

## 2009-2012 : la loi HPST et les agences régionales de santé

La réforme d'une organisation administrative n'intéresse personne. Le titre de la loi HPST du 21 juillet 2009 consacré à la création des agences régionales de santé (ARS) a vite vu son rang rétrogradé en queue de peloton, loin derrière les dispositions portant sur l'hôpital censées répondre davantage aux préoccupations concrètes et immédiates de la population. Pourtant, la création des ARS n'est pas une simple réforme administrative déterminant une organisation plus cohérente des services, même si elle affiche volontiers comme titre de gloire le nombre des structures regroupées, sept au total. La création des ARS change le modèle de régulation du dispositif de santé. Pour le dire autrement, elle permet de concevoir au niveau régional une politique de santé enfin globale.

Pourquoi le décalage est-il si grand entre ce que nous savons et ce que nous faisons ? Nous savons que la santé a un caractère pluridimensionnel, physique, psychique et social. Nous savons que plusieurs facteurs la déterminent, que nous sommes efficaces quand nous agissons sur tous ces déterminants en cause, par des actions complémentaires, équilibrées, relevant de différents domaines d'intervention, les soins hospitaliers et ambulatoires, la prévention et la promotion de la santé, la sécurité sanitaire, le médico-social, le social. Nous savons que les moyens à mobiliser porteront sur l'organisation et le fonctionnement de l'offre, sur le financement des activités, sur la qualité des actes de santé. Nous savons qu'une action publique en faveur de la santé n'aura toute sa pertinence que si elle résulte d'une politique globale de santé, globale parce que faite de dispositions concernant plusieurs déterminants, relevant de plusieurs domaines d'intervention et mobilisant plusieurs moyens de régulation. Nous savons cela, depuis longtemps. Pourtant, depuis longtemps nous compartimentons l'administration de la santé, confiant à des autorités publiques différentes des compétences fractionnées séparant les responsabilités portant sur les différents domaines d'intervention et moyens de la régulation.

Le partage a des conséquences qui pourraient être qualifiées de naturelles. Chaque autorité est d'abord soucieuse de son pré carré et se dote d'outils stratégiques destinés à établir la cohérence et la pertinence de son action, estimées dans le champ étroit de ses seules compétences. La loi HPST, en créant les ARS, a voulu accorder ce que nous savons avec ce que nous faisons. Elle ne l'a fait qu'au niveau de l'administration de la santé régionale, et partiellement. Les ARS montrent un chemin et engagent les premiers pas. Le but n'est pas encore atteint. L'art est difficile. La route est donc

à poursuivre, en sachant que la direction prise n'est pas déterminée par la seule question du caractère global de la politique de santé permise, mais aussi par la répartition des pouvoirs entre les niveaux national et territorial, par la forme de démocratie retenue pour traiter de tels enjeux collectifs, par la place accordée à la solidarité dans le financement de la santé. Les positionnements adoptés par rapport à tous ces sujets qui identifient la route suivie font système bien sûr.

### La création des ARS obéit à une volonté de déconcentration de l'autorité publique dans le domaine de la santé

L'organisation de l'administration de la santé en France a pris la forme d'un archipel et paraît avoir abandonné la forme pyramidale avec un sommet qui décide et une base qui exécute. L'administration centrale du ministère de la Santé n'est désormais entourée que d'autorités publiques constituées sous la forme d'établissements publics, ces opérateurs disposant d'une relative autonomie dans l'exercice de leurs responsabilités. Les ARS appliquent des instructions reçues du niveau national, mais elles ont la capacité de pouvoir adapter la stratégie ministérielle aux réalités locales, de prendre des dispositions justifiées par les besoins particuliers de leur région. Surtout, leur proximité territoriale les met en situation de pouvoir impliquer dans le processus de décision les acteurs locaux de la santé, élus, usagers, professionnels et leurs représentants syndicaux, gestionnaires de structures et de services. Qu'en est-il en réalité ?

Pour déconcentrer vraiment des responsabilités, quatre conditions sont à réunir : une autorité publique nationale unifiée, un projet politique structuré autour de quelques priorités fortes, un dispositif d'évaluation des résultats obtenus, de réels moyens financiers d'agir confiés à l'opérateur territorial. Plusieurs autorités nationales, jugées sur leur efficacité portant sur un domaine de responsabilité partiel, voudront chacune tenir serrées les rênes de leurs opérateurs territoriaux. Sans une véritable politique nationale de santé servant de cadre de référence partagé et solide [45], et en l'absence d'un dispositif d'évaluation des résultats construit, chaque autorité nationale voudra compenser le déficit stratégique existant par la multiplication d'instructions tatillonnes données aux ARS<sup>1</sup>. Quant aux moyens financiers d'agir, ils sont réduits lorsque les ARS ne disposent d'aucun pouvoir tarifaire et gèrent des crédits peu fongibles.

1. Plus de 300 instructions ont été données par le niveau national aux ARS dans leurs neuf premiers mois d'existence.

### Alain Lopez

Inspecteur général des affaires sociales, membre de la mission Ritter et de l'équipe projet du secrétariat général des ministères sociaux chargée de la préparation du titre IV de la loi HPST portant création des ARS

La constitution du Conseil national de pilotage (CNP) prévu par la loi, réunissant toutes les autorités publiques nationales intéressées par l'action des ARS, la définition d'un contrat d'objectifs et de moyens avec chaque agence, la définition d'un fonds d'intervention régional permettant la fongibilité entre certains crédits sont autant d'avancées dans la bonne direction. Elles sont certainement à prolonger [16], en définissant l'architecture de la politique nationale de santé et ses conditions d'élaboration, en précisant davantage les modalités d'évaluation des stratégies régionales conduites, en donnant aux ARS des moyens financiers d'agir plus décisifs.

### La création des ARS veut unifier au niveau régional la régulation du dispositif de santé

L'autorité sur les moyens de la régulation (organisation de l'offre, financement des activités et qualité des actes) est partagée entre l'État et l'assureur public qu'est l'Assurance maladie. La compétence d'emploi de ces moyens selon le domaine d'intervention (soins hospitaliers et ambulatoires, prévention, médico-social) est aussi répartie entre l'État et l'assureur public. Avec les ARS a été constituée au niveau régional une régulation unifiée, regroupant sous une responsabilité unique la totalité des compétences des services de l'État et en partie celles de l'Assurance maladie. Mais la réforme a laissé intact le partage des responsabilités au niveau national. Cette situation réduit la portée de cette ambition soutenue par la loi HPST et ne modifie qu'à la marge les stratégies locales d'un réseau conservé pratiquement tel quel sous l'autorité des caisses nationales.

### La création des ARS nous a laissés au milieu du gué

Elle oblige à aller plus avant. Mais la berge à rejoindre n'est pas assurée.

Le regroupement de compétences dispersées sous une autorité publique unique, au niveau régional, rend nécessaire une organisation nationale dotée d'une plus grande cohésion et pourvue d'une stratégie structurée servant de cadre à l'action des agences. La relation entre cette organisation nationale et ses opérateurs régionaux sera-t-elle alors de nature déconcentrée ou centralisée ? Tout dépendra de la place que l'on voudra accorder dans le processus de décision aux acteurs locaux de la santé, élus, usagers, professionnels, gestionnaires de structures et de services.

La régulation unifiée opérée au travers d'une réforme des ARS poussée jusqu'à son terme devra rapprocher les deux réseaux encore séparés de l'État et de l'Assu-

rance maladie, tant au niveau régional que national. Le but n'est pas incertain. Mais la forme de cette nouvelle administration de la santé sera très différente selon le chemin pris pour la concrétiser [17]. L'unification de la régulation enfin réalisée se fera-t-elle à partir de l'État ou de l'assureur ? L'État-régulateur représente un modèle d'administration de la santé toujours plus déconcentré<sup>2</sup>, développant des formes de gestion appuyées sur une démocratie participative<sup>3</sup>. Mais l'État-régulateur, sous l'autorité directe du politique, est accusé d'être sensible aux attentes des citoyens et des divers groupes de pression ; il ne parviendrait pas toujours à faire prévaloir la solution la plus rationnelle. L'assureur-régulateur disposerait d'une relative indépendance technique et prendrait ses responsabilités, opérant des choix appuyés sur une raison sûre d'elle-même et soucieuse de la seule efficacité. Mais l'assureur-régulateur représente un modèle d'administration de la santé plutôt centralisateur<sup>4</sup>, tenant en méfiance la démocratie participative<sup>5</sup>.

Un parti est à arrêter. La création des ARS le rend encore plus incontournable. C'est sans doute le plus grand mérite de cette réforme. La berge montrée par elle pour être rejointe est celle d'un État-régulateur déconcentré. Mais la marche engagée est loin d'être irréversible. Le sens qu'en définitive elle prendra aura des conséquences sur le rapport entre solidarité et prévoyance individuelle dans le financement de la santé. L'État est légitime pour gérer une régulation unifiée quand la santé est portée principalement par un effort de solidarité organisé sous sa responsabilité. L'assureur est légitime pour gérer une régulation unifiée quand c'est avec lui que chacun engage son effort de prévoyance en faveur de la santé. Mais, dans ce dernier cas, à l'évidence, un choix finira par être rendu possible entre plusieurs assureurs-régulateurs, loin du modèle français de solidarité.

Au-delà des ARS se dessinent deux horizons qui ne conçoivent pas de la même façon la place de la démocratie et de la solidarité dans la réponse collective apportée aux problèmes de santé de la population. Avant de continuer, la direction prise mérite d'être explicitée et ses conséquences exposées. ?

2. La réforme créant les ARS en est l'illustration.

3. Les conférences régionales de la santé et de l'autonomie (CRSA) participent à la préparation de la totalité de la politique de santé régionale et examinent ses résultats.

4. C'est l'organisation et le fonctionnement actuels de l'Assurance maladie, accordant peu d'autonomie dans l'action à son réseau local.

5. Un dispositif centralisateur ne permet pas d'associer facilement les acteurs locaux de la santé au processus de décision.