

Réforme de la gouvernance régionale : quel impact sur le pilotage national ?

La création d'un pilotage unifié en région des politiques de santé, via les ARS, ne peut être sans effet sur l'organisation du pilotage national. Cette affirmation de bon sens a été rappelée par la ministre, M^{me} Bachelot-Narquin, lors de la présentation du projet de loi au Sénat : « *En ce qui concerne le pilotage national, on ne peut, à l'évidence, fédérer le pilotage territorial de notre système de santé en laissant, comme c'est le cas aujourd'hui, le niveau national organisé en "tuyaux d'orgue" cloisonnés. Cela implique un pilotage stratégique fort en termes d'objectifs fixés aux ARS, de cohérence des instructions qui leur sont données, d'élaboration des contrats, de suivi de leurs actions et d'évaluation de leurs résultats.* »

La réforme du niveau territorial devait également s'accompagner d'une réforme du niveau national. C'est de cette conviction qu'est né le Conseil national de pilotage des ARS, créé par l'article L. 1433-1 du Code de la santé publique. C'est autour de ce conseil et de son secrétariat, assuré par l'équipe de la secrétaire générale des ministères chargés des affaires sociales, que se construisent progressivement le pilotage national des ARS et l'équilibre indispensable à construire entre celui-ci et la nécessaire marge d'autonomie à conserver à ces nouvelles autorités sanitaires en région. Le sens même de la réforme dépendra de la nature de cet équilibre.

La mise en place d'un pilotage national des ARS

Enjeux

Si les débats se sont beaucoup concentrés sur le volet territorial de la réforme du pilotage des politiques de santé, à savoir les ARS, la question de l'organisation de ce pilotage au niveau national ne pouvait non plus être écartée. En effet, on imagine mal une unification au niveau régional des compétences en santé qui ne s'accompagne pas d'un même effort de mise en cohérence au niveau national.

Comment, en effet, demander aux ARS de définir et conduire une politique de santé cohérente et unifiée sur leur territoire si les orientations et directives nationales, qui servent de guide à cette politique, restent elles-mêmes éclatées, sans aucun filtre permettant d'assurer leur cohérence d'ensemble avant leur transmission aux ARS ?

Ce serait finalement condamner les ARS à un exercice fastidieux et aléatoire de remise en cohérence d'orientations et directives nationales, construites et diffusées elles-mêmes de façon cloisonnée et isolée, sans certitude d'ailleurs de pouvoir y arriver. Les ARS ne pouvant alors assimiler et s'approprier l'ensemble de ces orientations et directives par trop disparates, il est à craindre qu'elles procèdent, comme leurs prédécesseurs, par la pratique

du tri, du « classement vertical », sélectionnant celles qu'elles peuvent intégrer facilement dans leur propre politique et « délaissant » les autres. Sans garantie dans ce cas que les grands enjeux nationaux de santé publique se retrouvent dans toutes les politiques conduites en région et que toutes les régions se fassent l'égal relais des orientations et directives nationales.

La non-organisation du pilotage national, parallèlement à la mise en place des ARS, ne pourrait alors que conduire, soit à désorganiser le travail des ARS qui chercheraient à intégrer l'ensemble des orientations nationales, soit à la totale autonomisation des ARS par rapport aux politiques nationales, pour celles qui renonceraient à cet exercice.

Les modalités : CNP versus ANS

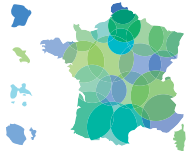
Fort de ces enjeux, la réforme des ARS a dès le départ intégré un volet national. Les débats ont de fait moins porté sur le principe d'un pilotage national (encore que) que sur ses modalités et notamment sur la constitution ou non d'une Agence nationale de santé (ANS).

La question du pilotage national n'est pas consensuelle. Elle conduit à mettre en place des mécanismes pouvant conduire à rediscuter des orientations définies au sein d'une direction d'administration centrale ou d'une caisse nationale donnée. Cette rediscussion est admise, avec réticence parfois, lorsqu'elle vient du pouvoir politique, c'est-à-dire du ministre ou de son cabinet. Elle l'est beaucoup moins lorsqu'elle est confiée à un processus administratif, nécessairement piloté par une instance administrative, qui se voit ainsi confier un rôle de *primus inter pares*. C'est le cœur du débat autour de la constitution et du rôle des secrétariats généraux des ministères, sur lequel il n'y a pas lieu de revenir ici. On comprend donc la sensibilité de cette question, qui touche à des équilibres entre les pouvoirs centraux. Cela explique que les arbitrages ont sans doute été plus longs à former que ceux sur les ARS elles-mêmes. Cela explique, pour partie, un certain retard dans la mise en place du pilotage national.

Ces débats, qui n'ont de fait jamais totalement cessé, ne sont pas ceux qui ont occupé les discussions publiques. Celles-ci se sont concentrées sur la question de la création ou non d'une ANS. Cette proposition consistait à aller au bout de la logique d'unification des politiques nationales de santé, reproduisant au niveau national la réforme qui était mise en place au niveau régional via les ARS. Cette ANS, constituée à partir des services de l'État et de l'assurance maladie en charge des questions de santé au plan national, aurait alors, par délégation du ministre de la Santé et dans le cadre d'une convention d'objectifs, été chargée de mettre en

Cécile Courreges

Directrice générale de l'ARS de Bourgogne



œuvre les objectifs nationaux de la politique de santé et de piloter la régulation globale du système de santé. Les ARS auraient alors constitué ses relais en région. Il faut relever, au passage, que les partisans d'une ANS ne s'accordaient pas tous sur un seul et même modèle.

L'idée d'une ANS a été toutefois rapidement écartée et n'a jamais été reprise dans le cadre du projet de loi Hôpital, patients, santé et territoire, malgré les différents amendements allant dans ce sens. L'ANS a été jugée en effet comme porteuse d'une logique trop « techniciste » des questions de santé, négligeant la sensibilité politique très forte de celles-ci, qui fait qu'un ministre ne pouvait en faire totale délégation à une agence, certes liée à lui par contrat d'objectifs, mais en grande partie autonome dans son fonctionnement quotidien. La ministre a définitivement mis fin à cette idée, en expliquant qu'elle ne serait pas la ministre qui fermerait l'avenue de Ségur, c'est-à-dire le ministère de la Santé.

L'ANS écartée, mais la question du pilotage national toujours prégnante, un autre modèle a été présenté, celui reposant sur une coordination des différentes administrations centrales et caisses nationales, sous l'autorité des ministres. C'est ainsi qu'est né le comité de coordination des ARS, rebaptisé par le Parlement Conseil national de pilotage (CNP) des ARS. Il est chargé de par la loi de « *donne(r) aux agences régionales de santé les directives pour la mise en œuvre de la politique nationale de santé sur le territoire. Il veille à la cohérence des politiques qu'elles ont à mettre en œuvre en termes de santé publique, d'organisation de l'offre de soins et de prise en charge médico-sociale et de gestion du risque et il valide leurs objectifs. Il valide toutes les instructions qui leur sont données. Il conduit l'animation du réseau des agences. Il évalue périodiquement les résultats de l'action des agences et de leurs directeurs généraux* » (art. L. 1433-1 CSP).

À la différence d'une ANS, le dispositif de pilotage national retenu par la loi HPST organise une coopération entre plusieurs pouvoirs centraux conservés et ne les remet pas en cause en les fondant dans une seule et même institution. Il est attendu que ce qui est perdu en cohésion interne soit gagné en force d'initiative et de responsabilisation.

Les premiers pas du pilotage national

Des instances de dialogue et de coordination ont été mises en place à toutes les étapes du projet, pour appuyer d'abord la conduite de projet nationale, puis la mise en place des ARS, et enfin aujourd'hui l'exercice de leurs missions en région. Ainsi, pendant la phase projet des ARS, a été constitué un comité de pilotage (Copil), regroupant, sous la présidence des ministres, les directions d'administration centrale et caisses nationales d'assurance maladie, les grands partenaires politiques (présidents des commissions des affaires sociales des assemblées, rapporteurs de la loi, grandes associations nationales d'élus) et des personnalités qualifiées, notamment les auteurs des deux rapports

de référence sur les ARS. De façon très régulière, se réunissait le comité exécutif du projet ARS (Comex), réunissant directions et caisses nationales, sous la présidence cette fois du secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales.

Ces différentes instances ont laissé place, avant même la création des ARS, à l'installation du Conseil national de pilotage des ARS, dont la première réunion a eu lieu en juillet 2009. Il est présidé par les ministres chargés de la santé, de l'assurance maladie, des personnes âgées et des personnes handicapées (par le secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales en leur absence) et réunit l'ensemble des directions d'administration centrale des ministères chargés des affaires sociales et les caisses nationales d'assurance maladie des trois régimes, ainsi que la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Ces travaux sont préparés par un comité permanent présidé par le secrétaire général et réunissant les mêmes membres ou leurs représentants.

Le CNP, depuis sa création, se réunit à un rythme extrêmement soutenu, imposé par le rythme même de mise en place de la réforme, mais aussi par la mission que lui confère la loi de valider l'ensemble des instructions données aux ARS. Or, en phase de mise en place, celles-ci sont particulièrement abondantes, nécessitant de nombreuses réunions du CNP.

Parallèlement, les ARS sont elles-mêmes réunies au moins mensuellement au niveau national, sous l'égide du secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales, en associant les autres membres du CNP, permettant ainsi des échanges directs et collectifs réguliers.

L'équilibre régional/national

ARS d'un côté, CNP de l'autre, c'est dans ce cadre que le nouveau dialogue et le nouvel équilibre entre le niveau national et le niveau régional doivent se mettre en place.

Politique nationale versus politique régionale ?

Toute la réforme des ARS repose sur un projet politique qui est celui de la déconcentration des décisions en santé. C'est ce qui justifie à la fois l'ampleur de la réforme (regroupement de sept organismes différents) et le statut donné à l'ARS, constituée sous la forme d'un établissement public administratif, dotée donc d'une personnalité morale et d'une responsabilité de gestion propres. Il s'agit ici de mettre en place en région des autorités de santé disposant de compétences et de moyens sans précédents, afin de leur permettre de porter sur leur territoire l'ensemble des enjeux mettant sous tension aujourd'hui les politiques de santé, et en finir ainsi avec la remontée systématique de toutes ces questions au niveau national.

Pour cela, elles doivent être en mesure de définir les priorités de santé en région et les actions qui en découlent. Leur premier acte fondateur sera donc la définition de la stratégie régionale de santé, qui prendra place au sein du projet régional de santé (PRS), créé

par la loi et sur l'élaboration duquel toutes les ARS sont aujourd'hui très fortement mobilisées avec leurs partenaires.

Déconcentration ne veut toutefois pas dire décentralisation. Les ARS restent des organismes d'État, chargés de mettre en œuvre sur leur territoire les priorités nationales de santé. La politique régionale de santé doit, en effet, se nourrir à la fois de ces grandes priorités nationales (cancer, Alzheimer, etc.) et des priorités identifiées en région. C'est à ce subtil équilibre que les ARS sont aujourd'hui appelées. On voit bien qu'il est d'un côté difficilement concevable de laisser l'organisation du dispositif général de dépistage du cancer à la seule initiative des ARS, même si ce sont elles qui en assureront le portage sur le terrain, mais qu'il est tout autant difficilement concevable aujourd'hui de demander à toutes les régions de se mobiliser de façon égale sur l'ensemble des enjeux de santé. Comment demander à la région Bourgogne, très étendue, très rurale et à faible densité de population, avec dans l'ensemble des indicateurs moyens de santé, de conduire la même politique que la région Nord-Pas-de-Calais, très urbaine, fortement peuplée et aux indicateurs de précarité et de santé très dégradés ?

Pourtant, c'était bien ce qui était demandé dans le passé, dans le cadre d'une gestion essentiellement pilotée par voie de directives et circulaires nationales, uniformes. Et on sent bien que dans un pays de tradition jacobine, vivant sur un mythe fondateur qui est celui de l'égalité de tous devant la loi, devant les questions de santé, il est encore souvent difficile d'imaginer que, sur deux points différents du territoire national, une même politique publique puisse trouver des expressions différentes.

Les débats au Parlement ont été très illustratifs de ces différences de conception. D'un côté, ceux qui ont œuvré pour remettre au cœur des missions des ARS les objectifs de la politique nationale de santé, allant pour certains jusqu'à contester la notion de politique régionale de santé et un quelconque rôle de définition de ces politiques par les ARS. De l'autre, ceux qui ont défendu cette conception de politiques régionales de santé, permettant à la fois d'intégrer les priorités nationales, mais aussi de prendre en compte les spécificités régionales, dont le PRS représente l'incarnation.

Tout l'article 118 de la loi HPST sur les ARS est teinté de la recherche de ce subtil équilibre et ceux qui en auront une lecture attentive pourront y identifier, disposition par disposition, les différences de sensibilité sur cette question fondamentale, qui a été au cœur des débats, soit de façon ouverte, comme sur l'article sur les missions des ARS, ou de façon plus sous-jacente. En toile de fond de ce débat sur l'équilibre entre politique nationale et politique régionale, se posent les questions de démocratie sanitaire. Il est bien sûr plus facile d'impliquer dans les décisions à prendre ceux qu'elles concernent, en travaillant à leur définition plutôt qu'au niveau territorial qu'au niveau national.

Un nouveau cadre de dialogue : le CPOM

Au-delà des textes et de l'équilibre qu'ils ont atteint entre responsabilités nationales et régionales, la mise en place des ARS induit un changement profond de cadre pour le dialogue entre ces deux niveaux d'exercice.

Des ARS autonomes dans leur statut, responsabilisées sur leurs missions et objectifs, renforcées sur leurs compétences et moyens, ne peuvent pas être pilotées par voie de circulaires et instructions descendantes. Elles ont désormais leur mot à dire et en ont les moyens, disposant de réelles capacités d'expertise et d'actions en interne leur permettant d'avoir un dialogue « éclairé » avec le niveau national. Le choix des actions doit leur être clairement laissé — elles sont les mieux à même de les définir, ayant une meilleure connaissance des moyens et des relais locaux mobilisables — et la fixation des objectifs doit pouvoir être discutée.

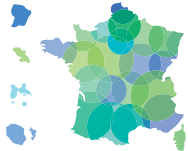
Ce dialogue à renouveler doit disposer d'un support lui-même révisé : c'est le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), introduit par la loi HPST à l'article L. 1433-2 du Code de la santé publique. Celui-ci, signé entre l'ARS et ses ministres de tutelle, doit porter la logique de responsabilisation des ARS sur des objectifs, et plus sur des actions, leur définition étant laissée à l'initiative des ARS, en contrepartie de moyens inscrits au contrat. Sa logique pluriannuelle doit permettre d'éviter les aléas connus par le passé d'une redéfinition permanente des priorités et objectifs, obligeant à autant de remobilisation des équipes, et source au final de démobilisation et de déresponsabilisation.

Ce contrat doit devenir le socle des relations entre le niveau national et les ARS, autour duquel doit être construit le dialogue annuel de gestion et le rendu compte, nécessaire, des ARS sur leur action. Les instructions et directives doivent devenir plus secondaires et leur objet rattachable, pour la majeure partie d'entre elles, aux objectifs du CPOM, même s'il serait illusoire de croire que celui-ci puisse épuiser l'ensemble des orientations nationales.

Dans cet esprit et au-delà du CPOM, c'est tout le processus de construction de la décision, de la politique, qui est amené à évoluer. En effet, les ARS n'ont pas été conçues comme des services d'exécution, chargés de mettre en œuvre au plan local les orientations et décisions prises au plan national. Elles ont déjà, comme on l'a vu sur la question de la politique régionale, leur propre champ de décision et de définition stratégique, mais, au-delà, elles sont inévitablement amenées à être associées aux processus nationaux, pour s'assurer d'une bonne articulation entre ceux-ci et les processus conduits en région. C'est là aussi un changement essentiel.

Risques et défis

Les enjeux sont clairs, le cadre défini et les outils mis en place. Pour autant, cette première année de « vie » des ARS permet de dessiner les principaux défis qui se posent au pilotage national des ARS et à l'équilibre national/régional. Derrière ces risques et défis, c'est



le sens de la réforme qui est en jeu, dans son volet politique, la réforme administrative étant quant à elle déjà très engagée.

La mise en place d'une vision unifiée des objectifs de la politique de santé est le premier défi pour le pilotage national. Tous les connaisseurs du monde de la santé savent à quel point il est difficile, voire impossible, de parler de la politique nationale de santé, et qu'il est plus juste de parler des politiques nationales de santé. La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique s'est essayée à cet exercice, mais, premièrement, elle ne couvrait pas l'ensemble de la politique de santé, et deuxièmement, elle est restée au milieu du gué, compte tenu du nombre trop important d'objectifs associés (une centaine).

L'absence d'un cadre stratégique unifié au plan national gêne aujourd'hui les conditions du dialogue avec les ARS, car il ne permet pas d'avoir un référentiel partagé et de dégager une ligne claire. En son absence, il manque un « filtre » au CNP, pour faire le tri entre les directives et orientations proposées par les directions d'administration centrale et caisses nationales. Le nombre de textes passés au visa du CNP et renvoyés vers les ARS (plus de 300 en 2010) en est le témoignage. Il en est de même pour le CPOM, premier exercice de cadrage stratégique, qui a fortement mobilisé le CNP, mais pour aboutir au final à encore une trentaine d'objectifs, sans réelle vision politique d'ensemble, de nature très variable et dont on peut pour certains s'interroger sur le rôle précis attendu des ARS, au-delà d'un affichage politique.

De facto, la construction du pilotage national connaît un certain retard. Pour les raisons dessinées plus haut, le pilotage national, dans son principe et surtout ses modalités, est loin de faire consensus parmi les premiers intéressés. L'importance déjà des débats sur les ARS a conduit dès lors à ouvrir ce chantier avec un certain décalage, tout ne pouvant être mené de front. Dès lors, le ressenti du niveau local est celui d'un pilotage national, qui commence à s'installer, mais qui se cherche encore, n'ayant pas mis en place au préalable les outils et cadres dont il a besoin pour conduire sa mission. Cela conduit à un certain décalage par rapport aux ARS, qui, soumises à la pression du terrain, sont, quant à elles, rentrées en action et ne peuvent attendre que le niveau national se mette lui-même en ordre de marche.

Si ce décalage est compréhensible dans cette phase de mise en place, il convient de le combler très rapidement. Sa persistance fait peser un risque certain sur l'équilibre national/régional. En effet, il pourrait alimenter sinon les deux principaux risques qui pèsent sur cet équilibre, à savoir :

- soit une autonomisation des ARS, lasse d'attendre le niveau national, de le voir en difficulté à construire sa propre doctrine d'action, alors qu'elles-mêmes, du fait de la pression de leurs partenaires et des dossiers locaux, sont contraintes d'avancer vite. La notion de temps entre le niveau national et le niveau local a toujours été différente, mais ici elle prend une importance particulière dans la phase de mise en place ;

- soit un « raidissement » du niveau national, qui, ne se sentant pas en mesure de piloter de façon optimale le réseau des ARS, tombe dans le travers le plus fréquent dans de telles situations, à savoir la tentation de tout contrôler, « cadénasser », et donc conserve centralisé l'essentiel du processus de décision, y compris sur la gestion interne, en multipliant les instructions et directives pour ne pas laisser les ARS partir dans des directions qu'il n'aurait pas décidé.

Tout le sens de cet équilibre subtil à construire entre national et régional consiste à éviter de tomber dans ces deux écueils que les promoteurs de la réforme n'ont jamais voulu : les ARS n'ont vocation à devenir ni des autorités totalement autonomes, qui décident seules, sans prise en compte des objectifs et cadres nationaux, ni de simples organismes de mise en œuvre, certes dotés de moyens plus importants, mais qui n'en seraient pas moins des exécutants.

Cet équilibre, indispensable à la réussite politique de la réforme, est de la responsabilité tant du niveau national que du niveau régional.

La révolution copernicienne à accomplir est donc aussi importante à conduire au niveau national que celle qui est en cours en région. Se doter d'une organisation du pilotage national des ARS était un premier pas nécessaire. Il prendra tout son sens et toute son importance s'il est suivi d'une redéfinition des conditions d'élaboration de la politique nationale de santé, à laquelle les ARS doivent aussi être associées. Le pilotage doit aller avec une politique, et inversement. 🗺