

ARS : avec qui, comment, et pour quoi faire ?

Début 2008, constatant « les limites de l'organisation actuelle de notre système de santé », un rapport gouvernemental préconisait un pilotage unifié de la santé au niveau régional, via la création des Agences régionales de santé (ARS). Des agences dont le périmètre d'intervention serait très large, allant de la gestion de l'hôpital à celle de la santé publique, en passant par la gestion de médecine libérale et du secteur médico-social. Reste à savoir avec qui et comment piloter ces futures ARS, et ne pas omettre de les doter des compétences nécessaires à l'exercice de leurs responsabilités...

Le problème posé

La création des ARS a pour objet de définir et de mettre en œuvre une politique de santé cohérente, autrement dit d'analyser les besoins sanitaires, médico-sociaux et sociaux, via le prisme propre à une démarche de santé publique. À condition de disposer des ressources humaines, matérielles et financières pour y faire face, d'organiser le pilotage de ses activités. Et d'évaluer ses résultats.

Cette politique, qui s'appuie sur des compétences techniques variées, associe des intervenants multiples, les dote d'un cadre juridique précis et de méthodes d'évaluations régulières... en outre, une définition nationale claire est indispensable pour permettre une mise en œuvre régionale efficace. **Cette énumération de conditions et de prérequis donne la mesure de la mobilisation à mener et des obstacles à surmonter, dans un contexte durablement établi de difficultés des comptes publics, d'endettement massif, de situation précaire des établisse-**

ments de santé et d'intérêts matériels divergents des nombreux acteurs de santé.

Il est donc **urgent de choisir une voie rénovée d'organisation régionale** : un échelon régional unifié permettrait une approche pragmatique et efficace, évitant de rajouter en complexité et en coordination, toujours coûteuses et aléatoires. Une politique sanitaire et sociale performante à l'échelon national est une condition indispensable à la mise en œuvre réussie des applications régionales qui seront confiées aux ARS.

À SAVOIR

De l'ambiguïté des mots

En droit, le terme de « régionalisation » renvoie à la notion de décentralisation et de transfert de compétences vers la région, mais sous son acception commune, il caractérise l'échelon régional comme le niveau d'appréciation des problématiques, sans préjuger du partage de responsabilités.

Gestions directe et déléguée, déconcentration et décentralisation se mélangent donc, les collectivités territoriales n'ayant que peu de compétences (PMI, lutte contre la tuberculose, le cancer et la lèpre, dispensaires antivénériens pour les départements, services communaux d'hygiène et de santé). Le savant mélange des deux, riche en lois et règlements sur le plan des relations entre l'État et les collectivités territoriales, ne répond pas à l'objectif de proximité.

Ce qui fait débat

La France est parmi les pays qui dépensent le plus pour la santé par habitant. Pourtant, les constats des carences de son système de santé sont légions : structures de soins inadaptées, équipements insuffisants ou surévalués, imperfections d'un système répondant inégalement aux besoins de chacun... Question : combien d'échelons de pilotage faut-il prévoir dans ce dispositif, quelle place assigner à chacun pour éviter les redondances, les pertes d'énergies et les inadaptations ?

À SAVOIR

L'ARH dans son rôle

L'article L. 6116-1 du Code de la santé stipule notamment : « Dans chaque région et dans la collectivité territoriale de Corse, une agence régionale de l'hospitalisation a pour mission de définir et de mettre en œuvre la politique régionale d'offre de soins hospitaliers, d'analyser et de coordonner l'activité des établissements de santé publics et privés, de contrôler leur fonctionnement et de déterminer leurs ressources... ».

Le Préambule de la Constitution de 1946 (rappelé en 1958) proclame : « la Nation garantit à tous la protection de la santé ».

Ce principe doit trouver son application concrète en termes de droits, de garanties, de qualité des soins et des services. La santé de la population relève de la responsabilité et de la compétence de l'État, ce que confirme le code de la santé publique.

Le service public a pour mission de satisfaire les besoins d'intérêt général. L'État doit garantir le principe d'égalité et assurer l'évaluation et le contrôle, y compris pour les compétences transférées aux collectivités territoriales. L'objectif premier d'un service public de santé publique – il faut un service public performant pour atteindre l'objectif de santé publique – est de **prendre l'ensemble des mesures permettant de favoriser le meilleur état de santé possible de toute la population.**

L'approche de la loi de santé publique est intéressante dans son principe de définition d'objectifs sanitaires et de critères d'évaluation pour vérifier les résultats. Le nombre d'orientations fixées peut cependant interpeller : il est difficile de ne pas mentionner toutes les pathologies, sauf à les hiérarchiser. Mais multiplier les priorités dilue l'action. À l'inverse, l'accent mis sur une grande cause – comme, récemment, la lutte contre le cancer ou la maladie d'Alz-

heimer – est positif mais pose en corollaire une autre question : comment éviter des effets de substitution, le redéploiement de moyens déplaçant les problèmes d'une pathologie à une autre, laissant alors d'autres fléaux en recrudescence ?... Au-delà, comment faire en sorte que la politique de santé ne soit pas seulement une politique de soins ? **Comment traduire cette préoccupation dans la réflexion sur les ARS ?**

L'enchevêtrement actuel des responsabilités ne se prête pas à cette application des principes... notre système de santé est particulièrement complexe :

- l'État : Préfet de région, Drass, préfet de département, DDASS, interviennent à divers niveaux, en parallèle ou au sein de l'ARH, mais aussi pour le contrôle de légalité des établissements sociaux et médico-sociaux, à travers les corps d'inspection et de contrôle ;
- les collectivités territoriales – régions et départements – au titre de leurs missions, dont la formation pour la région, et comme financeur ou tarificateur, ont une place étendue, selon des périmètres de compétences déterminés par le législateur ;
- les institutions spécialisées nationales et régionales : Haute autorité de santé, ARH, Haut conseil de la santé et conférences de santé, comités de l'organisation sanitaire et sociale, ordres...

La position de la CFDT

La mise en œuvre d'un pilotage régional suppose des moyens d'actions correspondants et cela passe par la définition législative de la compétence et de l'autorité confiées aux ARS dans la future organisation. Le pilotage doit se faire dans un cadre précisé pour toutes les régions, permettant la comparabilité et l'évaluation (confiée à un organisme expert indépendant ou à la Haute autorité de santé) de toutes les actions entreprises.

La contractualisation – L'organisation de l'offre et le contrôle de son fonctionnement réglementaire et financier par une agence régionale de santé (ARS) pourrait passer par un contrat de santé État/région.

À cette fin, l'ARS négocierait des contrats avec les professionnels. Selon les priorités retenues régionalement, les professionnels passeraient des contrats d'objectifs et de moyens, individuels ou collectifs avec l'ARS. La contractualisation **permet d'explicitier des choix** et s'assortit d'une marge de négociation et d'association des acteurs, mêmes inscrites strictement dans le cadre de référence de la planification sanitaire, sociale et médico-sociale. La contractualisation est concevable avec les médecins libéraux, pour les conditions d'installation et d'exercice, dans la participation à la permanence des soins, ou encore dans la définition des revenus ou du niveau d'activité.

La contractualisation externe avec l'ARS est à compléter par celle qui doit se structurer et se développer entre les établissements et structures du territoire et par la contractualisation interne à chaque établissement avec les pôles d'activités.

Éviter les ruptures de prise en charge –

Une autre question majeure est l'articulation entre les activités : articulation interne des différents segments du système hospitalier et articulation du système hospitalier avec les

autres secteurs de prise en charge. Les discontinuités, les chevauchements, les redondances et les ruptures de prise en charge sont générateurs de coûts évitables, de pertes de chance et de dysfonctionnements.

L'impulsion d'**une nouvelle logique territoriale recherche des formes d'organisation et de coopération pour répondre aux besoins**, avec un accroissement des collaborations :

● **une définition plus structurée des collaborations médicales et soignantes**, autour de la logique de réseaux par l'utilisation de conventions de coopération ;

● **une gestion commune des activités**, en complément de la tarification à l'activité, afin d'éviter des effets préjudiciables à la qualité des soins, ou des concurrences qui seraient coûteuses pour la collectivité ;

● **l'encouragement des coopérations** entre établissements, services et professionnels libéraux, pour tendre vers des regroupements de gestion ;

Des prises en charge successives peuvent être isolément adaptées, alors qu'il n'est pas correctement répondu au besoin sanitaire de l'individu, ni à celui de santé publique.

Le regard global implique alors une coordination des institutions, qui nécessite le rapprochement des structures hospitalières, médico-sociales et sociales sur un territoire de santé. C'est pourquoi l'évaluation de la qualité des soins et des prises en charge doit être

À SAVOIR

Des ARH aux ARS...

Le bilan des agences régionales de l'hospitalisation (ARH) permet de définir avec plus de pertinence les objectifs que l'on peut dresser pour définir les missions à assigner aux futures ARS. Parmi les propositions opérationnelles, on peut retenir :

- Renforcer l'intégration et la mise en cohérence des divers schémas ;
- Sros, Priac, Schémas gérontologiques départementaux, plan régional de santé publique, etc. ;
- Harmoniser et simplifier les procédures – autorisations, contrôles de conformité, calendriers, etc. – et obtenir le respect des échéances budgétaires ; .../...

► portée à ce niveau plus global pour être pleinement pertinente : **l'audit du fonctionnement de chacune des structures sanitaires reste une obligation impérieuse.**

De même, les choix de redistribution des activités entre les établissements d'une même région (reconversions d'activités, redéploiements de personnels et de ressources...) devront être accompagnés et il faudra inciter, notamment financièrement, les établissements et des structures (en particulier publiques) à coopérer pour améliorer les performances et la continuité des prises en charge.

Cette **action de correction des disparités** nécessite les moyens adaptés d'intervention et d'organisation pour les activités libérales faute de quoi toute possibilité sera illusoire.

Les critères de sélection des activités – Les priorités de santé publique et l'organisation de l'offre de soins, ainsi que les réponses apportées aux problèmes sociaux et médico-sociaux, doivent être explicitées.

L'évolution maîtrisée des dépenses passe par la définition précise d'orientations de santé publique à financer, et non la distribution d'allocations réservées au seul secteur curatif de la santé. Ce qui nécessite :

- **une approche fondée sur la notion de service à la population**, organisé selon des choix politiques clairement exprimés et assumés dans la durée ;

- **la complémentarité des structures et des professionnels** sanitaires, sociaux et médico-sociaux organisée selon une gestion au plus près des populations ;

- **un projet intégrant les moyens**, financiers, techniques et humains ;

- **une politique contractuelle** fondée sur des engagements réciproques et une évaluation.

Pour la Fédération CFDT santé-sociaux, les modalités régionales d'allocation des ressources n'ont de sens qu'au service d'une politique de santé performante, fondée sur l'évaluation des besoins et l'organisation territoriale de l'offre. Mais le cadre régional, utile pour servir aux procédures, n'est le plus pertinent que si les écarts interrégionaux sont corrigés. Historiquement, les enveloppes régionales ont résulté d'agrégations annuelles successives, sans vérification, ni correction réelle de ces écarts : la mise en place des diverses méthodes d'allocation des ressources s'est bornée à une logique de reconduction, d'autant que sous le régime du taux directeur et de la dotation globale, la base historique tenait lieu de critère.

In fine, **la nouvelle organisation du pilotage régional** repose sur des objectifs qui peuvent être largement consensuels, mais dont **la mise en application ne se fera pas sans modifications comportementales des acteurs de santé et sociaux.**

Les multiples procédures ne remplaceront jamais une organisation équilibrée grâce au comportement responsable des professionnels de santé.

La réforme du pilotage régional sera une opération complexe : il faudra du courage politique pour imposer des choix conformes à l'intérêt général mais contrariant de nombreux intérêts particuliers. Il est nécessaire de réaliser rapidement les inflexions nécessaires, au risque de voir la réforme des ARS compromise.

Les bilans et les diagnostics ont été faits : il n'y a nul besoin d'audits supplémentaires. Et l'hôpital n'est pas en mesure de reprendre à nouveau, sans risques, le chemin d'un bouleversement de structures qui retarderait son adaptation.

À SAVOIR

Des ARH aux ARS...(suite)

- Organiser une plus grande disponibilité des effectifs médicaux et paramédicaux, pour éviter les pénuries à la fois sectorielles et géographiques ;
- Confier à un établissement public de référence sur un territoire la responsabilité d'animation (hors CHU) pour les coopérations prioritaires ;
- Favoriser les regroupements d'établissements publics, sanitaires, sociaux, médico-sociaux sur un territoire ;
- Définir la taille optimale des établissements, au regard de la typologie des missions par niveau (proximité, recours, universitaire) ;
- Donner une priorité plus importante à la réponse au vieillissement de la population, en termes d'offre et de financement ;
- Évaluer et adapter la politique de santé ;
- Évaluer les pratiques professionnelles et les organisations par une nouvelle procédure de certification.