soins, en cohérence avec les objectifs de réduction des inégalités de santé et d'accès aux soins, d'une part, et d'efficacité, d'autre part. Elles veillent à ce que la répartition territoriale de l'offre de soins permette de satisfaire les besoins de santé de la population. À cette fin, à la suite du rapport du sénateur Gérard Larcher, la loi a confié d'importants pouvoirs aux ARS pour faciliter les coopérations hospitalières.

Les ARS contribuent à mettre en œuvre un service unique d'aide à l'installation des professionnels de santé (« guichet unique »). Elles « veillent à la qualité et à la sécurité des actes médicaux, de la dispensation et de l'utilisation des produits de santé ainsi que des prises en charge et accompagnements médico-sociaux et elles procèdent aux contrôles nécessaires ». Elles contribuent, avec les autres services compétents, à « la lutte contre la maltraitance et au développement de la « bientraitance » dans les établissements et services de santé et médico-sociaux ». Elles veillent « à assurer l'accès aux soins de santé et aux services psychosociaux des personnes en situation de précarité ou d'exclusion ». Elles « définissent et mettent en œuvre, avec les organismes d'assurance maladie et avec la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), les actions régionales prolongeant et complétant les programmes nationaux de gestion du risque et des actions complémentaires ».

Pour remplir leur mission au regard du respect de l'Ondam, les ARS ont des responsabilités et des pouvoirs clairs en matière de retour à l'équilibre des établissements de santé, d'amélioration de leur performance globale et, en lien avec l'assurance maladie, sur la définition et la conduite des actions de gestion du risque. C'est, pour elles, un enjeu de premier ordre.

La plupart de ces préoccupations seront au cœur des nouveaux « projets régionaux de santé » (PRS) dont les ARS ont, logiquement, la responsabilité. Le PRS —

1. Les relations avec les préfets sur tous les sujets communs, partagés ou proches, notamment pour la réponse aux situations de crise sanitaire, ont été précisément décrites par la loi « HPST », l'ordonnance dite de « coordination » du 23 février 2010, le décret 2010-338 du 31 mars 2010 et détaillées par un protocole entre les directeurs généraux des ARS et chacun des préfets de département.

Le budget des ARS

En 2011, les budgets des 26 ARS s'élèveront, globalement, à environ 1 milliard d'euros, dont 625 millions d'euros pour les dépenses de personnels, 101 millions d'euros pour le fonctionnement, 1,7 million d'euros pour l'investissement et 286 millions d'euros pour les crédits d'intervention. Les budgets des ARS vont de 14 millions d'euros pour la Guyane à 150 millions d'euros pour l'Île-de-France.

Les ressources des ARS proviennent de subventions de l'État pour 824 millions d'euros et de contributions des régimes d'assurance maladie pour 191 millions d'euros.

Le plafond d'emploi pour 2011 est fixé à 9443 emplois, soit une baisse de 1,5 %.

Comme pour l'ensemble de l'État et de ses opérateurs, tant les crédits que le nombre des emplois sont en réduction.

qui comprend un « plan stratégique régional de santé » (PSRS), un « schéma régional de prévention » (SRP), un « schéma régional de l'organisation des soins » hospitaliers et aussi ambulatoires (Sros), et un « schéma régional de l'organisation médico-sociale » (Sroms), ainsi que plusieurs programmes notamment sur la gestion du risque et la télémédecine — sera l'outil majeur de concertation, d'organisation, de planification, de mise en œuvre concrète du principe de transversalité des agences.

Enfin, un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) entre l'ARS et l'État fixe les priorités, les objectifs et les résultats attendus, dans chacun des domaines et sur chacune des missions.

L'organisation interne : efficacité et concertation

L'organisation et les règles de fonctionnement de ces agences ont été adaptées à ces objectifs ambitieux et à ces responsabilités lourdes. Elles tendent à concilier une organisation cohérente, concentrée et efficace avec la nécessité d'un dialogue crédible avec les nombreux acteurs d'un si vaste secteur.

Pour garantir la capacité des agences à assumer leurs missions et conduire les réformes attendues, le choix a été fait d'une structure qui fédère (d'où celui de l'établissement public² par rapport aux services déconcentrés) tout en étant forte (d'où le choix de l'établissement public par rapport à un groupement d'intérêt public). Suivant en cela les recommandations du rapport remis préalablement par le préfet Philippe Ritter, la loi a donc créé des établissements publics autonomes rassemblant les forces de l'État et de l'assurance maladie, dirigés par un directeur général nommé en conseil des ministres et dotés de règles de gouvernance cohérentes avec le but d'efficacité et d'équilibre recherché.

Si l'organisation interne des ARS a été largement laissée à la main de leurs directeurs généraux, selon

le principe d'autonomie des établissements publics, la répartition des pouvoirs et les grands principes de fonctionnement figurent, non seulement dans les différents décrets du 31 mars 2010, mais surtout dans la loi elle-même, pour prévenir tout risque de dilution progressive.

Dans cet esprit, il convient de noter la place — prévue par la loi — et le rôle — à la disposition des directeurs généraux — des délégations territoriales de l'ARS présentes dans chaque département.

Enfin, l'ARS peut contractualiser avec ses partenaires et singulièrement avec l'assurance maladie qui est, à la fois, partie et interlocuteur de l'agence (le développement de la gestion du risque sera l'un des axes essentiels, mais non exclusifs, de ce contrat avec les organismes locaux de l'assurance maladie).

Le directeur général

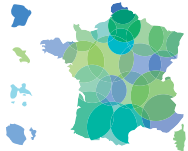
Nommé en conseil des ministres, évalué par le seul Conseil national de pilotage des agences régionales de santé (CNP), le directeur général de l'ARS est doté de pouvoirs incontestablement forts.

Les missions de l'ARS sont, de manière générale, exercées par le directeur général. C'est à lui, *in fine*, qu'incombent les décisions relevant des missions confiées par la loi aux agences, et précédemment décrites. Pour illustrer ce changement notable, et intentionnel, par rapport au système antérieur, on peut retenir l'exemple des autorisations dans le secteur sanitaire qui étaient prises par la commission exécutive de l'ARH et qui relèvent désormais du directeur général de l'ARS.

Les directeurs généraux sont assistés, dans l'exercice de leurs missions, d'un comité exécutif (Comex), réduit, et d'un comité de direction (Codir), plus large.

Les 26 premiers directeurs généraux ont été nommés en conseil des ministres du 31 mars 2010 et ont pris leurs fonctions le lendemain 1^{er} avril, date de création formelle et effective des agences. Ces directeurs généraux avaient tous été nommés, préalablement, responsables préfigurateurs en conseil des ministres du 30 septembre 2009, au terme d'une procédure de sélection innovante et professionnalisée (appel à candidatures large publié dans la presse, sélection par un cabinet spécialisé puis par un comité *ad hoc* au sein des ministères).

2. Les établissements publics sont des organismes dotés de la personnalité morale, mais soumis à la tutelle d'un ou plusieurs ministères. S'ils exercent une activité à caractère administratif, ce sont les établissements publics à caractère administratif (EPA). Les EPA disposent d'une certaine autonomie administrative et financière afin de remplir une mission d'intérêt général de nature administrative, précisément définie, sous le contrôle de l'État.



Le conseil de surveillance de l'ARS

Le choix de doter les ARS d'un conseil de surveillance aux compétences limitativement décrites conforte cette situation. Aux termes de la loi « HPST », le conseil de surveillance « *approuve le budget de l'agence, émet un avis sur le plan stratégique régional de santé, le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'agence, ainsi qu'au moins une fois par an sur les résultats de l'action de l'agence. Il approuve le compte financier* ».

Toutefois, sa composition équilibre cette appréciation. En effet, présidé par le préfet de région et réunissant les principaux acteurs de la santé en région, le conseil de surveillance de l'ARS est un outil très important — et conçu comme tel — d'ouverture et d'association des partenaires.

Le conseil de surveillance est constitué, dans chaque région, de vingt-cinq membres. Sa composition veut refléter le rôle et la diversité des grands acteurs ou partenaires de l'ARS : quatre représentants de l'État (outre le préfet de région qui le préside, le recteur, le directeur régional de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale, un préfet de département ou un chef des services déconcentrés de l'État désigné par le préfet de région), dix représentants des organismes locaux de l'assurance maladie (cinq désignés par les représentants nationaux des organisations syndicales de salariés représentatives au niveau national et interprofessionnel, trois représentants nationaux des organisations d'employeurs représentatives au niveau national et interprofessionnel, le président de la caisse régionale de mutualité sociale agricole, le président de la caisse de base du régime social des indépendants), quatre représentants des collectivités territoriales (région, départements, communes), trois représentants d'associations de patients, de personnes âgées et de personnes handicapées, désignés par le collège de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA), et quatre personnalités qualifiées. Ces membres ont des suppléants, et des règles spécifiques ont été prévues pour l'Ile-de-France et l'outre-mer. Le directeur général de l'ARS, l'agent comptable, l'administrateur régional des finances publiques, deux représentants du personnel et le président de la CRSA assistent aux travaux. Les membres du conseil de surveillance sont nommés, pour quatre ans, par arrêté des ministres chargés de la santé, de l'assurance maladie, des personnes âgées et des personnes handicapées.

Les premiers conseils de surveillance des agences régionales de santé ont été nommés par des arrêtés des ministres compétents (arrêtés du 25 juin 2010 en métropole et du 5 août 2010 pour l'outre-mer). Les premières réunions ont eu lieu dans la foulée dans la quasi-totalité des régions. Des arrêtés paraissent régulièrement au gré des changements ou des désignations intervenus depuis³. Les conseils de surveillance

se réuniront à un rythme variable selon les régions ; il pourrait être trimestriel, même si les exigences de décisions dans le domaine financier liées à la création des agences ont conduit à des réunions assez fréquentes au cours du dernier trimestre 2010. En 2011, une des principales responsabilités des conseils de surveillance devrait être de donner leur avis sur les nouveaux projets stratégiques régionaux de santé qui engageront les grandes décisions des années à venir.

Les deux commissions de coordination des politiques publiques

Compte tenu de leur champ d'intervention large et de leurs pouvoirs, le législateur a souhaité structurer de façon assez précise les relations de l'ARS avec ses partenaires les plus directs, c'est-à-dire les autres financeurs de la santé.

Pour cela, la loi « HPST » a prévu la création de deux « commissions de coordination des politiques publiques de santé », l'une sur la « prévention, la santé scolaire, la santé au travail et la protection maternelle et infantile » et l'autre sur les sujets « des prises en charge et des accompagnements médico-sociaux ». Ces commissions, partie intégrante de l'agence, sont les lieux du dialogue formalisé sur ces sujets. Le décret 2010-346 du 31 mars 2010 fixe la composition et le rôle de chacune de ces deux commissions qui, conformément à la loi, « *associent les services de l'État, les collectivités territoriales et leurs groupements et les organismes de sécurité sociale* » et sont compétentes pour « *assurer la cohérence et la complémentarité des actions déterminées et conduites par leurs membres* ».

La profonde rénovation de la démocratie sanitaire

Le gouvernement, le Parlement et les acteurs concernés — notamment les associations de patients et d'usagers — sont convenus qu'une nouvelle étape dans le développement de la démocratie sanitaire était nécessaire et possible. Nécessaire, car l'importance des missions et des pouvoirs des agences régionales de santé ne pouvaient s'exercer sans échanges, sans concertation, sans transparence. Possible, car la démocratie sanitaire avait atteint un degré de maturité reconnue par tous.

La CRSA et les conférences de territoire

Les nouvelles conférences régionales de la santé et de l'autonomie (CRSA) sont venues prendre la suite des anciennes conférences régionales de santé, des Cros et des Crosms. Elles reprennent, pour l'essentiel, les missions des institutions auxquelles elles se substituent, mais leur composition et leur champ ont été élargis pour se conformer à celui désormais dévolu aux ARS (il en est de même pour les nouvelles conférences de territoire).

Indépendantes par rapport aux ARS, les CRSA constituent le cœur de la démocratie sanitaire au niveau régional. Elles sont le lieu du débat, de la réflexion commune, de l'avis et de la proposition [cf. compo-

3. Ces arrêtés sont disponibles au bulletin officiel des ministères sociaux et sur les sites Internet des différentes agences.

sition, modalités de fonctionnement et missions dans l'encadré page 39]. Ainsi, les CRSA ont été amenées à se prononcer, au cours des derniers mois, dans toutes les régions, sur le nouveau découpage des territoires de santé proposé par les directeurs généraux. L'année 2011 sera essentiellement consacrée aux avis sur les documents constituant le PRS.

Dans chaque territoire de santé, une conférence de territoire constitue l'échelon de proximité de la démocratie sanitaire. Elle est composée au maximum de 50 membres désignés selon les modalités prévues par le décret 2010-347 du 31 mars 2010.

Les unions régionales des professionnels de santé (URPS)

Afin de disposer d'un lieu de représentation légitime et de pouvoir, notamment, structurer le dialogue entre les professionnels de santé libéraux et les ARS, la loi « HPST » a créé des unions régionales des professionnels de santé (URPS). Une union est créée pour chaque profession et une fédération régionale les réunira dans chaque région. Pour les médecins libéraux, l'URPS se substitue à l'URML.

Les URPS « contribuent à l'organisation et à l'évolution de l'offre de santé au niveau régional, notamment à la préparation du projet régional de santé et à sa mise en œuvre ». Elles peuvent « conclure des contrats avec l'agence régionale de santé et assurer des missions particulières impliquant les professionnels de santé libéraux dans les domaines de compétence de l'agence ». Elles « assument les missions qui leur sont confiées par les

conventions nationales prévues au titre VI du livre 1^{er} du Code de la Sécurité sociale ».

Les premières élections aux URPS ont été organisées au cours du dernier quadrimestre de 2010 et ces nouvelles institutions se mettent en place progressivement. Elles devraient être fondamentales pour la qualité des relations — indispensables, nombreuses, stratégiques et sensibles — entre les ARS et les professionnels de santé libéraux.

C'est donc un paysage profondément renouvelé qui est désormais en place dans chaque région. L'expérience des précédentes réformes du système de santé a montré que leurs résultats étaient autant fonction des dispositions organisationnelles et juridiques prévues à l'origine que de leur application réelle au fil du temps par les acteurs. Dans le cas présent, le gouvernement et le Parlement ont voulu garantir sa mise en œuvre par des règles particulièrement précises. Si le Conseil national de pilotage des agences régionales de santé sous l'autorité des ministres, au niveau national, et chaque ARS en région ont une responsabilité éminente à cet égard, il est clair que cette nouvelle organisation appartient aussi à tous ceux qu'elle concerne : personnel des agences, acteurs et partenaires du système de santé. Si l'on considère que c'est l'avenir du « modèle français » qui se joue, alors on mesure que le traditionnel scepticisme français face à la nouveauté doit céder la place à l'esprit de responsabilité et à l'engagement de chacun pour sa réussite. 🐼