

## 10 ans d'ARS : quel bilan d'une forme de déconcentration régionale ?

Par **CLAUDE EVIN**, Ancien directeur général de l'ARS Île-de-France



Claude EVIN a eu une carrière politique puis administrative. Il est aujourd'hui avocat. Il a été député à l'Assemblée nationale pendant 23 ans (jusqu'en 2007). Il y a assuré diverses responsabilités : président de la Commission des affaires sociales, vice-président de l'Assemblée, et a été rapporteur de nombreux textes à caractère sanitaire et social. Ministre des Affaires sociales et de la Santé de 1988 à 1991, il a laissé son nom à divers textes législatifs notamment dans le domaine de la santé publique, des établissements de santé ou de la protection sociale complémentaire. Il a effectué (1994-2002) diverses missions dans plusieurs pays africains à la demande du Bureau international du travail concernant l'assurance santé. Il a assuré diverses responsabilités associatives, dont la présidence de la Fédération hospitalière de France. Il est président

du Conseil d'orientation de l'Institut des hautes études de la protection sociale (IHEPS). Il a créé, puis dirigé l'Agence régionale de santé d'Île-de-France d'octobre 2009 à août 2015 ; cette agence ayant la responsabilité d'organiser la protection de la santé et l'organisation de l'offre de services (hôpitaux, établissements pour personnes âgées ou handicapées, soins de proximité) pour une région de 12 millions d'habitants. Avocat au Barreau de Paris depuis 2004, il a repris cette activité depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2015. Il intervient sur des sujets de droit de la santé auprès de professionnels et d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

*« La qualité et la pérennité de notre système de santé sont au cœur des préoccupations des Français. Ce système apporte-t-il aujourd'hui une réponse satisfaisante à ces attentes ? Les comparaisons internationales montrent que nos indicateurs de santé ne sont pas si favorables, alors même que les dépenses de santé sont parmi les plus importantes du monde. Des progrès importants sont donc à accomplir pour améliorer la santé publique, tout en maîtrisant mieux les dépenses.*

*À l'heure où l'échelon régional s'affirme comme le niveau pertinent de pilotage du système de santé, un pilotage territorial unifié et responsabilisé constitue un levier majeur pour relever ce défi. Ce pilotage, actuellement réparti entre les services de l'État, de l'Assurance maladie et les agences régionales d'hospitalisations (ARH), n'est en effet pas satisfaisant. Enchevêtrement des compétences, éclatement institutionnel, cloisonnement des acteurs (notamment entre le secteur ambulatoire et le secteur hospitalier) : le diagnostic sur le pilotage actuel met en évidence la nécessité d'un pilotage unifié du système territorial de santé. L'excessive centralisation du système de santé, la trop faible adaptation des politiques de santé aux spécificités territoriales et les limites des actions menées en matière de dépenses plaident par ailleurs pour un pilotage territorial responsabilisé,*

*tant en matière de politiques de santé que de maîtrise des dépenses. Un pilotage unifié et responsabilisé du système territorial de santé, c'est la définition des agences régionales de santé (ARS).<sup>1</sup>»*

C'est ainsi que le préfet Philippe Ritter, à qui Roselyne Bachelot alors ministre de la Santé avait demandé de piloter une mission chargée de créer les agences régionales de santé, introduisait le rapport qu'il avait rédigé en janvier 2008.

« *Un pilotage unifié et responsabilisé du système territorial de santé* ». Je retiendrai de cette définition les deux principales justifications de la création des ARS :

- ▀ un pilotage institutionnel et opérationnel resserré de notre système de santé au niveau régional avec la transversalité des actions ;
- ▀ le renforcement de la prise en compte des spécificités territoriales.

Ces deux orientations fondamentales étaient reprises dans l'exposé des motifs de l'article 26 du projet de loi portant réforme de l'hôpital, et relatif aux patients à la santé et aux territoires<sup>2</sup>, créant les ARS :

- ▀ « *renforcer l'ancrage territorial des politiques de santé : l'agence régionale de santé permettra, dans le cadre des orientations fixées au niveau national, de mieux adapter les politiques de santé aux besoins et aux spécificités de chaque territoire ;*
- ▀ *simplifier notre système de santé et réunir, au niveau régional, les forces de l'État et de l'assurance maladie : les ARS regroupent en une seule entité sept organismes actuellement chargés des politiques de santé dans les régions et les départements, auxquels elles vont se substituer.*»

Une troisième orientation était affichée dans cet exposé des motifs et prévoyait de : « *mettre en place de nouveaux outils pour améliorer l'efficacité de notre système de santé* ».

C'est au regard de ces trois orientations qu'il faut, dix ans après la création des ARS, en tirer un bilan.

## I – UN PILOTAGE RÉGIONAL SIMPLIFIÉ

### Une gouvernance régionale unifiée

Au moment de la création des ARS, chacun s'accordait à reconnaître que notre système de santé était organisé en « tuyau d'orgue », chaque secteur, au niveau régional, dépendant d'outils de planification distincts : l'hôpital était piloté par les agences régionales de l'hospitalisation (ARH), les soins ambulatoires étaient pilotés

<sup>1</sup> Rapport sur la création des agences régionales de santé présenté à Madame Roselyne Bachelot, Ministre de la santé, de la jeunesse et des sports par Monsieur Philippe Ritter, Préfet honoraire, en janvier 2008.

<sup>2</sup> Projet de loi n° 1210 enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 22 octobre 2008.

par les unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM). Pour exercer des compétences conjointes, les ARH et les URCAM avaient été réunies dans des missions régionales de santé (MRS) créées par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. La santé publique faisait l'objet d'un plan régional de santé publique (PRSP) élaboré et mis en œuvre sous la responsabilité de groupements régionaux de santé publique (GRSP). Le secteur médico-social dépendait de diverses règles et autorités de financement et de planification, les priorités de financement des créations, d'extensions ou de transformations d'établissements faisant l'objet d'un programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) établi par le préfet de région. Quant à la veille et la sécurité sanitaire, elle était éclatée entre plusieurs administrations régionales ou départementales.

En réunissant dans un même établissement public les missions exercées par ces différents organismes, la loi HPST de 2009 répondait donc à une critique maintes fois exprimée au Parlement comme parmi différents acteurs du système de santé.

L'étendue des compétences ainsi confiées aux ARS n'a toutefois pas manqué de soulever des critiques au motif que de s'occuper par exemple de la qualité des eaux de consommation ou de loisirs ou de l'air ne permettait pas d'être en même temps suffisamment disponible pour traiter des questions relatives à l'organisation de l'offre de soins. Critique paradoxale alors que la majeure partie des déterminants de santé sont étrangers au système de santé lui-même et dépendent avant tout de la coordination avec les autres politiques publiques et de nos comportements.

La santé environnementale, notamment, est déterminante dans la mise en œuvre des politiques de santé publique lorsqu'on sait, par exemple, combien l'impact de la pollution de l'air sur la mortalité est sérieusement établi<sup>3</sup>. Si les politiques publiques qui impactent la santé environnementale (transport, production d'énergie, agriculture, industrie...) ne sont évidemment pas à la main des ARS, c'est bien vers les autorités sanitaires que nos concitoyens se tournent quand une crise environnementale se transforme en crise sanitaire (voir l'incendie de Notre-Dame, l'incendie de l'usine Lubrizol à Rouen, les anciens sites miniers de la vallée de l'Orbiel...).

Il faut d'ailleurs regretter que sur ces sujets environnementaux la loi n'a pas clarifié l'organisation des missions puisque l'ARS agit par délégation de compétences du préfet, ce qui crée une confusion dans les compétences strictes de l'État, et nuit à la lisibilité du positionnement de l'agence, de son autonomie et donc de sa responsabilité.

## Un rapprochement entre l'État et l'Assurance maladie

C'est sans doute le rapprochement entre les services de l'État et de l'Assurance maladie dans les régions qui a représenté le plus d'intérêt dans la gouvernance du système de santé. Certes les services des caisses régionales d'assurance maladie et les services médicaux régionaux participaient précédemment aux travaux des agences régionales de l'hospitalisation, le directeur de la CRAM étant par ailleurs l'un des deux vice-présidents<sup>4</sup> du groupement d'intérêt public qui portait l'ARH.

3 48 000 décès en France chaque année sont liés à la pollution de l'air.

4 Le deuxième vice-président était le directeur de la DRASS.



Avec la création des ARS, les services qui, au sein des caisses régionales et du contrôle médical, assuraient le suivi des établissements de santé ont vu leurs compétences transférées au nouvel établissement public. Ainsi se sont constituées au sein des agences des équipes composées sans distinction, de fonctionnaires venant des directions régionales ou départementales des affaires sanitaires et sociales et de personnels contractuels de droit privé venant des organismes d'assurance maladie. Les responsabilités de direction étant assurées indistinctement par des personnes venant pour la plupart de ces divers organismes.

S'il a parfois nécessité un dialogue social sophistiqué compte tenu par exemple du nombre de conventions collectives et des différences contractuelles entre les agents, le mélange de cultures et de statuts représente un bon exemple de modernisation des services publics confirmant la capacité d'adaptation de ses organisations.

Le rapprochement entre l'État et l'Assurance maladie s'est notamment concrétisé avec l'élaboration d'un plan pluriannuel régional de gestion du risque et d'efficience du système de soins<sup>5</sup> arrêté par le directeur général de l'ARS « après concertation avec les caisses locales d'assurance maladie et avec les organismes complémentaires d'assurance maladie ».

À l'issue de la loi de 2016 a été créée une commission régionale de coordination des actions de l'agence régionale de santé et de l'assurance maladie<sup>6</sup> présidée par le directeur général de l'agence. Cette commission a pour objectif d'établir un programme stratégique partagé entre le réseau de l'assurance maladie et l'ARS au niveau régional, non seulement pour la gestion du risque et la déclinaison du plan ONDAM, mais aussi pour d'autres actions telles que les systèmes d'information, la prévention, la structuration de l'offre de soins de premier recours avec les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS),

Ces dispositifs ont marqué une réelle amélioration des relations et donc des actions conduites en commun au niveau régional, mais leur réelle efficacité reste souvent entravée par la dichotomie entre une ARS qui est autonome et « incarnée », et un échelon régional de l'assurance maladie sans autonomie par rapport à la caisse nationale.

## Une organisation départementale plus proche du terrain

La loi de 2009 prévoyait que les « agences mettent en place des délégations territoriales dans les départements ». Ces délégations territoriales sont devenues des « délégations départementales » au moment où, en 2016, la loi a redéfini la notion de territoire de démocratie sanitaire dissocié des zones d'organisation de l'offre de soins.

Cette organisation départementale a été fortement plébiscitée par les acteurs de santé désireux de disposer au plus près des territoires d'interlocuteurs souvent plus accessibles que les services régionaux de l'agence. Les délégations départementales des ARS sont en effet les interlocuteurs directs des différentes administrations départementales et des acteurs locaux.

<sup>5</sup> Article L. 182-2-1-1 du code de la sécurité sociale.

<sup>6</sup> Articles R. 1434-13 et 14 du code de la santé publique.

La création, en 2015, de nouvelles régions beaucoup plus vastes a renforcé la nécessité de déléguer plus de responsabilités aux délégations départementales dont l'importance de l'action conduit à davantage intégrer les directeurs départementaux dans les instances de direction régionale. Le renforcement de cet échelon d'animation territoriale s'est aussi concrétisé par la reconnaissance de postes fonctionnels à l'appui de cette fonction de directeur de délégation départementale.

## Une autonomie relative

Si les agences régionales de santé sont des établissements publics jouissant sur le plan juridique d'une certaine autonomie, leurs missions sont définies par la loi. Si elles déterminent des actions spécifiques au regard des particularités de la région et des territoires, elles sont chargées de mettre en œuvre les objectifs de la politique nationale de santé, les principes de l'action sociale et médico-sociale et les principes fondamentaux de la sécurité sociale en matière de prise en charge des frais de santé.

C'est ainsi que, par exemple, la loi donne explicitement aux ARS la mission de contribuer « *au respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie* ».

Si les ARS disposent de marges de manœuvre pour apprécier des situations locales, il est vrai que la perception politique et l'impact médiatique de certaines décisions ont conduit à des remises en cause venant du ministère ou parfois même venant d'un niveau plus élevé dans la hiérarchie institutionnelle<sup>7</sup>.

Si les agences ont permis d'unifier le pilotage de la politique de santé au niveau régional, la question d'un pilotage national unifié s'est aussi trouvée posée. Dans son rapport, Philippe Ritter écrivait : « *Tous les acteurs, au niveau central comme sur le terrain considèrent que la création d'un pilotage unifié au niveau régional rend nécessaire une unification du pilotage central, sans qu'il soit pour autant nécessaire de créer une organisation complexe et lourde* ». Le rapport de la mission d'information de l'Assemblée nationale en conclusion des travaux de la mission sur les agences régionales de santé conduite par le député Yves Bur, avant le dépôt du projet de loi HPST, allait plus loin : « *il paraît indispensable d'unifier complètement le pilotage national du système de santé, avec une véritable Agence nationale de santé* ». Le choix qui a été fait a été de créer un conseil national de pilotage des agences régionales de santé réunissant les représentants des directions centrales du ministère ainsi que des représentants des organismes nationaux de l'assurance maladie. Ce conseil national a pour mission de donner aux ARS « *les directives pour la mise en œuvre de la politique nationale de santé sur le territoire* », sous la forme « d'instructions » qui ont remplacées sur de nombreux sujets les anciennes « circulaires ministérielles ».

Pour autant le décloisonnement, qui reste certainement encore à parfaire au niveau régional, a encore plus de chemin à parcourir pour garantir une meilleure fluidité entre les directions d'administration centrale du ministère ou entre l'État et l'assurance maladie lorsqu'il s'agit de mettre en œuvre certaines actions organisées ou négociées nationalement<sup>8</sup>.

7 Voir article du Figaro du 18 septembre 2018 : « Le président de la FFF a convaincu Emmanuel Macron de sauver la maternité de Guingamp ».

8 Par exemple le financement de la téléconsultation négociée par l'assurance maladie dans un cadre conventionnel qui ne s'applique pas bien aux établissements de santé.

La réforme territoriale voulue par la loi HPST aura vraiment abouti lorsque les directions centrales du ministère auront davantage évolué dans leur culture, leur organisation et leur fonctionnement encore très marqués par une démarche « top down » avec des services déconcentrés, même si l'intégration des directeurs d'ARS et de leurs équipes à la conception des politiques et la présence d'un directeur général d'une agence au sein du conseil national de pilotage ont déjà modifié l'approche nationale en comparaison de la situation de 2010.

## II – LE RENFORCEMENT DE L'ANCRAGE RÉGIONAL

L'article L. 1431-2 du code de la santé publique confie aux agences régionales de santé des compétences qui couvrent l'ensemble du champ sanitaire et médico-social ainsi que la prévention, la veille et la sécurité sanitaire « *en tenant compte des spécificités de chaque région* ».

### Une identification des particularités régionales

Si les différentes instances dont nous avons rappelé le rôle dans le mode d'organisation précédent élaboraient des documents qui définissaient des orientations régionales, ceux-ci ne portaient pas d'une analyse globale de la situation sanitaire de la région. Ils étaient essentiellement limités à une appréciation quantitative des besoins. C'est ainsi que, par exemple, le schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) visait « *à susciter les adaptations et les complémentarités de l'offre de soins, ainsi que les coopérations, notamment entre les établissements de santé* ». Il devait certes tenir « *compte de l'articulation des moyens des établissements de santé avec la médecine de ville et le secteur médico-social et social* »<sup>9</sup>. Mais les différents schémas régionaux ne s'articulaient pas nécessairement entre eux compte tenu de l'éclatement de leur mise en œuvre, comme nous l'avons déjà souligné. Leur élaboration confirmait le cloisonnement des différentes démarches.

Avec la création des ARS, la loi HPST mettait en place la définition d'une véritable politique régionale de santé à travers le projet régional de santé que chaque agence a commencé à préparer quasiment dès sa création en 2010. S'il devait prendre en compte les orientations nationales de la politique de santé, ce projet régional permettait d'identifier les particularités régionales concernant l'état de santé de la population ou l'offre de soins.

C'est à partir d'un diagnostic, réalisé par chaque région, qu'ont été élaborés des plans stratégiques précisant les grandes priorités régionales.

C'est ainsi qu'en Île-de-France, si nous avons des indicateurs sanitaires globalement favorables, nous avons mis en évidence de fortes inégalités infrarégionales socio-économiques et de santé. Ces indicateurs étaient pour beaucoup d'entre eux appréciés au niveau départemental, mais les travaux conduits en lien avec l'observatoire régional de santé et l'analyse réalisée en interne par les équipes de la direction de la stratégie permettaient, pour certains critères, d'avoir une appréciation plus fine au niveau des territoires infra départementaux voire au niveau de communes ou d'in-

<sup>9</sup> Ancien article L. 6121-1 du code de la santé publique, abrogé au 1<sup>er</sup> juillet 2010.



tercommunalités. Ce diagnostic nous aura été utile ensuite pour cibler les politiques de santé publique en fonction de la prévalence des pathologies observées et pour prioriser certaines actions auprès des populations dont l'état de santé était le plus fragile. L'objectif de réduction des inégalités de santé dans la région pouvait ainsi être affirmé après s'être nourri de ce diagnostic global qui était jusqu'alors inexistant.

L'analyse de l'offre de santé ne se limitait pas seulement aux soins mais mettait en évidence l'insuffisante cohérence des actions de prévention et de promotion de la santé conduite jusqu'alors ainsi que, par exemple, la distorsion importante de subventions accordées aux différents départements sans justification liée aux différences d'état de santé. Concernant l'offre de soins, c'est là aussi une appréciation globale de l'offre ambulatoire, hospitalière et médico-sociale qui était identifiée permettant de mettre en évidence les disparités territoriales particulièrement en offre de soins de premier recours.

Le premier plan stratégique était complété par trois schémas opérationnels : la prévention (avec le schéma régional de prévention), les soins hospitalier et ambulatoire (avec le schéma régional d'offre de soins), le médico-social (avec le schéma régional d'offre médico-sociale). Si ces documents reprenaient un cloisonnement critiqué précédemment, c'est essentiellement dans l'organisation interne de chaque agence que l'appréhension de ces différents champs a pu trouver sa cohérence. Si chaque agence a pu organiser ses services en toute autonomie, le fait de pouvoir appréhender les différents sujets au sein d'équipes organisées de manière transversale et se côtoyant régulièrement a permis d'assurer une meilleure fluidité entre les différents modes de prise en charge des soins. En même temps qu'étaient publiés les travaux du HCAAM<sup>10</sup>, cette organisation aura grandement permis de promouvoir l'organisation de « parcours de santé (ou de soins) ».

Même si le travail plus transversal au sein des équipes réduisait les effets néfastes d'un cloisonnement des démarches, la présentation de trois schémas régionaux distincts maintenait un risque d'isolement de chaque secteur d'intervention. La loi de modernisation de notre système de santé de janvier 2016 a modifié la présentation du projet régional de santé en dissociant un cadre d'orientation stratégique dont l'objet est de « *déterminer des objectifs généraux et les résultats attendus à dix ans* » et un schéma régional de santé établi pour cinq ans déterminant « *pour l'ensemble de l'offre de soins et de services de santé, y compris en matière de prévention, de promotion de la santé et d'accompagnement médico-social, des prévisions d'évolution et des objectifs opérationnels* ».

Ainsi les ARS disposent-elles aujourd'hui de deux documents qui leur permettent de s'inscrire dans une démarche de plus long terme tout en identifiant les actions à mettre en œuvre pour réduire les inégalités sociales et territoriales en matière de santé, améliorer l'accès des personnes les plus démunies à la prévention et aux soins, renforcer la coordination, la qualité, la sécurité, la continuité et la pertinence des prises en charge sanitaires et médico-sociales ainsi que l'organisation des parcours de santé<sup>11</sup>.

<sup>10</sup> Voir l'avis du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie adopté à l'unanimité le 22 avril 2010 « Vieillesse, longévité et assurance maladie – Constats et orientations ». « *Il faut une approche globale de l'offre des secteurs sanitaire et médico-social, qui permette de faire face aux considérables disparités d'équipement sur le territoire.* » « *...le grand âge met en évidence, comme le ferait un instrument d'optique grossissant, un point de fragilité fondamental de l'organisation des soins : son insuffisante transversalité autour de chaque personne malade.* »

<sup>11</sup> Voir article L. 1434-2 du code de la santé publique.

## Une meilleure prise en compte des spécificités territoriales

Avec la création des ARS, la notion de territoire de santé a pris une dimension elle aussi plus globale. Jusqu'alors périmètre au sein duquel étaient définis « les objectifs quantifiés de l'offre de soins » concernant l'offre hospitalière annexée au SROS, la notion de territoire n'était pas retenue concernant l'offre médico-sociale ni, à plus forte raison, l'offre ambulatoire ou pour organiser la réponse aux besoins de santé publique.

Ces territoires de santé vont devenir des lieux d'expression de la démocratie sanitaire avec la création dans chaque territoire de santé d'une conférence de territoire, devenue après la loi de 2016, conseil territorial de santé, composée d'élus, de représentants des usagers et des représentants des différentes catégories d'acteurs de santé. Ces conseils territoriaux de santé appelés à se prononcer sur le contenu du PRS et à assurer la cohérence entre les préoccupations locales et les orientations régionales jouent un rôle important dans le suivi des enjeux locaux pour peu que les agences prennent réellement la peine de les informer des projets ou de les associer aux décisions qu'un directeur général est parfois obligé de prendre concernant notamment l'offre de soins – sujet toujours très sensible – et à condition aussi que les différents représentants et notamment des élus participent réellement aux travaux auxquels ils sont conviés.

L'implication des élus locaux et, d'une manière générale, des collectivités territoriales, a été de plus très importante à travers la signature avec l'agence régionale et la mise en œuvre de contrats locaux de santé. Ces contrats signés avec des communes ou des groupements de communes portent sur « *la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social.* »

Ces territoires de santé ont, jusqu'en 2016, délimité à la fois le périmètre de démocratie sanitaire et le périmètre dans lequel s'organisait l'offre de soins et médico-sociale. La loi de modernisation de notre système de santé de janvier 2016<sup>12</sup> a dissocié deux modes d'organisation territoriale : le territoire de démocratie sanitaire d'une part et les zones donnant lieu à la répartition des activités et des équipements sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Si une part de l'offre doit être organisée au sein du territoire de démocratie sanitaire, notamment lorsqu'il s'agit de l'offre de premier recours, la répartition de certains équipements ou de certaines activités de soins doit être appréciée parfois à un niveau plus large, l'essentiel étant d'assurer à l'ensemble de la population de bonnes conditions d'accès à ces activités.

La loi de 2016 a conforté la démarche territoriale en prévoyant que dans chaque territoire devait être établi un « *diagnostic territorial partagé* » ayant pour objet « *d'identifier les besoins sanitaires, sociaux et médico-sociaux de la population concernée en s'appuyant sur des données d'observation* » et d'identifier « *les insuffisances en termes d'offre, d'accessibilité, de coordination et de continuité des services sanitaires, sociaux et médico-sociaux* » et s'appuyant notamment sur les projets des équipes de soins primaires<sup>13</sup> et des communautés professionnelles territoriales de santé<sup>14</sup>.

<sup>12</sup> Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

<sup>13</sup> Les équipes de soins primaires sont définies à l'article L. 1411-11-1 du code de la santé publique.

<sup>14</sup> Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) sont définies à l'article L. 1434-12 du code de la santé publique.



La loi de juillet 2019<sup>15</sup> a encore renforcé cette démarche en élargissant les documents appelés à contribuer au diagnostic territorial et prévoyant que celui-ci s'appuie aussi sur les projets médicaux partagés des groupements hospitaliers de territoires (GHT) et prenne en compte les projets médicaux des établissements de santé privés et les projets d'établissement des établissements et services médico-sociaux. Ce diagnostic territorial devant donner lieu à l'établissement de projets territoriaux de santé<sup>16</sup>.

## Un renforcement de la démocratie sanitaire

Avec la création des ARS, nous sommes passés d'une organisation administrative des services de l'État à un établissement public doté d'une instance de gouvernance. Par ailleurs, la concertation avec les différents acteurs du système de santé a été renforcée.

Les ARS sont dotées d'un conseil de surveillance, présidé par le préfet de région, et composé de représentants de l'État, des organismes d'assurance maladie, d'élus locaux et de représentants d'usagers. Ce conseil de surveillance approuve le budget de l'agence, émet un avis sur le projet régional de santé, sur le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens que l'agence signe avec le ministère.

Avec les conseils territoriaux de santé que nous avons déjà évoqués, c'est surtout la conférence régionale de santé et de l'autonomie (CRSA) qui assure un contrôle permanent sur les choix politiques que fait l'agence. Sa fonction est certes uniquement consultative. Cependant, composée de représentants de collectivités territoriales, d'usagers des conseils territoriaux de santé, des organisations représentatives des salariés et des professions indépendantes, des organisations professionnelles d'employeurs représentatives au niveau national et interprofessionnel, des professionnels du système de santé, des organismes gestionnaires des établissements et services de santé et médico-sociaux ainsi que des organismes de protection sociale, la CRSA est en position d'interpeller quasiment en permanence le directeur général de l'agence pour peu que ses responsables s'investissent réellement dans les dossiers qui font l'actualité de la région.

## Une procédure de concertation avec les élus

Certaines décisions prises par des directeurs généraux d'agence concernant l'organisation de l'offre de soins hospitaliers et conduisant notamment à la fermeture de maternités, sujet toujours très sensible, ont conduit des élus à contester le rôle des agences, voire même à en demander la suppression et le retour à une organisation de l'offre de soins placée sous la responsabilité des préfets<sup>17</sup>. Lorsqu'un service hospitalier n'assure plus la sécurité de la prise en charge de patients ou de parturientes par absence ou insuffisance de médecins, le fait que la responsabilité de trouver une solution soit transférée au représentant de l'État dans la région ou le département n'aurait

15 Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation de notre système de santé.

16 Article L. 1434-10 du code de la santé publique.

17 Voir article de Libération du 9 avril 2019 : « Les Agences régionales de santé menacées ? ».

sans doute pas changé grand-chose. La perspective d'un retour à une organisation ancienne du pilotage régional du système de santé a heureusement été écartée.

L'expérience montre d'ailleurs qu'un travail très en amont des décisions, effectué par le directeur général de l'agence lui-même avec les élus, a permis l'évolution des structures dans la compréhension de la nécessaire qualité et sécurité des soins (Privas, Die ou Clermont de l'Oise). Des contre-exemples malheureux de l'intervention de l'échelon national (Guingamp ou Creil) renforcent l'importance de l'autonomie de l'échelon régional dans ses liens avec les élus.

Comme nous l'avons déjà souligné, les instances de dialogue et de concertation avec les différents acteurs concernés sont, au sein d'une ARS, déjà particulièrement nombreuses (conseil de surveillance, CRSA et ses commissions internes, conseils territoriaux de santé) comparativement à ce qui existe dans la mise en œuvre de beaucoup d'autres politiques publiques. Pour renforcer encore le dialogue démocratique sur les questions de santé, la loi de juillet 2019 a prévu une procédure de concertation dans chaque département avec les élus concernés « sur l'organisation territoriale des soins »<sup>18</sup>. Au moins une fois par an, et de manière plus fréquente éventuellement à la demande des élus, cette concertation leur permet d'interpeller le directeur général de l'agence ou le directeur de la délégation départementale.

### III – DE NOUVEAUX OUTILS MIEUX ADAPTÉS AUX ENJEUX

#### Un recueil de signaux et alertes centralisé

La responsabilité donnée dès l'origine aux directeurs généraux d'agences d'informer « *sans délai le représentant de l'État territorialement compétent ainsi que les élus territoriaux concernés de tout événement sanitaire présentant un risque pour la santé de la population ou susceptible de présenter un risque de trouble à l'ordre public* »<sup>19</sup> a conduit les ARS à se doter rapidement d'une procédure structurée de recueil des signaux et alertes avec la création d'une plateforme régionale de veille et d'urgence sanitaire.

L'obligation pour les divers acteurs de santé de déclarer tous les événements indésirables graves, mais aussi l'identification de tout incident susceptible d'avoir sur la population des effets néfastes pour la santé ou révélant un sujet mettant en évidence un problème sanitaire, ont été facilitées, grâce à la mise en place dans chaque agence d'une plateforme unique réceptionnant et analysant tous ces signalements en lien avec les cellules inter-régionales d'épidémiologie (CIRE), chargées de l'investigation et de l'évaluation des signaux et avec les cellules de veille, d'alerte et de gestion sanitaire (CVAGS) chargées de coordonner les mesures de gestion de crise mises en œuvre ; ces actions étant assurées en lien avec Santé publique France pour l'analyse et avec le CORRUSS pour l'appui technique.

<sup>18</sup> Article L. 1434-15 du code de la santé publique.

<sup>19</sup> Article L. 1435-1 du code de la santé publique.



## Un financement plus global des différentes actions

Il est rapidement apparu, lorsque les ARS ont commencé à avoir une appréhension plus globale des politiques à mettre en œuvre au niveau régional, que les mécanismes de financement dont elles disposaient étaient aussi éclatés que l'étaient les services qui avaient fonctionné avant leur création. Elles disposaient de crédits fléchés répondant à des objectifs précis : un fonds pour financer la permanence des soins, un autre pour financer la coordination, un fonds pour accompagner les restructurations hospitalières, un fonds pour les actions de prévention et de santé publique, etc...

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 a créé le fonds d'intervention régional (FIR) regroupant dans un premier temps tous ces fonds épars auxquels ont été ajoutés dès 2013 les crédits des actions contractualisées contenues dans les financements des MIGAC<sup>20</sup> pour les établissements de santé.

Il s'agit là d'une avancée significative dans la déconcentration, permettant d'adapter des politiques de santé en région et de soutenir l'innovation. Cet outil est réellement à la main des directeurs généraux d'agence, tout en respectant les thèmes éligibles définis au niveau national. Il permet de mettre en œuvre de façon plus fine les actions (exemple de la PDSA ou des contrats locaux de santé).

Chaque année, la circulaire budgétaire élargit le périmètre des actions susceptibles d'être financées par ce fonds<sup>21</sup>, lui assignant ainsi des dépenses nouvelles non financées par ailleurs. Cette « bouffée d'air frais » est malheureusement trop souvent reniée par les directions du ministère car elle leur échappe totalement. En témoigne le faible montant de l'évolution du fonds (1 % en 2020) comparé à l'évolution de l'objectif national des dépenses de santé (+2,5 %)<sup>22</sup> contraignant de nombreux directeurs d'ARS à limiter voire revenir sur des actions régionales.

## De nouveaux outils de contractualisation avec les acteurs de santé

D'une manière générale, la mise en œuvre des politiques de santé passe par de la contractualisation plus ou moins forte entre les acteurs et les pouvoirs publics. Que ce soit entre les acteurs de premiers recours qui conventionnent avec l'assurance maladie, les établissements de santé ou médico-sociaux qui signent des conventions d'objectifs et de moyens avec les ARS, ces conventions ou contrats définissent les obligations respectives des parties et assurent notamment les financements des actions conduites.

La mise en évidence des spécificités territoriales concernant l'état de santé de la population ou l'offre de soins nécessite que l'engagement des acteurs s'adapte à ces spécificités et que les ARS puissent ajuster les réponses. Une convention médicale nationale définit les grandes orientations pour l'ensemble du pays mais ne peut répondre aux particularités liées aux difficultés particulières d'installations profes-

20 Missions d'intérêt général et d'actions contractualisées financées pour les établissements de santé.

21 Le cadre général des actions financées par le FIR est défini à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique.

22 La première année, en 2012, le montant du FIR était de 1,5 Mds€. En 2013, en y introduisant les crédits des AC, il est passé à 3,3 Mds€. Pour 2020, la loi de financement de la sécurité sociale l'a fixé à 3,5 Mds€ soit une augmentation en 8 ans d'un peu plus de 6 % alors que dans la même période l'ONDAM augmentait de 17 %.

sionnelles ou à des modalités d'exercice différents dans un territoire urbain très dense et dans une zone rurale où la population est disséminée.

Le cadre législatif et conventionnel a progressivement évolué, depuis 2010, pour permettre que des mesures concernant par exemple l'aide à l'installation des professionnels ou le soutien à des projets portés par les acteurs eux-mêmes se mettent en œuvre dans le cadre d'une contractualisation avec les ARS. De la création de plateformes territoriales d'appui aux parcours de soins complexes à la mise en place plus récente de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), les agences ont aujourd'hui la possibilité juridique de reconnaître et de valider des projets portés par les acteurs et remontant du terrain. Ils n'ont pas toujours pour autant la possibilité d'en assurer le financement à hauteur des besoins, lorsque les sommes allouées doivent reposer sur le fonds d'intervention régional dont nous avons déjà souligné combien il restait limité au regard des missions qui lui sont imposées par les directives nationales.

## CONCLUSION

Dix ans après leur création, les agences régionales de santé répondent bien aux objectifs que le législateur leur avait assigné. Elles ont certainement encore à approfondir leurs missions et leurs organisations pour mieux répondre à un besoin d'adaptation des réponses sanitaires et d'offre de soins aux réalités différentes selon les territoires et ainsi réduire les inégalités d'état de santé et d'offre de soins. L'élargissement de leur périmètre géographique représente un défi qui n'est pas encore totalement abouti, mais le système très intégré des ARS entre siège et territoire est adapté. Les difficultés de gouvernance entre les échelons régionaux et départementaux que rencontrent les services de l'État pour une mise en œuvre efficiente des politiques dont ils sont dépositaires, montre à quel point le « modèle » ARS est pertinent.

Si le renforcement du pilotage de notre système de santé au niveau régional est bien avancé, il n'a, en revanche, pas été suffisamment pris en compte au niveau central que ce soit au sein du ministère ou dans les relations entre l'État et l'assurance maladie. C'est à ce niveau-là que la réforme reste à poursuivre. Il ne faut donc pas freiner cette évolution d'une administration moderne mais aller résolument plus fortement et plus vite dans l'accomplissement optimal du modèle de déconcentration que les ARS incarnent.