

# Réforme des ARS : un aboutissement ou une étape pour un système de santé bien géré ?

**La loi HPST s'inscrit dans la suite des réformes qui ont adapté le système de santé aux évolutions de la société. Un regroupement au sein des ARS de tous les secteurs du système de santé, y compris la gestion du secteur ambulatoire, et la création d'une agence nationale de santé pourraient être l'objet d'une prochaine réforme.**

**Pierre-Louis Bras**  
Professeur associé à Paris Ouest  
Nanterre La Défense

Les politiques publiques se construisent à partir de modifications dans l'agencement des prérogatives et des responsabilités des organes (autorités politiques, services administratifs, agences, niveaux d'administration...) en charge de les mettre en œuvre. Les aménagements dans l'équilibre des pouvoirs, les changements dans la répartition des ressources normatives, matérielles ou symboliques sont censés induire de nouveaux comportements conformes aux objectifs poursuivis.

Ainsi la création des agences régionales de santé (ARH), en 1996, correspondait à la volonté de créer une administration régionale spécialisée capable de mettre en œuvre une politique de restructuration du système hospitalier plus vigoureuse que celle que pouvaient conduire les services placés sous l'autorité de préfets, plus soucieux d'équilibres politiques locaux que de performances.

Pour autant, les ARH n'ont pas pleinement atteint les objectifs poursuivis à travers leur création. Les directions d'hôpitaux devaient composer au sein des établissements avec des groupes puissants : les élus, les médecins, les personnels, tous enclins, fort naturellement, à exiger des moyens supplémentaires. Aussi, elles se comportaient plus en représentants de la communauté hospitalière locale pour négocier auprès des ARH des compromis acceptables sur les ressources dévolues à l'établissement qu'en agents de la politique hospitalière nationale et régionale. Manquant ainsi de leviers et de relais, les ARH n'étaient pas en mesure de conduire des politiques vigoureuses de recherche de la performance.

## **Une profonde réforme de la gouvernance hospitalière**

La loi HPST a pour ambition de modifier profondément ce dispositif de pouvoir. Il s'agit, tout d'abord, de placer, selon les termes du président de la République, le directeur d'hôpital en position de « patron » au sein de l'hôpital. Pour cela, les élus sont, au moins formellement, écartés de la gestion hospitalière ; le conseil d'administration est remplacé par un conseil de surveillance. La capacité d'influence des médecins est aussi réduite. Ainsi la gestion de l'hôpital ne s'organise plus autour d'un conseil exécutif composé à parité d'administratifs et de praticiens, mais autour du directeur. S'il est flanqué d'un directoire, celui-ci porte mal son nom puisqu'il s'agit, non d'un organe de décision, mais d'une instance consultative. Les pouvoirs du directeur pour ce qui concerne la nomination des chefs de pôles et des praticiens sont aussi augmentés.

Le directeur dispose donc de ressources accrues pour diriger l'hôpital, mais il est lui-même placé plus directement sous l'autorité du directeur de l'agence régionale de santé (ARS). Sauf pour les CHU, celui-ci joue désormais un rôle central dans la nomination des directeurs d'établissements.

La loi HPST vise donc à substituer un schéma vertical de management (un patron au sein de l'hôpital, soumis lui-même à l'autorité du directeur d'ARS) à un dispositif de gouvernance fondé sur la négociation et le compromis.

Si changer par des textes l'agencement des pouvoirs ne suffit pas à bouleverser des rapports de force ancrés dans l'histoire et la

pratique des établissements, la loi HPST inscrit la gouvernance hospitalière dans une trajectoire nouvelle. Les ARS se trouvent placées à l'égard des établissements de santé dans une position radicalement différente que celle occupée par les ARH. L'objectif majeur qui leur est fixé — ramener l'ensemble des établissements de santé à l'équilibre — témoigne du rôle qu'on entend leur voir jouer; le respect de cet objectif, même avec un retard sur l'échéance de 2012, sera d'ailleurs un test de la pertinence du nouveau dispositif.

Toutefois, l'avènement d'une gouvernance hospitalière plus orientée vers la performance n'est pas la principale promesse qui a servi de support à la loi HPST. Elle a été promue comme la réforme qui permettrait d'en finir avec une vision cloisonnée des questions sanitaires, de mettre en place une appréhension globale et ordonnée de la politique de santé.

#### La fin des cloisonnements...

À cet égard, même si la thématique de la « transversalité » a été amplement mobilisée pour justifier la création des ARS, une réforme administrative qui vise à réduire les cloisonnements entre organes administratifs n'entraîne pas d'elle-même une plus grande fluidité des parcours des soins. Par exemple, les questions pratiques tenant à la coordination villes-hôpital (transmission des informations, possibilité pour les médecins traitants d'accéder aux services hospitaliers...) ne sont pas directement impactées par une réforme des organes d'administration. Il est vrai qu'il est difficile de « vendre » une réforme administrative sans laisser espérer des bénéfices immédiats et tangibles pour les patients.

La création des ARS est donc pour l'essentiel une réforme du dispositif administratif régional. Celui-ci était organisé en tuyau d'orgue : les ARH en charge des établissements de santé, les unions régionales des caisses d'assurance maladie (Urcam) et les caisses locales d'assurance maladie en charge de la médecine de ville, les groupements régionaux de santé publique (GRSP) et les services déconcentrés du ministère en charge de la prévention et de la promotion de la santé, les services déconcentrés du ministère de la santé et des affaires sociales, et les départements en charge du médico-social. Cette construction en tuyau d'orgue n'en était pas moins confuse avec des compétences croisées; par exemple, le réseau des caisses d'assurance maladie était un intervenant important en matière de prévention. Cette

organisation se caractérisait aussi par une dispersion des moyens entre diverses institutions; par exemple, pour remplir leurs missions, les ARH devaient mobiliser des agents des directions régionales des affaires sanitaires et sociales (Drass), des directions départementales des affaires sanitaires et sociales (Ddass), des caisses régionales d'assurance maladie (Cram) et des services médicaux de l'assurance maladie.

Le dispositif d'administration de la santé en région était donc caractérisé par des cloisonnements, des compétences croisées, des dispersions de moyens, une grande complexité, l'absence d'une définition claire des responsabilités. Cette situation appelait une réforme. La création des ARS permet de rationaliser ce dispositif administratif. Le périmètre d'action des nouvelles agences est très large; il englobe la veille sanitaire et la gestion des crises, la promotion de la santé, l'offre de soins et le médico-social. Les ARS regroupent dans une seule institution, sous l'autorité de leurs directeurs, des équipes auparavant dispersées dans les Ddass, les Drass, les ARH, les Urcam, les services médicaux des caisses.

#### ... exception faite des soins de ville

Pour autant, cette rationalisation n'est pas poussée jusqu'à son terme. La réorganisation régionale s'est opérée sans que soit entreprise une réorganisation du niveau national, alors même que le dispositif régional reproduisait en région la fragmentation des instances de pilotage national. Fort logiquement, la création d'une agence nationale de santé a été évoquée lors des premières réflexions sur la réforme. Cette hypothèse a toutefois été vite écartée après que la ministre de la Santé eut exprimé son inquiétude de voir le ministère de la Santé vidé de sa substance.

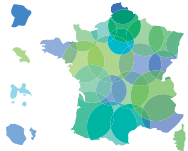
Dès lors que les institutions nationales étaient appelées à perdurer dans leur être, la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam) s'est efforcée de préserver ses prérogatives et celle de son réseau dans son domaine d'action traditionnel : les soins de ville.

Pour défendre ses prérogatives, la Cnam ne pouvait plus, depuis 2004, s'appuyer sur la légitimité que lui conférait auparavant le thème de la démocratie sociale, de la gestion par les partenaires sociaux. Mais elle a réussi à s'affirmer depuis comme l'instance la plus dynamique pour gérer le risque et maîtriser les dépenses. Elle a fait valoir que ses performances en ce domaine étaient bien supérieures à celles des administrations d'État. Cette légitimité fonctionnelle lui a permis de conserver

l'intégralité de ses moyens d'action à l'égard de la médecine de ville. L'adage « on ne change pas une équipe qui gagne » a prévalu.

Ainsi, si les ARS ont théoriquement vocation à réguler l'ensemble de l'offre de soins, elles sont singulièrement démunies de leviers d'action à l'égard des soins de ville. La relation avec les professionnels de ville s'organise à travers les conventions négociées nationalement et mises en œuvre par les caisses locales. Le réseau de la Cnam a développé des outils d'influence sur les comportements à travers les contrats d'amélioration des pratiques individuelles (Capi). Les moyens humains qui permettent d'intervenir auprès des professionnels — les médecins conseil et les délégués de l'assurance maladie — n'ont pas rejoint les ARS. Le réseau de la Cnam conserve les capacités d'analyse des données issues des systèmes de remboursement. Il est vrai que les ARS ont vocation à établir des schémas régionaux d'organisation des soins qui engloberont les soins de ville, mais ces schémas n'ont pas vocation à être opposables. Les dispositions qui prévoyaient que les médecins installés en zones excédentaires devaient contribuer à l'offre de soins en zones déficitaires ont vocation à être abrogées. Si la loi HPST tente de conférer un droit de regard aux ARS sur les actions entreprises par les caisses en matière de gestion du risque, l'article qui organise cette relation est d'une telle complexité qu'il a peu de chance d'être effectif. Ce n'est qu'en matière d'organisation et de financement de la permanence des soins que les ARS disposent de réelles prérogatives à l'égard des soins de ville. Elles sont aussi en charge de soutenir et de financer les maisons de santé pluri-professionnelles, mais malgré l'enthousiasme politico-administratif que suscite ce mode d'organisation des soins, celui-ci reste encore très marginal.

Les ARS souffrent d'ailleurs, dès l'origine, d'un déficit de légitimité à l'égard des médecins de ville. Ainsi, on lit sur le site de la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF) que celle-ci entend « construire une convention bouclier pour protéger les médecins des ARS ». Une manière de renouer avec une attitude traditionnelle du corps médical : utiliser les relations avec les caisses d'assurance maladie pour éviter de se trouver confronté en direct avec l'administration d'État. De fait, les ARS, malgré leurs pouvoirs limités, semblent être perçues comme une menace par les médecins : selon un sondage du *Panorama du médecin*, la création des ARS est un « mauvaise ou une très mauvaise chose »



pour 48 % des médecins; seulement 26 % considèrent qu'il s'agit d'une « bonne ou d'une très bonne chose ».

### Les termes d'une prochaine réforme

Au total, si la création des ARS devait aboutir à terme à un renouvellement profond des conditions de la gouvernance hospitalière, la réforme ne tient toutefois pas totalement sa promesse : décloisonner les organes d'administration de la santé. Elle se cantonne au niveau régional sans remettre en cause l'organisation nationale. En ce qui concerne les soins de ville, la dualité des pouvoirs persiste : les ARS ne contrôlent pas les moyens d'action concrets qui continuent de relever de la Cnam et de son réseau. Mais cette promesse non tenue crée une tension dont on peut penser qu'elle sera à l'origine de la prochaine réforme : un regroupement effectif au sein des ARS de toutes les équipes qui contribuent à l'administration du système de soins au niveau régional; la création d'une agence de santé au niveau national.

En ce sens, la création des ARS ne constitue qu'une étape, comme d'ailleurs les précédentes réformes de la gouvernance en matière de santé.

Enfin, il ne faut pas se méprendre sur la portée de la création des ARS. Il ne s'agit pas d'une régionalisation. Les prérogatives des ARS ne sont pas fondamentalement accrues par rapport à celles dont disposaient les diverses administrations/institutions auxquelles elles se substituent. Le législateur a d'ailleurs tenu à marquer clairement que la réforme s'inscrivait dans une démarche de déconcentration limitée. Alors que le texte initial du gouvernement prévoyait que les ARS avaient pour mission « de définir et de mettre en œuvre la politique régionale de santé dans le cadre de la politique nationale de santé », le texte final prévoit que les ARS ont pour mission de « définir et de mettre en œuvre un ensemble coordonné de programmes et d'actions concourant à la réalisation des objectifs de la politique nationale de santé ». L'attitude du législateur est d'ailleurs parfaitement logique : comment une politique pourrait-elle être définie par une instance qui ne bénéficie pas de la légitimité que confère l'élection en régime démocratique? Déjà, on a pu entendre des directeurs d'ARS se plaindre que les ARS soient traitées comme des « services extérieurs », mais pouvait-il vraiment en être autrement? Encore faudrait-il que ces services déconcentrés disposent d'une réelle marge d'autonomie. Rien n'est joué à cet égard 🗳

### Liste des sigles

Anap	Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux
ARH	Agence régionale de l'hospitalisation
ARS	Agence régionale de santé
Asip-S	Agence des systèmes d'information partagés de santé
Capi	Contrat d'amélioration des pratiques individuelles
CHT	Communauté hospitalière de territoire
Cnam	Caisse nationale d'assurance maladie
CNP	Conseil national de pilotage des agences régionales de santé
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CREAHI	Centre régional d'études et d'actions sur les handicaps et les inadaptations
CREAI	Centre régional pour l'enfance et l'adolescence inadaptées
CRSA	Conférence régionale de la santé et de l'autonomie
CSMF	Confédération des syndicats médicaux français
Ddass	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
Drass	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
Finess	Fichier national des établissements sanitaires et sociaux
GRSP	Groupement régional de santé publique
HPST	Hôpital, patients, santé et territoires
MRS	Mission régionale de santé
MSA	Mutualité sociale agricole
Ondam	Objectif national d'évolution des dépenses de l'assurance maladie
ORS	Observatoire régional de la santé
PMSI	Programme médicalisé des systèmes d'information
Praps	Programme régional d'accès à la prévention et aux soins
PRGDR	Programme régional de gestion du risque
Priac	Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
PRS	Projet régional de santé
PSRS	Plan stratégique régional de santé
RPPS	Répertoire partagé des professionnels de santé
RSI	Régime social des indépendants
Sios	Schéma interrégional d'organisation des soins
Sniiram	Système national d'informations inter-régimes de l'assurance maladie
SROMS	Schéma régional d'organisation médico-sociale
Sros	Schéma régional d'organisation des soins
SRP	Schéma régional de prévention
Urcam	Union régionale des caisses d'assurance maladie
URML	Union régionale des médecins libéraux
URPS	Union régionale des professionnels de santé
Vagusan	Veille, alerte et gestion des urgences sanitaires