



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DE LA SANTÉ
DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

**RAPPORT SUR LA CREATION
DES AGENCES REGIONALES DE SANTE
(ARS)**

présenté à Madame Roselyne BACHELOT-NARQUIN
Ministre de la santé, de la jeunesse et des sports

par Philippe RITTER

Préfet honoraire

JANVIER 2008

SOMMAIRE DU RAPPORT

INTRODUCTION	1
SYNTHESE DU RAPPORT	3
I. LES LIMITES DE L'ORGANISATION ACTUELLE DE NOTRE SYSTEME DE SANTE RENDENT NECESSAIRE UN PILOTAGE TERRITORIAL UNIFIE ET RESPONSABILISE	8
1.1. Notre système de santé repose sur une organisation robuste mais éclatée entre de multiples acteurs.....	8
1.2. Si les performances globales sont bonnes, plusieurs points sont préoccupants	10
1.2.1. Les indicateurs de santé de notre pays sont favorables, mais les marges de progression sont significatives, notamment en matière de mortalité évitable et d'inégalités	10
1.2.2. La croissance rapide des dépenses est peu corrélée à l'amélioration de notre santé, peu maîtrisée et finalement peu soutenable.....	12
1.3. Les limites de notre système de santé tiennent pour une large part à des problèmes d'organisation institutionnelle et d'insuffisance d'outils	12
1.3.1. L'organisation de notre système de santé est trop cloisonnée et répartit mal les responsabilités, en particulier au niveau territorial	13
1.3.2. Chaque secteur présente en outre des difficultés spécifiques.....	15
1.3.2.1. La veille et la sécurité sanitaires.....	15
1.3.2.2 La prévention et l'éducation à la santé	16
1.3.2.3. Les soins de ville et les soins hospitaliers	16
1.3.2.4. Le secteur médico-social	17
1.3.3. Au-delà des difficultés institutionnelles, les outils mis à disposition des acteurs sont perfectibles	18
1.3.4 L'évolution des métiers nécessaires au bon fonctionnement du système de santé suppose une réflexion approfondie sur les pratiques et les compétences.....	21
1.4. Ce diagnostic montre la nécessité d'une réforme du pilotage régional de notre système de santé, qui doit être unifié et responsabilisé	21
1.4.1. La nécessité d'un pilotage unifié au niveau régional.....	22
1.4.2. La nécessité d'un pilotage plus responsable, tant des politiques de santé que de leur efficience	22
II. LES SCENARIOS POSSIBLES POUR LA CREATION DES AGENCES REGIONALES DE SANTE.....	24
2.1. Quelles orientations stratégiques pour les ARS ? Que peut-on attendre des ARS ?	24
2.1.1. Améliorer l'efficacité des politiques de santé	24
2.1.2. Améliorer l'efficience du système de santé	24
2.1.3. Quatre idées clés au service de ce projet politique.....	24
2.2. Quel périmètre pour les ARS ?.....	25
2.2.1. Soins ambulatoires et soins hospitaliers : une continuité indispensable, qui reste à construire	25
2.2.2. Secteur médico-social : fluidifier les parcours de soins et accompagner le rééquilibrage de l'offre de soins au profit du médico-social	27
2.2.3. Prévention et éducation à la santé : mieux coordonner le préventif et le curatif pour territorialiser les politiques de santé	28
2.2.4. Veille, sécurité sanitaires et gestion des crises sanitaires : une meilleure efficacité par un partage des rôles simplifié entre l'ARS et le	30
préfet de département.....	30
2.2.5. Les formations, un outil nécessaire	31
2.3. Quels outils pour les ARS ?.....	31
2.3.1 Principes généraux	31

2.3.2 Les outils d'organisation de la prévention et des soins	32
2.3.2.1 Un outil global de planification.....	32
2.3.2.2 La structuration de l'offre de soins dans le secteur ambulatoire	32
2.3.2.3 L'organisation de l'offre hospitalière.....	33
2.3.2.3 L'organisation de l'offre de soins médico-sociale	34
2.3.3 Les outils de financement et de tarification	34
2.3.4 Les outils pour améliorer l'efficacité de l'offre de soins	36
2.3.4.1 L'efficacité dans le domaine ambulatoire	36
2.3.4.2 L'efficacité des établissements de santé et médico-sociaux	36
2.3.5 Un objectif régional indicatif des dépenses d'Assurance maladie ?	37
2.3.6. Les systèmes d'information : un point nodal	37
2.3.7 Plusieurs conditions à remplir pour une mise en œuvre efficace de ces outils.....	38
2.4. Quel statut juridique pour les ARS et quel statut pour les personnels ?	39
2.4.1. Le statut des ARS doit répondre à plusieurs exigences.....	39
2.4.2. Etablissement public : une option robuste, mais nouvelle pour les agents.....	39
2.4.3. Groupement d'intérêt public : une option plus ouverte, mais présentant moins de garanties	40
2.4.5. Statut des personnels : les points essentiels	40
2.5. Quelle gouvernance pour les ARS ?	41
2.5.1 Les objectifs de la gouvernance	41
2.5.2 Un exécutif fort, resserré autour du directeur	43
2.5.3 Un organe d'orientation et de suivi : le Conseil.....	44
2.5.4 Une instance de démocratie sanitaire : la Conférence régionale de santé	44
2.6. Quelle organisation pour les ARS ?	45
2.6.1. L'organisation doit assurer, en priorité, l'efficacité des agences	45
2.6.2. Une organisation interne tournée vers l'efficacité et la cohérence des politiques menées.....	45
2.6.2.1. Des pôles sectoriels.....	46
2.6.2.2. Des pôles transversaux.....	46
2.6.3. Les ARS doivent disposer de relais territoriaux pour mener une action de proximité.....	47
2.7. Quelles conséquences pour les services territoriaux de l'Etat et de l'Assurance maladie ?	47
2.8. Quelle organisation au niveau national ?.....	48
2.8.1. L'évolution du niveau central conditionne le succès de la mise en place des ARS	48
2.8.2 Les missions et compétences qui doivent relever du niveau central	48
2.8.3 Trois scénarios envisageables d'évolution du niveau central.....	49
2.8.3.1 Un scénario de coordination renforcée du niveau central	49
2.8.3.2 Un scénario de coordination renforcée et d'unité de décision.....	49
2.8.3.3 Un opérateur central de santé	50
III. PREMIERES ORIENTATIONS POUR LA MISE EN ŒUVRE DE LA REFORME.....	52
3.1. La mise en place des ARS constitue une réforme majeure, qui impose un plan d'action ambitieux	52
3.2. Ce plan d'action requiert un important dispositif de pilotage.....	52
3.2.1. Le succès de la réforme dépend de plusieurs conditions.....	52
3.2.3. Un Comité stratégique ministériel de suivi de la réforme.....	53
3.2.4. Un « secrétaire général en mission » pour diriger la réforme, avec	53
l'appui d'une équipe de mission	54
3.2.5. Des chefs de file au sein des services et des cellules transversales pour préparer les textes et les actions à	54
mener	54
3.3. Un calendrier très serré est à respecter pour mettre en place les ARS en 2009.....	57
IV. RECAPITULATIF DES SCENARIOS ENVISAGEABLES ET DES RECOMMANDATIONS	58

INTRODUCTION

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.

A 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'Etat, 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).

Le Président de la République et le Premier ministre ont demandé à madame Roselyne BACHELOT-NARQUIN, ministre de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, de mettre en place les agences régionales de santé. La ministre m'a chargé de constituer une mission pour préparer leur création, en m'appuyant prioritairement sur une large concertation avec l'ensemble des acteurs concernés.

Issu de cette concertation, menée avec les élus, les responsables des ministères concernés et de l'Assurance maladie, ainsi qu'avec des représentants des professionnels de santé et des usagers, mais aussi de nombreux rapports et contributions écrites, ce rapport présente une synthèse des travaux de la mission.

Son contenu et ses recommandations ont fait l'objet en particulier de discussions régulières avec un groupe de travail composé de représentants de l'UNCAM et de chacune des directions d'administration concernée, et avec le Comité de pilotage de la réforme, présidé par la ministre, regroupant, au-delà du ministère, des parlementaires, des représentants des ministères de l'Intérieur, du Travail et du Budget, ainsi que des représentants de chacun des régimes d'Assurance maladie.

Le rapport a trois objectifs principaux :

à partir d'un diagnostic partagé, établir les raisons pour lesquelles une réforme du pilotage territorial du système de santé est nécessaire et à quelles conditions elle pourrait être efficace ;

proposer des scénarios pour la création des ARS, en analysant leurs finalités, leur périmètre et l'ensemble de leurs modalités de fonctionnement et en présentant les avantages et les inconvénients des différentes options envisageables ;

identifier les conditions de succès de la mise en œuvre de la réforme et proposer les grandes lignes de la démarche à adopter.

Les propositions du rapport s'inscrivent dans le cadre plus général de la démarche de révision générale des politiques publiques.

La réforme de 1996 créant les ARH a constitué une première étape, qu'il convient désormais de parachever et de dépasser. La création des ARS, reposant sur une coopération ordonnée entre l'Etat et l'Assurance maladie, constitue une des plus importantes réformes institutionnelles de ces dernières décennies. Elle suscite des débats, elle soulèvera sûrement des oppositions. Ses enjeux, cependant, connus de l'ensemble des acteurs, sont cruciaux pour l'avenir de notre système de santé :

- accentuer la territorialisation des politiques de santé,
- renforcer le caractère préventif des politiques de santé,
- recentrer l'offre de soins vers les soins primaires,
- faciliter les restructurations et promouvoir l'efficacité hospitalières,
- recomposer l'offre hospitalière au profit du médico-social.

L'ambition de cette réforme est aussi de donner aux personnels de l'Etat comme de l'Assurance maladie un cadre leur permettant de valoriser pleinement leurs compétences et leur engagement pour le service public de la santé.

Philippe RITTER
Préfet honoraire

SYNTHESE DU RAPPORT

1. POURQUOI UNE REFORME ?

Nos dépenses de santé sont élevées, sans que les résultats soient à la hauteur de nos efforts. Si l'espérance de vie est élevée (plus de 80 ans en moyenne), la mortalité évitable est importante (100.000 cas de mortalité évitables) et les inégalités de santé, territoriales et sociales (5 ans d'écart d'espérance de vie pour les hommes entre le Nord – Pas-de-Calais et l'Île de France, 9 ans d'écart à 35 ans entre les manœuvres et les cadres), ainsi que les difficultés d'accès aux soins sont excessives (près de 4 millions de personnes sont concernées). Or la croissance des dépenses est peu corrélée à l'amélioration de notre santé, peu maîtrisée et finalement peu soutenable.

Les réformes successives, de structure, d'organisation de l'offre et du financement, ont eu des résultats positifs ; ils sont pourtant insuffisants, aussi bien pour l'adaptation de l'offre que pour la maîtrise des dépenses.

Les limites de notre système de santé tiennent pour une large part à des problèmes d'organisation institutionnelle et d'insuffisance d'outils.

Au niveau national comme au niveau territorial, le pilotage de notre système de santé présente plusieurs défauts importants : le cloisonnement entre les structures et les acteurs, le manque de lisibilité du système, l'articulation insuffisante entre le niveau central et le niveau territorial, une mauvaise intégration de la gestion des politiques de santé et de soin et de la maîtrise des dépenses, le manque de compétences et une insuffisance de démocratie sanitaire. Chaque secteur présente en outre des difficultés spécifiques.

Le cloisonnement des autorités compétentes, en particulier, nuit à la cohérence des politiques, au niveau tant national que territorial. Au niveau régional en particulier, ce cloisonnement, entre la ville et l'hôpital, le sanitaire et le médico-social, la santé publique et les soins, est problématique. Il nuit à l'efficacité des politiques, entrave les adaptations de l'offre et contribue au manque d'efficacité globale du système.

2. ENJEUX DE LA REFORME

L'ensemble des acteurs considère que **le *statu quo* n'est aujourd'hui plus viable** et que le moment est venu de faire une réforme en profondeur du système.

La nécessité d'un pilotage unifié au niveau régional est largement reconnue. Il permet en effet de mieux adapter les politiques aux spécificités territoriales. Il donne aussi toute leur cohérence, et donc toute leur efficacité, à des politiques de santé aujourd'hui trop cloisonnées. Assurer la cohérence des politiques de santé sur un territoire, coordonner l'offre de soins d'un bassin de population, structurer, de l'amont vers l'aval, les parcours de soins des patients : les politiques de santé étant par nature transversales, leur pilotage ne peut que l'être aussi. **Il ne s'agit évidemment pas de promouvoir la transversalité contre la verticalité de l'organisation actuelle, mais de la conjuguer avec cette verticalité.**

Le pilotage doit également être responsabilisé : il convient de gérer ensemble les politiques de santé, l'organisation des soins et la maîtrise des dépenses ; il faut également renforcer les outils de pilotage à la disposition des décideurs et notamment les outils de régulation de la dépense.

Loin d'être simplement institutionnelle, cette réforme aura un impact opérationnel majeur, avec deux objectifs clés :

- **améliorer l'efficacité des politiques de santé (meilleure réponse aux besoins),**
- **améliorer l'efficacité du système (meilleure maîtrise de la dépense).**

Un pilotage unifié devra principalement servir à :

- **renforcer le caractère préventif des politiques de santé** menées sur un territoire en fonction des caractéristiques de ce territoire ;

- **mieux organiser la permanence des soins et la gradation des soins**, notamment en structurant l'offre de soins primaires ;
- **améliorer la fluidité des parcours des patients** sur toute la chaîne allant de l'amont à l'aval des soins ;
- **renforcer la territorialisation des politiques de santé**, qui doivent être plus adaptées aux spécificités et aux besoins locaux, notamment au travers de projets territoriaux de santé.

Un pilotage unifié et responsabilisé devra contribuer prioritairement à :

- mieux structurer et maîtriser l'offre ambulatoire ;**
- renforcer les restructurations et l'efficacité hospitalières ;**
- recomposer l'offre hospitalière au profit du médico-social.**

L'exercice des activités veillant au bon usage et au respect d'un ensemble de droits et de devoirs dont les effets sont individuels (facilitation de l'accès aux droits, liquidation des prestations, contrôle des prestations, contentieux, lutte contre les fraudes) continuerait de relever des seules compétences de l'Assurance maladie (CPAM pour le régime général). En revanche **les fonctions de contrôle et d'action sur les comportements doivent relever de la responsabilité de l'ARS**. Leur mise en œuvre pourra être déléguée, par contractualisation, aux CPAM. Dans le cadre de la politique de régulation mise en place par l'Assurance maladie et qu'il convient naturellement de poursuivre et de renforcer, les ARS pourraient préciser le cadre et les objectifs de la régulation à mettre en œuvre par les CPAM et en évaluer les résultats.

3. PERIMETRE DES ARS

La plupart des acteurs considèrent que **le rapprochement de la ville et de l'hôpital et leur pilotage par une même autorité sont indispensables**, et qu'ils n'auront de sens que si un certain nombre d'outils de régulation sont mis en place, notamment pour mieux organiser la permanence des soins, réguler la démographie médicale et assurer une meilleure gradation des soins.

Mais la plupart considèrent aussi que **ce socle est insuffisant**. Il faudrait y inclure la santé publique et le secteur médico-social pour véritablement fluidifier les parcours de soins des patients, assurer une réelle cohérence des politiques de santé menées sur un territoire et mettre en œuvre des projets territoriaux de santé.

De fait, **l'intérêt de l'inclusion du médico-social dans le périmètre des ARS est manifeste**. Elle ne concernerait que la prise en charge des personnes âgées ou handicapées faisant l'objet d'un financement de l'Assurance maladie. Elle faciliterait la reconversion de lits du secteur hospitalier (médecine-chirurgie-obstétrique) vers le secteur médico-social qui doit être conduite dans les années qui viennent. Menée de Paris, elle échouerait. Menée territorialement, elle pourra réussir. Cette inclusion permettrait aussi une meilleure organisation des parcours de soins.

L'inclusion des questions de santé publique est largement souhaitée. Il faut cependant distinguer :

- **la prévention** : son inclusion permettrait de mieux la valoriser et de mieux l'articuler avec les politiques de soins. Les GRSP (groupements régionaux de santé publique) seraient alors intégrés aux ARS ;
- **la veille et la sécurité sanitaires** : différentes options existent pour l'organisation de ces missions au niveau territorial, qui pourraient être réparties entre les ARS et les préfetures de département. Il convient dans tous les cas de régionaliser les capacités d'analyse et d'expertise en matière de veille et d'alerte sanitaires, de prévoir une capacité d'expertise de l'ARS au niveau régional sur l'ensemble des sujets et de confirmer le rôle exclusif du préfet en matière de gestion de crise.

4. OUTILS DES ARS

La responsabilisation des ARS tant en matière de politiques de santé que d'efficacité suppose :

- en amont, une **déconcentration du niveau national au profit du niveau régional**,
- en aval, une **contractualisation avec les professionnels et avec les établissements de**

santé, afin d'aligner leurs pratiques sur les objectifs poursuivis (avec l'appui notamment, par délégation, des caisses locales des trois régimes).

Ces principes généraux rendent ainsi nécessaires de :

- inscrire l'action des ARS dans le cadre général de l'ONDAM ;
- responsabiliser les directeurs d'ARS sur des objectifs, sur la base d'une lettre de mission conditionnant leur évaluation, une partie de leur rémunération et leur évolution de carrière ;
- permettre aux ARS d'adapter leurs outils en fonction de leurs spécificités ;
- prévoir des dispositifs anti-remontée pour davantage responsabiliser les ARS ;
- renforcer la capacité du niveau central à comparer et encadrer les performances des ARS, en assurant une juste péréquation des moyens.

Les ARS doivent se voir fixer un objectif prioritaire d'efficacité, dont elles doivent rendre compte à l'échelon national. Dans ce cadre, **les fonctions de contrôle et d'action sur les comportements doivent relever de la responsabilité de l'ARS ; leur mise en œuvre pourra être déléguée, par contractualisation, aux caisses locales des trois régimes.**

Ainsi, parmi les outils à mettre en place figurent :

- un outil global de planification (par intégration des outils actuels) ;
- des outils de structuration de l'offre de soins dans le secteur ambulatoire ;
- des outils d'amélioration de l'efficacité de l'offre de soins, notamment dans le secteur hospitalier ;
- des marges de manœuvre financières pour les ARS (asymétriques au profit de la prévention et du médico-social), facilitant notamment la structuration de l'offre de soins ambulatoire et les restructurations hospitalières et médico-sociales.

Le principe d'une convention nationale pour les professionnels de santé libéraux et de tarifs nationaux pour les établissements de santé ne doit pas être remis en cause, mais il doit être perfectionné. Le maintien d'une politique tarifaire nationale répond en effet à des impératifs d'égalité de traitement à l'échelle nationale, de maîtrise des dépenses et de lisibilité.

La qualité et la pertinence des **systèmes d'information** dont disposeront les ARS constituent par ailleurs un facteur déterminant de leur efficacité.

5. STATUT DES ARS ET STATUT DES PERSONNELS

Le statut des ARS doit répondre à quatre exigences principales :

- permettre un management et un fonctionnement efficaces de l'agence ;
- permettre à l'ARS de bénéficier effectivement des ressources, financières et humaines, des différents acteurs ;
- faciliter la mise en place des ARS et l'intégration des personnels de l'Etat et de l'Assurance maladie ;
- permettre dans la durée une gestion satisfaisante des personnels et de leurs parcours.

Parmi les deux statuts envisageables, établissement public ou groupement d'intérêt public, avec des possibilités d'adaptation larges offertes par la loi, celle de l'établissement public paraît la plus opérationnelle.

Il est impératif que les personnels, de l'Etat comme de l'Assurance maladie, trouvent leur compte dans la mise en place des ARS, notamment en matière de mobilité professionnelle.

6. GOUVERNANCE DES ARS

La gouvernance des ARS doit répondre à trois objectifs principaux :

- donner à l'exécutif l'autorité nécessaire pour exercer pleinement ses responsabilités,
- assurer une bonne représentation des différentes parties prenantes ;
- permettre une réelle tutelle par le niveau national.

Plusieurs principes en découlent

- un exécutif fort et resserré**, associant des membres issus de l'Etat et de l'Assurance maladie,

une procédure de nomination du directeur qui garantisse son autorité, en le responsabilisant sur des résultats,
un conseil délibérant,
une instance de concertation de l'ensemble des partenaires du secteur de la santé,
s'inspirant des Conférences régionales de santé actuelles.

7. ORGANISATION DES ARS

L'organisation des ARS doit privilégier l'efficacité.

L'exécutif doit être fort et responsabilisé. Les ARS doivent *a minima* disposer de personnel mis à disposition nominativement, le directeur ayant sur eux une autorité hiérarchique.

Les ARS doivent être organisées en pôles de compétence cohérents, sectoriels, avec des fonctions transversales et des fonctions support ; le modèle d'organisation interne doit être flexible.

Le niveau régional est à privilégier, avec suivant les situations, des relais territoriaux pour assurer les services de proximité.

Les ARS vont se substituer aux ARH, aux URCAM, aux MRS, aux GRSP et elles vont conduire à une profonde reconfiguration des DDASS et DRASS et du niveau régional des trois régimes.

8. LES SERVICES DECONCENTRES DE L'ETAT ET DE L'ASSURANCE MALADIE

Leur évolution dépendra à la fois du périmètre des ARS et de leur statut.

En fonction du périmètre des ARS, la question de la pérennité des DDASS et des DRASS est posée. En tout état de cause, une part importante de leurs compétences et de leurs effectifs seront transférés aux ARS. Pour les services qui ne seront pas rattachés aux ARS, la régionalisation sera à privilégier. Les services départementaux hors ARS seront rattachés aux préfetures.

Le réseau territorial de l'Assurance maladie devra également être adapté en fonction du scénario retenu. Les URCAM et la partie des CRAM et du service médical dont les compétences relèveront des ARS pourront être rattachés aux ARS. Les caisses locales des trois régimes pourraient exercer des activités de régulation par contrat pour le compte de l'ARS. L'exercice des activités de facilitation de l'accès aux droits, de liquidation des prestations, de contrôle des prestations, de contentieux et de lutte contre les fraudes continuerait de relever des seules compétences de l'Assurance maladie, comme c'est le cas de la CNAV et de la CNAF.

9. EVOLUTION DU PILOTAGE NATIONAL DU SYSTEME DE SANTE

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.

Si, à ce stade, une simple coordination entre les structures actuelles sur le modèle du Conseil de l'hospitalisation, ne permettrait sans doute pas un pilotage et une animation suffisamment efficaces du réseau des ARS, une grande réorganisation vers une structure unique, sous l'autorité du ministre, et qui piloterait l'ensemble du dispositif, ne semble pas envisageable, du moins à court terme.

Une solution intermédiaire consisterait à **mettre en place une instance de coordination qui préserve les structures actuelles, mais qui aurait un réel pouvoir de décision**. Elle pourrait même constituer un point de validation obligé de toutes les instructions concernant les ARS. Elle serait dotée d'un secrétariat ou d'un département permanent. Ce scénario offre aux ARS un donneur d'ordre unique, sans bouleverser l'organisation actuelle, tout laissant possible une organisation nationale plus intégrée.

10. MISE EN ŒUVRE DE LA REFORME

La réforme des ARS constitue une des plus importantes réformes institutionnelles de ces dernières décennies. Elle requiert donc un important dispositif de pilotage et un plan d'action

ambitieux.

- Ce dispositif pourra être organisé autour d'un « secrétaire général en mission », appuyé par une équipe dédiée chargée du pilotage du projet et dirigeant des chefs de file opérationnels choisis parmi les services (sujets financiers, organisationnels, informatiques) et des cellules transversales *ad hoc* (sujets juridiques, institutionnels et d'accompagnement du changement).
- Le « secrétaire général en mission » rendra compte à un « comité stratégique » présidé par la ministre et constitué des principaux acteurs concernés par la réforme (directions d'administration centrale, UNCAM..).
- Il a vocation à mener de front la mise en place des ARS (d'ici 2009) et la réforme du niveau central du ministère qui sera décidée dans le cadre de la RGPP.

I. LES LIMITES DE L'ORGANISATION ACTUELLE DE NOTRE SYSTEME DE SANTE RENDENT NECESSAIRE UN PILOTAGE TERRITORIAL UNIFIE ET RESPONSABILISE

Notre système de santé est-il performant ? Quelles sont les solutions envisageables pour améliorer sa performance ? Tout le projet de réforme exposé dans ce rapport découle de ces deux interrogations.

La « performance » de notre système de santé se mesure à l'aune de ses missions. Le constat, à ce sujet, est bien établi¹ : **réputé pour ses qualités, notre système de santé présente cependant un potentiel d'amélioration significatif, tant sur le plan de l'efficacité des politiques de santé que de l'efficience générale du système. Or ces points d'amélioration tiennent pour une part importante à l'organisation du pilotage du système de santé.**

1.1. NOTRE SYSTEME DE SANTE REPOSE SUR UNE ORGANISATION ROBUSTE MAIS ECLATEE ENTRE DE MULTIPLES ACTEURS

Notre système de santé se doit de prévenir les maladies et d'offrir des soins de qualité pour l'ensemble des Français, et ce de manière juste. Cette mission générale se décline en plusieurs composants, à la fois distincts et solidaires :²

- connaître les maladies et leurs déterminants,
- prévenir les maladies et promouvoir la santé,
- protéger des risques,
- faire face aux situations de crises sanitaires,
- traiter les maladies.
- contribuer à prendre en charge le handicap et favoriser la réinsertion des personnes handicapées.

Ces missions sont fortement dépendantes les unes des autres. Dépister une maladie est vain si le dispositif de soins n'est pas en mesure de la traiter. Inversement, soigner des malades qui auraient pu ou dû être protégés par de simples mesures de prévention est certes nécessaire, mais peu satisfaisant. Ainsi, au-delà de la question de la suffisance des moyens, **la coordination et la cohérence avec lesquelles ces missions sont mises en œuvre constituent une condition essentielle d'efficacité de notre système de santé.**

L'organisation mise en place pour répondre à ces missions repose sur un partage des compétences entre l'Etat, l'Assurance maladie et, dans une moindre mesure, les collectivités locales.

« La Nation définit sa politique de santé selon des objectifs pluriannuels. La détermination de ces objectifs, la conception des plans, des actions et des programmes de santé mis en œuvre pour les atteindre ainsi que l'évaluation de cette politique relèvent de la responsabilité de l'Etat. » [loi d'orientation en santé publique du 11 août 2004]

« L'Etat, qui définit les objectifs de la politique de santé publique, garantit l'accès effectif des assurés aux soins sur l'ensemble du territoire. En partenariat avec les professionnels de santé, les régimes d'Assurance maladie veillent à la continuité, à la coordination et à la qualité des soins offerts aux assurés, ainsi qu'à la répartition territoriale homogène de cette offre. Ils concourent à la réalisation des objectifs de la politique de santé publique définis par l'Etat. Chacun contribue, pour sa part, au bon usage des ressources consacrées par la Nation à l'Assurance maladie. » [loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance maladie]

Les collectivités territoriales interviennent quant à elles essentiellement dans trois domaines :

1 Voir par exemple les différents rapports du Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie.

2 Cf. article 2 de la loi de santé publique du 9 Août 2004.

- les dispositifs de prévention³ : protection maternelle et infantile (conseils généraux), prévention primaire (communes) ; les conseils régionaux peuvent également y concourir ;
- la prise en charge des personnes âgées (conseils généraux) ;
- la formation des professionnels de santé non médicaux, en particulier les écoles (conseils régionaux).

Au plan national, ces principes généraux de répartition des compétences sont rendus plus complexes encore par la délégation de certaines tâches à des opérateurs de l'Etat⁴ et à des autorités indépendantes⁵ et par l'existence de plusieurs régimes d'Assurance maladie⁶.

Au plan territorial, l'organisation mise en place est particulièrement sophistiquée. Elle repose sur trois réseaux :

- les services déconcentrés de l'Etat au plan régional (DRASS) et départemental (DDASS), placés sous l'autorité respective des préfets de région et de département ;
- les services de l'Assurance maladie, organismes privés chargés d'une mission de service public et disposant d'une autonomie juridique avec des conseils dans lesquels siègent les partenaires sociaux (sauf pour le service médical du régime général), avec les particularités suivantes :
 - le réseau du régime général, qui déploie une stratégie élaborée par la CNAMTS, repose sur 16 CRAM, 128 CPAM et 4 CGSS outre mer, ainsi que des directions régionales du service médical.
 - le régime social des indépendants est organisé sur une base régionale (28 caisses), comme devrait également l'être le régime agricole d'ici 2010 (35 caisses) ;
 - un seul organisme est inter-régimes : l'URCAM (une par région) ;
- des organismes mixtes, sous forme de GIP (entités juridiques autonomes), associant l'Etat et l'Assurance maladie : 26 ARH (agences régionales de l'hospitalisation), créées en 1996 ; 26 GRSP (Groupements régionaux de santé publique) mis en place depuis 2006, qui associent également d'autres partenaires (collectivités locales).

La complexité de l'organisation est accrue par les répartitions des compétences opérées pour chaque secteur des politiques de santé :

- la gestion des crises sanitaires, la veille et la sécurité sanitaire, à l'exception notable de la sécurité sanitaire dans les établissements de santé, relèvent des préfets de département ; les fonctions de veille ont cependant été progressivement régionalisées au sein des CIRE ;
- la définition des politiques régionales de santé publique et l'organisation de la prévention relèvent prioritairement des préfets de région (DRASS), mais l'Assurance maladie (URCAM, CRAM et CPAM notamment) dispose aussi de compétences en la matière, comme les collectivités locales ; le GRSP doit assurer la mutualisation des financements.
- l'organisation et le financement des établissements et services du secteur médico-social, pour la partie qui relève des crédits mutualisés au sein de la CNSA⁷, sont assurés par les DRASS et DDASS, sous l'autorité des préfets ;
- le financement des soins de ville et les relations avec les professionnels de santé libéraux relèvent des services de l'Assurance maladie⁸ ; en revanche, si le financement de la permanence des soins des médecins de ville relève des services de l'Assurance maladie, son organisation relève des préfets de département (DDASS) ; de la même façon, la planification des implantations des officines pharmaceutiques et le régime d'autorisation des laboratoires

³ Même si certaines compétences ont été recentralisées depuis 2004.

⁴ Agences de sécurité sanitaire, INPES (Institut national de prévention et d'éducation à la santé), Institut national du cancer...

⁵ Haute autorité en santé, Autorité de sûreté nucléaire.

⁶ CNAMTS, RSI, MSA

⁷ Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, créée par la loi du 30 juin 2004.

⁸ Le déploiement des politiques de gestion du risque relèvent des réseaux des différents régimes d'Assurance maladie, la coordination interrégimes des politiques visant à améliorer les pratiques collectives des professionnels ou des assurés relevant de l'URCAM.

- d'analyses médicales relèvent des préfets ;
- l'organisation et le financement des établissements de santé relèvent des ARH, qui fédèrent les moyens afférents des DRASS-DDASS et des services de l'Assurance maladie ;
 - enfin, les DRASS-DDASS disposent de compétences en matière de gestion des formations médicales (répartition des internes...), et des professionnels de santé ; les formations des paramédicaux ont quant à elle été décentralisées mais l'Etat continue d'agréer les écoles.

	DRASS-DDASS	Services de l'Assurance maladie	ARH	GRSP
<i>Santé publique et prévention</i>	Définition des priorités régionales	Actions de prévention	Participation des établissements de santé à la politique de prévention	Mutualisation (partielle) des financements
<i>Veille et sécurité sanitaires</i>	Veille (DRASS et DDASS) et gestion des risques et réponse (DDASS)	-	Sécurité sanitaire des établissements de santé	-
<i>Soins de ville</i>	Organisation de la permanence des soins	Financement et relations avec les professionnels de santé (orientation des pratiques)		
<i>Soins hospitaliers</i>		Actions sur les pratiques professionnelles	Organisation, financement et actions sur les pratiques professionnelles	
<i>Médico-social</i>	Organisation et financement			

Le niveau régional s'affirme de plus en plus comme l'échelon pertinent de pilotage du système de santé.⁹ C'est en effet celui qui permet de :

observer les territoires de santé, dans leur hétérogénéité, et identifier les politiques à mener en matière de santé des populations, de pratiques des professionnels de santé et d'activité des établissements ;

préparer et mettre en œuvre, sur cette base, des actions adaptées en direction des populations, des professionnels et des établissements de santé ;

jouer un rôle d'interface entre les niveaux national et local des professionnels et des établissements de santé.

1.2. SI LES PERFORMANCES GLOBALES SONT BONNES, PLUSIEURS POINTS SONT PREOCCUPANTS

1.2.1. LES INDICATEURS DE SANTE DE NOTRE PAYS SONT FAVORABLES, MAIS LES MARGES DE PROGRESSION SONT SIGNIFICATIVES, NOTAMMENT EN MATIERE DE MORTALITE EVITABLE ET D'INEGALITES

Les résultats globaux du système de santé français sont satisfaisants

L'espérance de vie, considérée comme un indicateur « résumant » l'état de santé d'une population, est élevée en France (83,8 ans pour les femmes et 76,8 ans pour les hommes).¹⁰ C'est notamment cet indicateur, ainsi que le large accès à des soins de qualité pour le plus grand nombre, qui a valu au système de santé français d'être reconnu comme le « meilleur du monde » par l'OMS en l'an 2000. Il masque cependant des aspects moins connus et moins favorables de notre bilan en matière de santé.

⁹ Comme en témoigne par exemple la création successive des ARH, des URML, des URCAM et des MRS.

¹⁰ Source : INSEE ; données de 2005.

Mais la mortalité évitable est élevée

Tout d'abord, l'espérance de vie n'est que faiblement supérieure en France à celle d'autres pays au développement comparable, qui dépensent d'ailleurs souvent moins pour leur santé (cf. *infra*). Surtout, la mortalité évitable est élevée en France. La mortalité maternelle est supérieure d'un tiers à celle de pays comme la Finlande¹¹, et la mortalité masculine prématurée est de 50% plus élevée qu'en Suède.¹² Au total plus de 100.000 cas de mortalité évitable seraient ainsi liées à des changements de comportements en matière de tabac, d'alcool et d'alimentation.

Et les inégalités en matière de santé, sociales et géographiques, sont importantes

La France se distingue également par un niveau relativement élevé d'inégalités en matière de santé. Ces inégalités sont à la fois géographiques et sociales. A titre illustratif, dans le Nord – Pas de-Calais le taux de décès avant 65 ans est de moitié supérieur à celui des régions Midi-Pyrénées ou Rhône-Alpes¹³, l'espérance de vie des hommes y est de 5 ans inférieure à celle constatée en Ile de France¹⁴.

Il existe également de fortes inégalités sociales : à titre d'exemple, à 35 ans les ingénieurs ont une espérance de vie de 9 ans supérieure à celle des manœuvres, ce qui est bien supérieur aux écarts constatés dans les autres pays européens comparables¹⁵.

Au-delà des résultats en matière de santé, les inégalités sont également manifestes en matière d'accès aux soins. C'est le cas par exemple pour l'accès aux médecins généralistes, dont la densité varie du simple au double entre les départements les mieux dotés et les moins dotés.

Les missions régionales de santé ont identifié au total 360 zones déficitaires, regroupant près de 2,6 millions d'habitants ; au total **près de 4 millions de personnes ont de difficultés d'accès aux soins**.

Comme le souligne l'ONDPS, « *les difficultés réelles rencontrées par les personnes concernées appellent des solutions locales. Le vieillissement des médecins et les futurs départs doivent de surcroît rendre vigilant pour l'avenir* ».¹⁶

L'accès aux médecins spécialistes n'est pas moins problématique, l'ONDPS constatant que « *le renoncement occasionnel aux soins des spécialistes semble une réalité* ». A Asnières, commune jouxtant Paris, la densité d'ophtalmologistes est inférieure de 30% à la moyenne nationale. Il n'y a plus de pédo-psychiatre en Lozère, quand le département voisin de l'Hérault en compte 30 ; la Mayenne compte 10 fois moins de cardiologues qu'en Loire-Atlantique alors que ces départements font partie de la même région. Quant aux professions paramédicales, leur répartition est plus inégalitaire encore.

Sil elle mériterait un diagnostic plus exhaustif et plus précis, **cette présentation met en lumière l'intérêt d'une territorialisation de notre système de santé :**

le système de santé gagnerait en efficacité à être plus ciblé sur les besoins spécifiques des populations, notamment en matière de prévention et d'éducation à la santé ;

l'offre de soins, les soins primaires mais également les soins de suite et de réadaptation notamment, doit être mieux organisée en fonction de parcours de soins des patients, ce qui ne peut se faire que par le biais d'une action menée localement ou régionalement.

Certaines études laissent supposer qu'environ 25 % des patients hospitalisés dans des services de psychiatrie pourraient relever d'une prise en charge ou d'un accompagnement social ou médico-social ou de l'intervention de dispositifs de droit commun, éventuellement adaptés, tout en continuant à bénéficier des soins nécessaires.

¹¹ La moitié de ces décès sont considérés comme évitables. Le risque de mort maternelle est d'ailleurs deux fois plus élevé chez les femmes qui ne sont pas originaires de l'Union européenne. Source : *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* (INVS), n°50, 12 décembre 2006.

¹² 316 vs. 207 pour 100.000. Source : *Données sur la situation sanitaire et sociale en France en 2005*, DREES, 2005.

¹³ Source : « L'état de santé de la population en France en 2006 », DREES, La Documentation Française, Paris, 2007.

¹⁴ 73,6 vs. 78,4 ans ; source : INSEE, données 2004.

¹⁵ Leclerc A, Fassin D, Grandjean H, Kaminski M, Lang T. (Eds), 2000, « Les inégalités sociales de santé », Inserm – La Découverte, Paris, in *Les inégalités sociales de santé en France en 2006 : éléments de l'état des lieux*, Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire (Beh), 2007/01/23.

¹⁶ Observatoire nationale de la démographie des professions de santé, Rapport 2005

1.2.2. LA CROISSANCE RAPIDE DES DEPENSES EST PEU CORRELEE A L'AMELIORATION DE NOTRE SANTE, PEU MAITRISEE ET FINALEMENT PEU SOUTENABLE

Les dépenses de santé en France soulèvent trois problèmes principaux.

1. **Un problème d'efficience.** Le niveau de nos dépenses de santé est très élevé (environ 11 % du PIB, la France étant, après les Etats-Unis et la Suisse, le troisième pays au monde dépensant le plus pour sa santé), alors même que l'état de santé de notre pays n'est pas le meilleur. A titre d'exemple, les dépenses de santé par habitant en France sont de 40 % supérieures à celles du Japon, alors que l'espérance de vie y est de près de 2 ans *inférieure* à celle des Japonais (80,3 *vs.* 82,1 ans)¹⁷. Notre système de santé se caractérise donc par un important « déficit d'efficience ».¹⁸
2. **Un problème de soutenabilité.** La croissance des dépenses est structurellement supérieure à celle de la richesse nationale, sans entraîner de véritable amélioration de la santé de la population et sans être suffisamment contrôlée. Face à une croissance des dépenses nourrie par des facteurs structurels¹⁹ et donc durable, il est impossible d'augmenter indéfiniment le poids des prélèvements, ce qui fait peser un risque quant à la soutenabilité de notre système de santé.
3. **Un problème de justice.** Les déficits de l'Assurance maladie alourdissent la dette que devront acquitter les générations futures,²⁰ sans contrepartie pour elles puisqu'il ne s'agit pas d'investissement mais de dépenses courantes. Et cette injustice générationnelle coexiste avec de réelles inégalités de santé au sein de la population nationale, tant géographiques que sociales.

Au-delà de l'équilibre des comptes de l'Assurance maladie, **c'est donc bien la pérennité même de notre système de santé qui est en jeu**, et qui impose une amélioration forte de son efficience.

1.3. LES LIMITES DE NOTRE SYSTEME DE SANTE TIENNENT POUR UNE LARGE PART A DES PROBLEMES D'ORGANISATION INSTITUTIONNELLE ET D'INSUFFISANCE D'OUTILS

Une multiplicité de facteurs sont régulièrement évoqués pour expliquer que la performance de notre système de santé n'est finalement que relative. Parmi ceux-ci figurent le poids très faible de la prévention par rapport aux soins, le manque d'organisation des soins primaires, le niveau excessif des prescriptions médicamenteuses, l'excès d'offre et le manque d'efficience interne des établissements de santé, etc.

L'identification et l'analyse de ces différents facteurs n'entrent pas dans l'objet de ce rapport, ciblé plutôt sur la relation entre l'organisation de notre système de santé et son efficacité. Or, de fait, **non seulement cette organisation est largement perfectible, mais ces imperfections pèsent lourdement sur l'efficacité globale du système de santé.**

Après une présentation d'ensemble des limites de cette organisation, une analyse plus spécifique de

¹⁷ Source : *Panorama de la santé OCDE 2007*. Les données datent de 2004 et les dépenses sont comparées en parité de pouvoir d'achat (3.159 \$ par an par habitant en France et 2.249 \$ au Japon).

¹⁸ Certes, l'état de santé d'un pays dépend à 80 % de facteurs autres que le système de santé, tels que les pratiques alimentaires, l'exercice physique, etc. Mais cela n'enlève rien au constat d'un ratio élevé dépenses de santé / niveau de santé.

¹⁹ Deux types de causes sont à l'origine de cette augmentation des dépenses de santé. Les causes liées aux soins : les progrès des techniques et des pratiques médicales, les nouveaux médicaments, les perspectives dans le développement des techniques de dépistage précoce, de médecine prédictive. Les causes liées aux patients : l'évolution de la morbidité, liée à la démographie, liée à l'émergence de pathologies nouvelles, les attentes et exigences des usagers, le mode de « consommation » des soins.

²⁰ Le déficit cumulé de l'Assurance maladie depuis 10 ans se monte à 51,8 Mds euros, les dépenses ayant augmenté de plus de 50% sur la période (en euros courants).

chaque « secteur » du système de santé permettra d'approfondir le diagnostic.

1.3.1. L'ORGANISATION DE NOTRE SYSTEME DE SANTE EST TROP CLOISONNEE ET REPARTIT MAL LES RESPONSABILITES, EN PARTICULIER AU NIVEAU TERRITORIAL

Au niveau national comme au niveau territorial, le pilotage de notre système de santé présente plusieurs défauts importants :

1. **Le cloisonnement entre les structures et les acteurs**, qui découle à la fois de l'existence de plusieurs réseaux (services de l'Etat, de l'Assurance maladie et ARH), et de l'organisation de ces réseaux, depuis l'échelon central jusqu'à l'échelon local, en « tuyaux d'orgue » peu coordonnés. Ce cloisonnement entraîne :
 - des situations de tension ou d'opposition entre acteurs, préjudiciables à la coordination et la bonne exécution des politiques de santé menées par plusieurs acteurs ;
 - des gaspillages de ressources, du fait des redondances qu'il occasionne ;
 - un pilotage incohérent entre la ville et l'hôpital.
2. **Un manque flagrant de lisibilité du système** pour les usagers, voire pour les acteurs eux-mêmes.
3. **L'articulation insuffisante de notre système entre le niveau central et le niveau territorial**, tant en matière de définition des politiques de santé que de règles de financement. La très forte centralisation limite les possibilités d'adaptation des politiques de santé aux spécificités territoriales.
4. **Une mauvaise intégration de la gestion des politiques de santé et de soin et de la maîtrise des dépenses**, du fait d'un partage de compétences peu clair entre l'Etat et l'Assurance maladie.
5. **L'insuffisante professionnalisation et le manque de compétences, notamment médico-économiques, pour piloter le système de soins.**
6. **Une participation limitée de représentants des citoyens au pilotage du système régional de santé**, alors que les décisions prises ont des conséquences directes sur la santé de la population. Une plus grande association des acteurs apporterait plus de légitimité aux décisions pour la santé de la population.²¹

Le niveau national de l'organisation du système de santé contribue à ces défauts, par :

l'imprécision du partage des responsabilités entre l'Etat et l'Assurance maladie, entretenue par les lois du 9 et du 13 août 2004. Si la responsabilité générale de l'Etat dans le domaine de la santé est affirmé et son autorité sur les stratégies d'organisation de l'offre soulignée, les pouvoirs de l'Assurance maladie sur l'évolution des pratiques professionnelles sont accrus, alors que cette mission influe fortement sur l'organisation des soins. La dérive de la notion de « gestion du risque » dans un sens extensif a par ailleurs contribué à enchevêtrer les responsabilités entre les ARH et de l'Assurance maladie, notamment dans le domaine de la politique hospitalière ; ces responsabilités doivent donc être réarticulées.

le manque de coordination, au quotidien, entre l'Etat et l'Assurance maladie, **qui appelle une réarticulation de leurs rôles respectifs** ; le copilotage des ARH s'est ainsi avéré impossible à mettre en œuvre, et le réseau s'est avéré *de facto* piloté par l'Etat.

l'asymétrie entre l'organisation du réseau de l'Etat et celui de l'Assurance maladie, l'un ayant déconcentré une large part des pouvoirs de décision,²² l'autre les centralisant fortement,²³ ce

²¹ La mise en place des conférences régionales de santé a cependant permis l'organisation d'un débat public sur les problèmes de santé et les priorités à se donner dans une région,

²² Le réseau de l'Etat a entamé, sans encore l'achever, son évolution vers la construction d'un réseau interdépartemental et régional hiérarchisé. Cette évolution n'a cependant pas été menée à son terme, notamment en termes de mutualisation de moyens ; seules les compétences médicales font l'objet depuis peu d'une mutualisation améliorée au plan régional. En revanche, la mutualisation des personnels pose des questions de taille critique des services dans certains départements, qui ne sont plus en mesure de remplir correctement leurs missions.

²³ Depuis la loi du 13 août 2004 s'affirme une stratégie nationale élaborée par la CNAMTS que déploie le réseau. Il n'y a pas aujourd'hui d'organismes du régime général compétents sur l'ensemble du champ de l'Assurance maladie au niveau

qui ne favorise pas la conduite de politiques territoriales cohérentes, et nuit en particulier à la coordination territoriale entre le secteur ambulatoire et le secteur hospitalier.

Le pilotage territorial du système de santé, quant à lui, **est mal coordonné entre les services de l'Etat, de l'Assurance maladie et les ARH**. L'ensemble des acteurs reconnaît que le *statu quo* n'est plus viable.

Les compétences sont enchevêtrées. C'est le cas par exemple dans le domaine de la prévention, où les acteurs et les circuits de financement sont mal coordonnés, voire concurrents. Cela crée des doublons inutiles, alourdit les procédures (avec des coûts de coordination très importants), et rend le système illisible pour nos concitoyens, voire pour les professionnels.

Ce pilotage éclaté ne favorise guère une prise en charge globale, cohérente et unifiée des patients. Personne, au niveau territorial, n'assure l'unité et la cohérence transversale du secteur de la santé, qui constitue pourtant un « bloc d'activités » cohérent. Les cloisonnements, dont chacun se plaint, sont multiples : entre la prévention et les soins, entre la ville et l'hôpital, ou encore entre le sanitaire et le médico-social. Malgré les réformes et les progrès enregistrés ces dernières années, le « bricolage complexe » auquel donne lieu le pilotage actuel ne permet pas d'assurer la cohérence des politiques de santé sur un territoire, de coordonner l'offre de soins d'un bassin de population, de fluidifier, de l'amont vers l'aval, les parcours de soins des patients.

Enfin, il est évident que **ces problèmes compliquent la maîtrise des dépenses et se traduisent par une perte d'efficacité forte de notre système de santé**. En particulier les ressources humaines dévolues au système de santé sont éparpillées et mal utilisées. L'engagement des agents des DDASS, des DRASS, des ARH et des services de l'Assurance maladie est en partie perdu par la désorganisation institutionnelle.

L'organisation du système de santé pour apporter une réponse médicale en permanence aux demandes de la population illustre ce constat. Le rapport du Dr. Jean-Yves Grall sur la permanence des soins libérale et l'aide médicale d'urgence souligne le rôle de « *la dichotomie impossible entre l'Etat et l'Assurance maladie* » dans le fait que le système actuel soit coûteux, sans répondre correctement aux besoins de la population.²⁴ Il souligne également que « *les différences entre permanence de soins (PDS) et aide médicale urgente (AMU) n'ont de réalité que par les cloisonnements de financements, d'effecteurs ou de structures que cela implique.* »²⁵

Plus généralement, le cloisonnement des compétences au niveau régional ne permet que très difficilement la construction d'approches complémentaires des stratégies de santé à mener dans les secteurs du soin hospitalier, du soin ambulatoire, de la prévention, de la prise en charge du handicap. Ainsi, chaque autorité responsable a son outil stratégique :

- dans le secteur de la santé publique, le PRSP²⁶, arrêté par le préfet de région,
- dans le domaine des soins de ville, les PRAM²⁷, arrêté par les URCAM,

régional. La partie médicale du régime général (la direction régionale du service médical) est organisée en service régional dont dépendent des échelons locaux. La partie administrative, avec la CRAM (pour sa partie maladie) et les CPAM n'est pas constituée en un service régional hiérarchisé. Cette situation n'est pas *a priori* propice, sans nouvelles évolutions, au transfert de compétences à exercer au niveau régional par le réseau d'Assurance maladie. La mise en place en 2006 de directeurs coordonnateurs de la gestion du risque constitue cependant une amorce de structuration du régime général au niveau régional.

²⁴ « Le préfet de département est l'organisateur, après avis du CODAMUPS, du dispositif de PDS. Néanmoins, il ne dispose pas d'action sur le levier du financement qui dépend de l'Assurance maladie dans un cadre conventionnel et extra départemental. Celle-ci est logiquement soucieuse du respect et de l'application uniforme sur l'ensemble du territoire des accords conventionnels conclus au plan national. (...) Cette dualité entre un responsable sans levier financier et un financeur sans responsabilité opérationnelle n'est pas de nature à garantir la pérennité ou la fiabilité du dispositif, dans un contexte de volontariat propice dans certains cas à des surenchères mettant en difficulté le préfet et la DDASS. » *Mission de médiation et propositions d'adaptation de la permanence des soins*, Rapport remis à la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports par le docteur Jean-Yves GRALL, août 2007

²⁵ Ce constat vaut également pour la rationalisation de la permanence des soins hospitaliers de spécialité sur un territoire de santé (doublons de gardes et astreintes en correspondant pas à des besoins de santé, très faible participation à la permanence des médecins des cliniques privées).

²⁶ Plan régional de santé publique

²⁷ Programme régional de l'Assurance maladie

- dans le secteur du soin, le SROS²⁸, arrêté par le directeur de l'ARH,
- dans le secteur du médico-social, le PRIAC²⁹, arrêté par le préfet de région, et les schémas départementaux, arrêtés par les présidents de conseil général.

Du point de vue du patient, ces différents outils ne constituent que des modalités différentes de programmation de réponses à un même besoin, celui de santé. Ils devraient être pleinement intégrés, sans que leur articulation dépende de la bonne volonté des institutions voire des personnes qui les élaborent.

1.3.2. CHAQUE SECTEUR PRESENTE EN OUTRE DES DIFFICULTES SPECIFIQUES

1.3.2.1. LA VEILLE ET LA SECURITE SANITAIRES

La veille et la sécurité sanitaires désignent les activités destinées à prévenir la survenue d'un risque pour la santé de la population et à assurer la protection de tous en cas de menace effective sur la santé. Actuellement exercée par les DDASS et les DRASS, elle comprend la veille et la surveillance épidémiologiques, la protection des populations, la gestion des crises sanitaires, les divers contrôles sanitaires. Elle fait appel à trois types de compétences :

- la veille et l'alerte (exercées au niveau départemental et régional),
- l'évaluation du risque et l'expertise (effectuées au niveau régional et national),
- la gestion de crise (du ressort exclusif des préfets, qui offrent une unité de commandement incontestée).

Sous l'effet notamment de la prise de conscience des risques de crises sanitaires de grande ampleur, **ce domaine a considérablement évolué au cours des dix dernières années.** Les orientations prises ont ainsi permis :

- un pilotage national plus organisé et une structuration du dispositif de protection de la population en programmant les réponses à apporter en cas de crise sanitaire,³⁰
- une coordination régionale plus forte et la spécialisation d'une équipe de professionnels sur la veille et l'alerte au niveau régional (avec notamment la création des CIRE³¹)³²
- une amélioration des procédures et de la technicité des interventions.

Au-delà des limites de l'organisation au niveau national³³, **plusieurs problèmes se posent cependant aujourd'hui au niveau régional et départemental :**

les compétences et les moyens techniques destinés à la veille sanitaire restent encore dispersés entre les départements et la région, ce qui ne garantit pas une capacité d'analyse et d'expertise partout satisfaisante ;

le pilotage des CIRE, placées sous l'autorité scientifique de l'InVS et sous l'autorité administrative de la DRASS, pourrait être mieux structuré ;

²⁸ Schéma régional d'organisation des soins

²⁹ PRogramme Interdépartemental d'ACcompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie

³⁰ Ainsi, plusieurs agences ont été mises en place au niveau national qui ont élevé le niveau scientifique et technique d'expertise et d'intervention dans ces domaines : AFSSA : agence française de sécurité sanitaire des aliments ; AFFSE : agence française de sécurité sanitaire de l'environnement ; AFSSAPS : agence française de sécurité sanitaire des produits de santé ; InVS : institut national de veille sanitaire.

³¹ Les CIRE (Cellules interrégionales d'épidémiologie et d'intervention) assurent la veille sanitaire avec les personnels spécialisés (comme les médecins inspecteurs de santé publique, les ingénieurs du génie sanitaire, les infirmiers de santé publique...). Elles sont placées sous l'autorité scientifique de l'InVS et sous l'autorité administrative des DRASS. En cas de crise, elles travaillent avec les DDASS et les préfets.

³² Au-delà des CIRE on peut également citer : la préparation de plans de secours adaptés à chaque type de crise sanitaire (grand froid, canicule, grippe aviaire...), la réalisation d'une planification régionale dans le domaine de la santé environnementale (les « plans santé environnement », intégrés au PRSP), la programmation et la coordination des contrôles, notamment en direction des établissements de santé, dans chaque région, entre les DDASS et la DRASS.

³³ Le pilotage des opérateurs que sont les agences nationales de sécurité sanitaire souffre d'une insuffisante coordination interministérielle et il existe des redondances partielles entre les agences sanitaires nationales.

L'organisation de la veille de la réponse aux urgences sanitaires requièrent un niveau de spécialisation qui nécessite une plus grande mutualisation notamment des fonctions médicales

en cas de crise sanitaire, les préfets de département ne peuvent pas toujours s'appuyer sur les compétences disponibles dans la région, faute d'une organisation régionale préalable permettant de mutualiser les renforts à apporter dans de telles circonstances (un correspondant régional unique rendrait inversement les « droits de tirage » des préfets de département plus effectifs).

1.3.2.2 LA PREVENTION ET L'EDUCATION A LA SANTE

La prévention et l'éducation à la santé ont pour objectif d'améliorer l'état de santé des populations en évitant les maladies ou accidents et en favorisant les comportements pouvant contribuer à réduire le risque de maladie ou d'accident.³⁴ L'exercice de ces missions exige :

- des procédures précises et scientifiquement fondées et une grande technicité des professionnels engagés dans ces activités,
- un travail pluridisciplinaire et une excellente coordination des interventions impliquant les services de plusieurs ministères,
- une forte réactivité en cas de crise, sous un commandement unique.

Le secteur de la prévention se heurte à deux difficultés principales : des moyens limités (la prévention étant insuffisamment développée en France)³⁵ **et un défaut manifeste de coordination.**

Malgré la création des GRSP (groupement régional de santé publique), chargés de définir, sous l'autorité du préfet de région, une stratégie régionale partagée par l'ensemble des décideurs régionaux, le PRSP (plan régional de santé publique), plusieurs problèmes demeurent :

- **défaut de coordination des acteurs.** Malgré les GRSP, la construction institutionnelle du secteur reste, aux yeux des acteurs concernés, trop complexe. Elle engendre des efforts de coordination multiples et consommateurs de temps.
 - **défaut de coordination des moyens, et donc des priorités suivies.** Malgré son ambition initiale, le GRSP ne regroupe pas tous les financements destinés à la prévention, loin s'en faut.³⁶
- défaut de coordination et de complémentarité entre les stratégies conduites dans le domaine de la prévention et celles conduites dans celui des soins.** La séparation entre les autorités compétentes en matière de prévention et de soins ne permet pas de mettre l'accent sur les aspects de prévention et d'éducation à la santé présents dans les activités de l'hôpital ou de la médecine ambulatoire.

1.3.2.3. LES SOINS DE VILLE ET LES SOINS HOSPITALIERS

Deux autorités se partagent sur le terrain des responsabilités dans le domaine des soins :

- Les services de l'Assurance maladie (URCAM, CPAM, échelons régionaux et locaux du service médical et dans une moindre mesure CRAM) sont compétents dans le domaine de la médecine libérale³⁷ avec l'application d'un cadre conventionnel national. Du fait de la liberté d'installation des professionnels de santé, ils ne peuvent exercer une action de planification et d'autorisation à

³⁴ La loi de santé publique du 9 août 2004 a confirmé la responsabilité de l'Etat en matière de santé publique : il fixe les objectifs pluriannuels de santé de la population et définit les orientations stratégiques dans les domaines jugés prioritaires. Elle a en outre défini le niveau régional comme l'échelon pertinent de définition et de coordination de la mise en œuvre des politiques de santé publique.

³⁵ La France consacre 6,4 % des dépenses de santé (10,5 Mds euros) à la prévention (source : « Les dépenses de prévention et les dépenses de soins par pathologie en France », *Etudes et Résultats* n°504, DRESS, Paris, juillet 2006). Les insuffisances passées de la prévention contribuent cependant à l'excès des charges pesant aujourd'hui sur l'offre de soins.

³⁶ Un tiers environ du FNPEIS est directement gérés par les organismes d'Assurance maladie. Les crédits de la MILD'T ne transitent pas par le GRSP. L'INPES finance des projets de prévention sélectionnés à partir d'appels d'offre nationaux.

³⁷ Le domaine de la permanence des soins des médecins libéraux est néanmoins une responsabilité partagée avec l'Etat, chargé de son organisation (en l'occurrence, le préfet au plan local).

l'instar de ce qui est fait dans le champ hospitalier. Leur action sur les pratiques soignantes libérales repose sur plusieurs leviers relevant du règlement, du contrat, du conseil ou du contrôle, dont les axes et priorités sont définis au niveau national. Ils commencent par ailleurs à intervenir pour faire évoluer les pratiques des médecins hospitaliers.

- L'ARH, dont la mise en place a permis d'assurer une meilleure cohésion entre les services de l'Etat, départementaux et régionaux, et les services de l'Assurance maladie, est compétente dans le domaine des soins hospitaliers. Elle est cependant dangereusement fragilisée par la propension des organismes qui la composent à affecter leurs ressources sur d'autres priorités que celles de l'ARH, ce qui pose un problème grave de cohérence des pouvoirs publics.

L'institutionnalisation, depuis 2005, d'une coopération entre les ARH et les URCAM au sein des MRS (missions régionales de santé) n'a pas amélioré la coordination entre les secteurs ambulatoire et hospitalier. Sans ancrage institutionnel fort (direction tournante ; peu de pouvoirs propres), les MRS n'ont bénéficié d'un soutien ni de l'Etat, ni de l'Assurance maladie, ce qui illustre les limites d'un pilotage régional sans mise en cohérence du niveau national.

La dualité entre les secteurs, entretenue par la dualité entre acteurs, rend difficiles :

la construction des complémentarités nécessaires entre l'organisation des soins hospitaliers et celle des soins ambulatoires ;

le développement de pratiques soignantes analogues quel que soit le secteur d'activité ;

la recherche de l'efficience produite à partir de l'interdépendance travaillée localement entre les pratiques soignantes et l'organisation des soins (indispensable par exemple pour la prise en charge des personnes âgées) ;

le transfert d'activité de l'hôpital vers la ville, observé dans tous les pays développés mais qui peine à se mettre en œuvre en France, toujours marquée par un fort hospitalo-centrisme, comme en témoigne le poids très important des dépenses hospitalières au sein des dépenses de santé (la France est sur ce plan au premier rang des pays de l'OCDE, loin devant la moyenne des pays de l'OCDE : 64% vs. 47%)³⁸ ;

les passerelles et changements d'activité pour les professionnels médicaux et paramédicaux.

1.3.2.4. LE SECTEUR MEDICO-SOCIAL

La mission du secteur médico-social est de préparer et de construire le retour à une vie sociale autonome des personnes handicapées et/ou malades.

L'organisation et le financement des structures et services du secteur médico-social relèvent de la compétence de l'Etat et des conseils généraux. L'offre en matière d'hébergement médicalisé des personnes âgées s'est progressivement structurée. Elle demeure très éclatée en matière de prise en charge des personnes handicapées, du fait de la diversité des prises en charge nécessaires et de la multiplicité des structures gestionnaires.

Les évolutions induites par le vieillissement de la population et par les progrès médicaux, **la complémentarité entre les stratégies de développement du secteur médico-social et celles du secteur des soins, en ville et à l'hôpital, est de plus en plus indispensable.** Il s'agit en effet :

- d'apporter des réponses adaptées aux besoins de malades souffrant de pathologies chroniques,
- d'accompagner au mieux le parcours d'un malade dont la prise en charge exige que projet de soins et projet de vie sociale autonome se succèdent ou s'associent.

Or, du fait de l'organisation actuelle, fondée sur une compétence partagée entre l'Etat et les conseils généraux :

l'Etat n'est pas en mesure de concevoir et de conduire seul une stratégie de développement du secteur médico-social homogène entre les départements d'une région³⁹ ;

³⁸ Source : *Panorama santé de l'OCDE*, 2007.

³⁹ Des progrès ont cependant été permis par la mise en place récente des PRIAC et de la LOLF.

la complémentarité nécessaire entre les stratégies de développement du dispositif de soins et celles portant sur les structures et services du médico-social est complexe à établir ;

la qualité de la prise en charge des personnes n'est pas satisfaisante, du fait soit d'un soutien insuffisant du dispositif de soins aux structures et services du médico-social⁴⁰, soit d'une réponse insuffisante apportée par le secteur social et médico-social aux besoins des personnes relevant aussi du dispositif de soins;

les dépenses de santé sont mal contrôlées, quand des hospitalisations auraient pu être évitées ou avoir une durée plus courte, ou quand des actes qui relèveraient d'une prise en charge sociale ou médico-sociale sont effectués par des professionnels de santé (« nursing » par des infirmières libérales par exemple).

En particulier, rendue nécessaire par notre évolution démographique, **la « transformation » de lits de court séjour en lits de moyen et long séjour ou en places d'accueil dans le secteur médico-social, est difficile à réaliser, alors même que l'ampleur de cette transformation est estimée à plusieurs dizaines de milliers de lits à l'échelle nationale**. Quand le besoin existe de développer des structures médico-sociales sur le site où des services hospitaliers peuvent être supprimés, l'ARH ne dispose pas de la vue d'ensemble lui permettant de mesurer la pertinence de telles évolutions et surtout ne maîtrise pas les dispositions financières à prendre pour réaliser une opération touchant les deux secteurs. Ces obstacles, qui mettent en évidence le caractère inachevé de la réforme de 1996 créant les ARH, peuvent compromettre la réalisation d'opérations de transformation de l'offre de soins pourtant nécessaires.

1.3.3. AU-DELA DES DIFFICULTES INSTITUTIONNELLES, LES OUTILS MIS A DISPOSITION DES ACTEURS SONT PERFECTIBLES

Les outils des autorités territoriales dans le domaine de la santé sont parfois insuffisants. Ce constat est particulièrement vrai dans trois domaines.

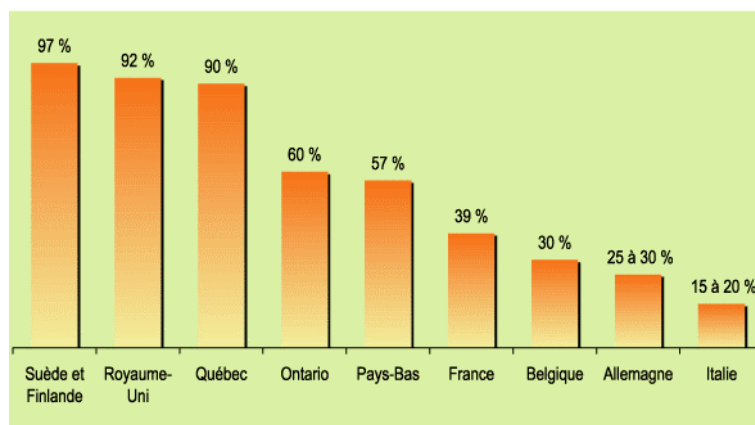
En matière de formation et de répartition sur le territoire des professionnels de santé

Les différents moyens dont disposent localement les services de l'Etat et de l'Assurance maladie n'ont jusqu'à présent pas permis de répondre significativement aux difficultés rencontrées : mauvaise répartition des professionnels sur le territoire, en libéral comme au sein des établissements sanitaires⁴¹ ou médico-sociaux, difficultés de la médecine générale, atomisation de l'offre libérale et **exercice trop isolé des professionnels** (tant en ville qu'en établissement pour les zones peu attractives). La proportion de médecins généralistes travaillant en groupe illustre ces difficultés⁴² :

40 La conséquence peut être des hospitalisations qui auraient pu être évitées.

41 Cf. Cour des comptes, Rapport public thématique « Les personnels des établissements publics de santé », p. 83 *sq.*

42 Source : IRDES, Questions d'économie de la santé n° 127 "Médecine de groupe en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec : quels enseignements pour la France ?", novembre 2007.



S'il est trop tôt pour dresser un bilan précis des dernières mesures incitatives en faveur de l'installation et de l'exercice en groupe des professionnels de santé libéraux dans les zones sous-denses⁴³, le constat établi par la Cour des comptes dans son dernier rapport sur la Sécurité sociale est très explicite :

*« ces aides sont nombreuses, voire foisonnantes au niveau régional et local, rendant encore plus illisible le système. Leur recensement est difficile à faire. Ces aides ne sont, dès lors, pas forcément connues des intéressés. (...) En outre, pour les mesures régionales et locales, se pose la question de leur mise en cohérence par rapport à une évaluation nationale des besoins en professionnels de santé. Enfin, ces aides ne répondent pas aux déterminants du choix du lieu d'exercice. Ceux-ci accordent une grande importance à la dimension « qualité de vie » qui relève plus d'une problématique liée à l'aménagement du territoire que d'une question de rémunération. »*⁴⁴

Côté hospitalier, le bilan est similaire. Les vacances de postes, nombreuses, tiennent en partie à la faible attractivité de certaines régions ou territoires, à laquelle les mesures incitatives actuelles n'ont pas encore permis de répondre.

Les transferts de compétence entre professionnels de santé demeurent au stade expérimental et ne constituent pas aujourd'hui un levier pour les autorités locales. La France est à cet égard très en retard par rapport à ses voisins européens.

Les Etats généraux de l'organisation de la santé prévus pour début 2008, ainsi que la mission confiée à M. Gérard Larcher sur l'hôpital, ont pour objectif de réfléchir à des outils complémentaires et/ou alternatifs.

En matière d'organisation de l'offre de soins hospitalière et médico-sociale

Les outils à disposition des ARH ont été renforcés et améliorés par rapport à ceux qui existaient avant la création des agences, ce qui permet de dresser un **premier bilan plutôt positif des ARH du point de vue de l'organisation de l'offre de soins hospitalière**. Depuis 10 ans, le nombre d'autorisations en chirurgie et obstétrique a été réduit de 23% (par le biais de fermetures, de fusions ou de regroupements d'activité)⁴⁵. L'enrichissement des SROS, la suppression de la carte sanitaire, la déconcentration de la plus grande partie des autorisations d'activité et le développement des outils en matière de gestion des ressources humaines ont permis de donner une autorité réelle aux ARH, dont l'action a cependant souvent été bridée par des interventions nationales et par une autocensure induite par ces interventions.

Ces avancées vont de pair avec d'importantes limites. Un **grand nombre de décisions de gestion** propres à l'hôpital (nomination des directeurs et des personnels soignants) **restent marquées par des procédures fortement centralisées. Les modes alternatifs à l'hospitalisation complète**

⁴³ Pour une description détaillée de ces outils : cf. annexe 15 de l'avis du 24 mai 2007 du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie sur les conditions d'exercice et de revenu des médecins libéraux.

⁴⁴ Cour des comptes, rapport sur l'exécution de la loi de financement de la Sécurité sociale, 2007.

⁴⁵ Source : DHOS – mission d'analyse confiée à des conseillers généraux des établissements de santé.

demeurent insuffisamment développés dans le secteur public : chirurgie ambulatoire, hospitalisation à domicile. **La reconversion d'une partie de l'offre sanitaire de court séjour en une offre de moyen ou long séjour ou en places médico-sociales s'est également avérée jusqu'à présent insuffisante** (cf. 1.3.2).

En matière d'allocation des ressources et d'action sur les comportements et les pratiques

Dans chacun des secteurs, les dispositifs de financement sont déterminés au niveau national :

les tarifs des actes réalisés de ville ;

la rémunération des activités de soins (pour les secteurs d'activité des établissements de santé soumis à la T2A d'une part, celle des actes des professionnels de santé libéraux, par le biais des conventions nationales, d'autre part)⁴⁶

les dotations des structures médico-sociales (construites pour l'essentiel par reconduction des budgets historiques) ;

certaines missions sont rémunérées par des enveloppes nationales fléchées : missions d'intérêt général (MIG) pour les établissements de santé soumis à la tarification à l'activité, contrats de santé publique pour les professionnels libéraux...

1) Pour la médecine de ville, la réforme du 13 août 2004 et sa mise en œuvre par la CNAMTS se sont traduites par un réinvestissement des CPAM sur les actions de maîtrise médicalisée, sur la base de programmes nationaux et d'une contractualisation mise en œuvre entre le niveau national et local. Outre les outils de connaissance qui se sont affinés, de façon à pouvoir mieux cibler les actions, les organismes d'Assurance maladie s'appuient sur quatre leviers principaux :

la définition d'objectifs collectifs au sein de la convention médicale, déclinés depuis 2007 en objectifs individuels sur certains postes ;

l'information et l'accompagnement, qui permet de relayer les axes nationaux auprès des professionnels de santé libéraux : c'est le rôle notamment des DAM (délégués de l'Assurance maladie) dans les CPAM ;

la contractualisation (néanmoins peu développée) : contrats de santé publique, contrats de bon usage ;

le contrôle et la sanction, avec le renforcement de la lutte contre les fraudes et les comportements excessifs.

Les résultats montrent des inflexions sensibles de prescription sur la période 2005-2007 sur un certain nombre de postes (indemnités journalières, prescriptions d'antibiotiques et de statines, respect de l'ordonnancier bizonne). Au plan global, après une très forte accélération sur la période 1998-2003 (+6,5% en moyenne), l'ONDAM soins de ville a nettement ralenti sa progression depuis 2004 (3,5% en moyenne).

2) S'agissant des soins hospitaliers, la généralisation de la T2A induit une évolution du rôle des ARH qui passent ainsi d'une fonction principale d'allocation de ressource à celle de régulation fondée sur l'orientation de l'offre, la contractualisation et le contrôle de l'efficacité financière. Or les ARH sont encore insuffisamment outillées, aujourd'hui, pour inciter et épauler les établissements dans leurs efforts de restructuration internes et d'amélioration de leur efficacité : analyse des processus de soins (à l'image du travail développé au plan national par la MEAH), audit du retour sur investissement...⁴⁷

Par ailleurs, les établissements de santé publics et participant au service public, tout comme les ARH elles-mêmes, sont insuffisamment responsabilisés sur le respect d'objectifs d'équilibre budgétaire.

3) Enfin, dans le secteur médico-social, la mise en œuvre de la loi de 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, de la loi de 2004 sur l'autonomie des personnes âgées et celle de 2005 sur l'égalité des

⁴⁶ Ces tarifs nationaux doivent intégrer les coûts liés aux réglementations nationales (exemple : règles applicables aux agents de la fonction publique hospitalière)

⁴⁷ Cf audit de modernisation « Les agences régionales d'hospitalisation et le pilotage des dépenses hospitalières », IGAS-IGF, 2007.

chances des personnes handicapées, avec notamment la création de la CNSA, ont constitué des avancées remarquables pour les acteurs locaux, avec le développement d'outils d'information fiables notamment sur le suivi budgétaire des conventions tripartites.⁴⁸

1.3.4 L'EVOLUTION DES METIERS NECESSAIRES AU BON FONCTIONNEMENT DU SYSTEME DE SANTE SUPPOSE UNE REFLEXION APPROFONDIE SUR LES PRATIQUES ET LES COMPETENCES

La question des pratiques et des compétences professionnelles au sein de l'administration de la santé est essentielle.⁴⁹ Or ces compétences font parfois défaut, et les actions mises en œuvre pour les développer sont insuffisantes. A titre illustratif, aux cloisonnements institutionnels déjà décrits, répondent trop souvent des cloisonnements entre les métiers et les corps professionnels qui séparent les agents de l'administration de la santé entre eux.

Des mesures correctrices sont donc indispensables pour renforcer le travail collectif et pour mieux former les agents de l'administration de la santé dans les domaines de la santé publique, de la planification, de l'épidémiologie, de l'éducation à la santé, des logiques économiques et administratives propres à la santé.

1.4. CE DIAGNOSTIC MONTRE LA NECESSITE D'UNE REFORME DU PILOTAGE REGIONAL DE NOTRE SYSTEME DE SANTE, QUI DOIT ETRE UNIFIE ET RESPONSABILISE

Le diagnostic qui précède montre clairement :

La nécessité et l'urgence de remédier aux difficultés de notre système de santé, dont non seulement les performances demeurent insuffisantes mais la pérennité même n'est pas assurée ;

Le rôle de l'organisation même du système de soins dans les difficultés tant en matière d'efficacité des politiques de santé que d'efficience du système ;

Au sein de cette organisation, **les déficiences du pilotage territorial et des outils dont il dispose.**

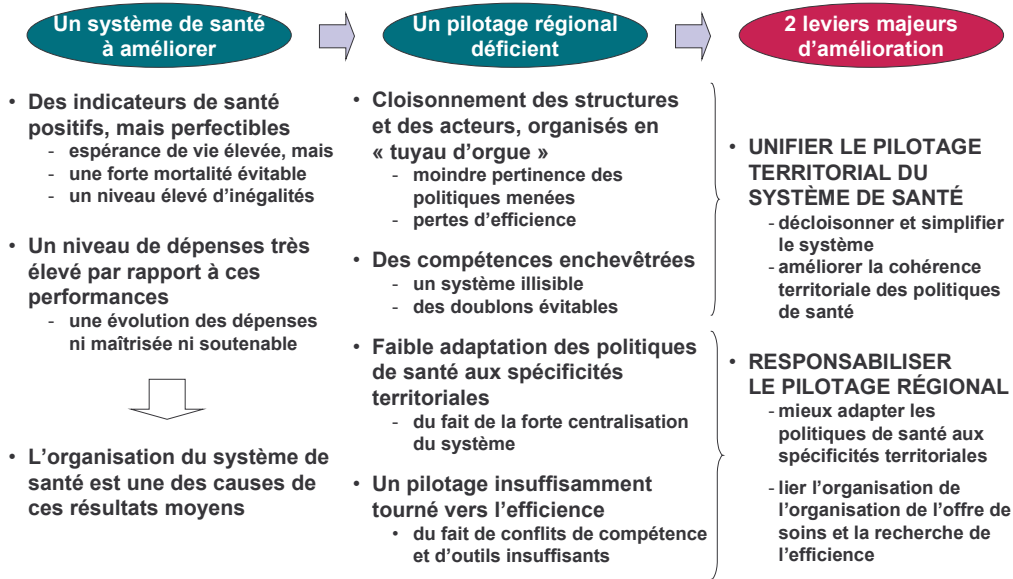
En d'autres termes, et à l'heure où l'échelon régional s'affirme de plus en plus comme le niveau pertinent de pilotage du système de santé, son organisation présente un potentiel d'amélioration gigantesque qu'il nous revient d'exploiter.

A quelles conditions une réforme du pilotage territorial de notre système de santé permettrait-elle de remédier aux difficultés rencontrées ?

⁴⁸ Si la connaissance de l'activité et des coûts demeure encore éloignée de celle des activités hospitalière ou ambulatoire, elle a progressé dans le secteur de la prise en charge des personnes âgées en particulier, permettant d'objectiver les modes de prise en charge (grille AGGIR, poids moyen du cas traité...). La réforme budgétaire et comptable de 2003 a permis la construction d'outils favorisant une convergence tarifaire entre établissements et services comparables. Il reste, avec la création récente de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux, à produire les recommandations de bonnes pratiques professionnelles nécessaires aux établissements et services pour se lancer dans la démarche d'évaluation de la qualité voulue par la loi de 2002.

⁴⁹ Identifier les besoins de santé de la population, évaluer la pertinence des réponses à ces besoins, modifier les pratiques soignantes et les modes de recours aux soins des patients, mobiliser les ressources disponibles pour améliorer la santé.... : de nombreuses tâches nécessaires au bon fonctionnement de notre système de santé exigent des connaissances techniques et des savoirs-faire sans lesquels la meilleure organisation institutionnelle et les outils les plus sophistiqués ne permettront pas d'obtenir de bons résultats.

REFORMER LE PILOTAGE REGIONAL : UN LEVIER MAJEUR POUR AMELIORER NOTRE SYSTEME DE SANTE



1.4.1. LA NECESSITE D'UN PILOTAGE UNIFIE AU NIVEAU REGIONAL

L'éclatement institutionnel, le cloisonnement des acteurs, l'enchevêtrement des compétences, tout ceci met en évidence la nécessité d'un *pilotage unifié* du système territorial de santé. Un pilotage unifié présente en effet des avantages considérables, tant sur le plan institutionnel que sur le plan opérationnel.

Sur le plan institutionnel, une répartition simplifiée des compétences améliore la lisibilité du système et facilite la prise de décisions. Une organisation allégée évite les redondances et favorise les mutualisations de moyens.

Sur le plan opérationnel, un pilotage unifié permet de donner toute leur cohérence, et donc toute leur efficacité, à des politiques de santé aujourd'hui trop cloisonnées. Assurer la cohérence des politiques de santé sur un territoire, coordonner l'offre de soins d'un bassin de population, structurer, de l'amont vers l'aval, les parcours de soins des patients : les politiques de santé étant par nature transversales, leur pilotage ne peut que l'être aussi. Il ne s'agit évidemment pas de promouvoir la transversalité *contre* la verticalité de l'organisation actuelle, mais de la conjuguer *avec* cette verticalité.

1.4.2. LA NECESSITE D'UN PILOTAGE PLUS RESPONSABLE, TANT DES POLITIQUES DE SANTE QUE DE LEUR EFFICIENCE

Au-delà des questions institutionnelles, le **pilotage territorial doit être plus responsabilisé, selon trois modalités complémentaires :**

Elargir les possibilités d'adapter les politiques de santé, définies au niveau national, aux spécificités locales. Ceci vaut par exemple en matière de santé publique, mais aussi en matière de répartition de l'offre de soins entre les capacités de court séjour, la médecine ambulatoire et les services médico-sociaux.

Gérer ensemble les politiques de santé et l'organisation des soins et la maîtrise des dépenses, dont les acteurs du pilotage de l'offre de soins doivent être plus responsables. En effet,

séparer les gestionnaires ou les pilotes de l'offre de soins de ceux qui gèrent l'efficacité économique conduit toujours à affaiblir l'efficacité, voire à perdre sur les deux tableaux, comme en témoigne l'exemple de la permanence des soins.

Renforcer, dans cette double perspective notamment, **les outils de pilotage à la disposition des décideurs et notamment les outils de régulation de la dépense.**

*

L'analyse de notre système de santé a ainsi permis à la fois de définir la nature de la réforme souhaitable de son pilotage territorial et d'identifier les raisons pour lesquelles cette réforme est source de valeur ajoutée. La réforme du pilotage territorial du système de santé doit à la fois unifier ce pilotage et le responsabiliser. Elle est source de valeur ajoutée pour quatre raisons principales :

l'unification du pilotage décroïssonne et simplifie le système ;

elle permet d'améliorer la cohérence territoriale des politiques de santé ;

la responsabilisation permet de territorialiser les politiques de santé, c'est-à-dire de mieux les adapter aux spécificités et aux besoins locaux ;

elle permet de surmonter la séparation, contreproductive, entre la gestion de l'offre de soins et celle de l'efficacité.

Le sens de la réforme des ARS (« pilotage unifié et responsabilisé du système territorial de santé ») et la nécessité de leur mise en place apparaissent donc clairement.

II. LES SCENARIOS POSSIBLES POUR LA CREATION DES AGENCES REGIONALES DE SANTE

2.1. QUELLES ORIENTATIONS STRATEGIQUES POUR LES ARS ? QUE PEUT-ON ATTENDRE DES ARS ?

Créer des agences régionales de santé nécessite de faire une série de choix, stratégiques et opérationnels, portant notamment sur les missions des agences, leur périmètre, leurs outils, leur statut, leur gouvernance, leur organisation, etc.

Le critère devant guider ces choix est simple : il découle du projet politique qui sous-tend et motive la réforme. En effet, **ce sont les finalités exprimées par ce projet politique qui orientent les décisions à prendre**, leur donnent du sens et garantissent leur cohérence.

Ce projet politique consiste à **mettre le pilotage territorial du système de santé au service d'une double ambition :**

améliorer l'efficacité des politiques de santé (mieux répondre aux besoins de santé des populations) et, simultanément, améliorer l'efficacité du système de santé (mieux maîtriser les dépenses).

Plus concrètement, **que devons-nous attendre des ARS ?**

2.1.1. AMELIORER L'EFFICACITE DES POLITIQUES DE SANTE

Un pilotage unifié devra principalement servir à :

- **renforcer le caractère préventif des politiques de santé** menées sur un territoire en fonction des caractéristiques de ce territoire ;
- **mieux organiser la permanence des soins et la gradation des soins**, notamment en structurant l'offre de soins primaires ;
- **améliorer la fluidité des parcours des patients** sur toute la chaîne allant de l'amont à l'aval des soins ;
- **renforcer la territorialisation des politiques de santé**, qui doivent être plus adaptées aux spécificités et aux besoins locaux, notamment au travers de projets territoriaux de santé.

2.1.2. AMELIORER L'EFFICIENCE DU SYSTEME DE SANTE

Un pilotage unifié et responsabilisé devra contribuer prioritairement à :

**mieux structurer et maîtriser l'offre ambulatoire ;
renforcer les restructurations et l'efficacité hospitalières ;
recomposer l'offre hospitalière au profit du médico-social.**

2.1.3. QUATRE IDEES CLES AU SERVICE DE CE PROJET POLITIQUE

Quatre idées forces découlent de ce projet politique et structurent le rapport :

1. **La gestion des politiques de santé et de leur efficacité sont inséparables.** L'efficacité du dispositif de santé ne peut résulter que d'une politique globale développant la prévention, organisant les soins et agissant sur les pratiques professionnelles et les comportements des assurés

ayant recours aux soins..

2. **La logique opérationnelle, et elle seule, doit guider la logique institutionnelle.** Loin de relever du mécano institutionnel, le périmètre de compétence des ARS doit correspondre au périmètre des activités qui, sur le terrain, ont besoin d'être mieux coordonnées entre elles. Concrètement, la volonté d'assurer une meilleure cohérence territoriale des politiques de santé et d'aller plus loin dans l'adaptation de ces politiques aux spécificités locales plaident pour un périmètre large des ARS.
3. **Ce sont les outils dont disposeront les ARS qui leur conféreront toute leur utilité.** Ces outils, à leur tour, ne sauraient être efficaces que si les ARS ont suffisamment d'autorité pour les appliquer. Des outils sans institutions fortes, comme les PRSP, ou des institutions sans outils, comme les MRS, ne permettent pas d'agir efficacement. Il faut donc doter d'emblée les ARS de pouvoirs importants, complétés par des outils de régulation efficaces, et former les personnels aux compétences nécessaires à leur usage.
4. Le statut, le mode de gouvernance, les règles de fonctionnement et plus généralement **l'organisation des ARS doivent tendre prioritairement à assurer leur efficacité opérationnelle.**

2.2. QUEL PERIMETRE POUR LES ARS ?

Le champ de la santé se divise en 6 grands domaines :

- la prévention et l'éducation pour la santé,
- la veille et la sécurité sanitaire et la gestion des crises sanitaires,
- les soins ambulatoires,
- les soins hospitaliers,
- le médico-social,
- les formations.

Quels seraient les avantages et les inconvénients d'une inclusion de chacun de ces domaines dans le périmètre de compétence des ARS ?

2.2.1. SOINS AMBULATOIRES ET SOINS HOSPITALIERS : UNE CONTINUITE INDISPENSABLE, QUI RESTE A CONSTRUIRE

Les objectifs

Le cloisonnement des structures, des acteurs et des outils de pilotage des soins ambulatoires et des soins hospitaliers constitue un défaut majeur de notre système de santé (cf. *supra*, 1.3.2).

La pertinence d'un pilotage unifié de ces deux domaines est unanimement reconnue comme le « socle » incontournable des ARS. Cette unification offre une meilleure visibilité aux patients et aux professionnels de santé, qui disposent d'un interlocuteur régional unique. Surtout, elle facilite la conduite de stratégies visant à :

recentrer l'offre de soins vers les soins primaires :

- mieux structurer l'offre de soins primaires
- veiller à une répartition des professionnels et des structures permettant d'assurer un accès aux soins le plus juste possible,
- permettre une permanence des soins satisfaisante (la connaissance de l'offre et des besoins, la capacité de décision et la capacité de financement étant réunis en une même main) et éviter l'engorgement des urgences,

assurer une meilleure cohérence de l'offre de soins des deux secteurs ville-hôpital :

- développer des pratiques soignantes rigoureuses et permettant de limiter le recours à l'hospitalisation,

favoriser les fonctionnements en équipes et en réseau nécessaires à la prise en charge de patients présentant des pathologies chroniques ou des polyopathologies ;

améliorer le parcours de soins des patients, afin de favoriser notamment la continuité de la prise en charge pour les patients chroniques alternativement traités en milieu hospitalier, dans des structures médico-sociales et à domicile ;

mieux maîtriser les dépenses sur ces deux secteurs, qui concentrent l'essentiel des enjeux financiers, en limitant les prises en charge hospitalières inadéquates.

Les propositions

Agir en faveur de la santé de la population dans le domaine des soins repose sur un ensemble de missions confiées aujourd'hui aux services de l'Etat et de l'Assurance maladie. Parmi ces missions, lesquelles doivent être exercées par l'ARS ? Plus précisément, quelles sont celles qui seraient mieux assurées par l'ARS qu'elles ne le sont aujourd'hui ? Deux ensemble cohérents de missions sont à distinguer.

En premier lieu, **certaines missions consistent à mettre en œuvre un ensemble de droits et de devoirs, déterminés au niveau national et dont les effets sont individuels :**

- l'accès aux droits,
- le traitement et la liquidation des prestations,
- le contrôle des prestations, la lutte contre les fraudes, le contentieux.

Ces missions sont définies au niveau national, car elles relèvent de la solidarité nationale. Elles sont mises en œuvre au niveau départemental, le plus proche des professionnels et des patients. Dès lors, le niveau régional doit plutôt être un échelon de coordination entre les structures chargées, au niveau départemental, de l'exercice de ces missions. Il constitue également un échelon de mutualisation des ressources et d'engagement de procédures exigeant le dépassement des limites territoriales départementales. En d'autres termes, **placer ces missions dans le périmètre de compétence de l'ARS n'entraînerait pas de valeur ajoutée**. Il ferait même sans doute courir le risque d'un dispositif administratif plus compliqué et probablement moins efficace, alors même que ces missions sont exercées de manière satisfaisante par les CPAM.

En second lieu, **d'autres missions visent à rendre plus efficace et plus efficiente la réponse apportée aux besoins de soins d'une population**. Celles-ci doivent être menées de manière coordonnée :

- la prévention,
- l'action sur les pratiques des professionnels et les comportements des assurés,
- l'organisation de l'offre de soins hospitaliers et ambulatoires,
- l'allocation de ressources aux établissements de santé publics et privés,
- l'organisation du dispositif médico-social et l'allocation de ses ressources.

En particulier, **il apparaît peu pertinent de séparer l'organisation des soins et les actions portant sur la pertinence et la qualité des pratiques et des modes de recours aux soins**.

Une politique visant à modifier les pratiques des professionnels et les modes de recours aux soins des patients, mais qui ne pourrait parallèlement adapter l'organisation des soins en fonction de ces changements de pratiques et de modes de recours aux soins ne pourrait être pleinement efficace. A l'inverse, il serait assez stérile de vouloir corriger les organisations des soins sans faire évoluer en parallèle les pratiques soignantes et les modes de recours aux soins. **Une même main doit coordonner l'organisation des soins et les pratiques soignantes et le mode de recours à ces soins adopté par la population, celles-ci étant interdépendantes.**⁵⁰

Les stratégies développées pour organiser le dispositif de soins, rémunérer les activités soignantes et

⁵⁰ Le dispositif obstétrical français serait-il le même sans l'évolution qui a détourné de l'accouchement à domicile ? Le dispositif d'urgence serait-il le même sans l'évolution des modes de recours aux soins adoptés par la population et les formes prises par les pratiques des médecins généralistes ?

assurer la pertinence et la qualité des pratiques et des modes de recours aux soins sont actuellement élaborées au niveau national. Elles déclinent des objectifs, obéissent à des principes et emploient des méthodes dont la définition doit relever du niveau national afin de garantir une égalité de traitement sur l'ensemble du pays. Elles doivent cependant être adaptées aux particularités locales, qui se manifestent tant au niveau de l'offre de soins que des besoins. Elles exigent par ailleurs, pour porter tous leurs fruits, d'entraîner l'adhésion la plus large possible des acteurs qu'elles concernent.

Ces missions devraient donc figurer dans le périmètre de compétence de l'ARS.

S'agissant de l'action sur les pratiques des professionnels et les comportements des assurés, elle ne fait pas l'objet actuellement d'une déconcentration des compétences au niveau régional. Si les outils (conseil, recommandation, pédagogie) nécessaires à cette mission doivent continuer à être définis au niveau national, leur adaptation locale et la définition des programmes de travail conçus dans une région doivent faire partie du périmètre de compétence de l'ARS.⁵¹ De même, tout nouvel outil permettant d'agir sur la pertinence et la qualité des pratiques et des modes de recours aux soins et dont l'emploi nécessite des prises de décision locales doit entrer dans le périmètre de compétence de l'ARS.

Cette répartition des compétences entre l'ARS et les services de l'Assurance maladie rapproche ainsi cette dernière du « droit commun » de la CNAV et de la CNAF, le l'accès aux droits, le traitement et la liquidation des prestations et le contrôle des prestations, la lutte contre les fraudes, le contentieux constituant en effet l'intégralité de leurs missions.

2.2.2. SECTEUR MEDICO-SOCIAL : FLUIDIFIER LES PARCOURS DE SOINS ET ACCOMPAGNER LE REEQUILIBRAGE DE L'OFFRE DE SOINS AU PROFIT DU MEDICO-SOCIAL

Le projet porté par le médico-social (préparer et de construire le retour à une vie sociale autonome des personnes handicapées et/ou malades) est distinct du projet porté par le dispositif de soins. Ils sont cependant largement complémentaires. Le secteur médico-social a besoin du concours du dispositif de soins, et réciproquement.

Pour la partie du médico-social qui ne fait pas l'objet d'un financement par l'Assurance maladie⁵², les liens avec le dispositif de soins sont ténus. Il serait donc logique de ne pas l'inclure dans le périmètre de compétence de l'ARS.

Pour les structures et les services faisant l'objet d'un financement partiel, voire total, de la part de l'Assurance maladie, l'intérêt de leur inclusion au sein du périmètre de compétence de l'ARS est en revanche manifeste. Dans la suite du rapport, le terme « médico-social » ne fera désormais référence qu'à ces structures, dont la liste figure en annexe n°2.

Les objectifs

Le fait qu'une même autorité puisse, au niveau régional, être compétente sur l'organisation et le financement du secteur des soins et du secteur médico-social doit permettre de :

- améliorer le parcours des patients nécessitant des prises en charge complémentaires relevant du médico-social et du soin ;**
- organiser des réponses adaptées aux besoins des personnes ;**
- faciliter la mise en œuvre des opérations de restructuration hospitalières, au profit du secteur médico-social.**

⁵¹ En Ile de France, cependant, une partie importante de l'offre de soins hospitalières, l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris, n'est pas de la compétence de l'ARH pour ce qui concerne l'allocation de ressources. Le régime spécifique de l'AP-HP limite ainsi fortement l'impact de la planification tant régionale que territoriale. Il conviendrait d'y mettre fin et de faire entrer cette partie importante de l'offre de soins dans le champ de compétence de l'ARS

⁵² Les ESAT et les structures financées intégralement par les collectivités locales ou l'Etat.

Les risques

Le médico-social se fonde sur un projet positif extérieur à la question des soins, visant à préparer et à construire un projet de vie sociale autonome ; il ne saurait être conçu comme le simple lieu d'accueil des personnes toujours souffrantes mais ne nécessitant plus des soins aigus. Loin d'être seulement centré sur les seules préoccupations portées par le secteur des soins, le pilotage devra donc aussi être le garant de l'identité et de la vocation propres du médico-social.

L'administration du secteur médico-social exige de travailler en étroite relation avec les conseils généraux. L'ARS devra donc être vigilante pour assurer la continuité et la qualité de ces liens avec les collectivités locales.

Sur le plan financier, des garde-fous sont à prévoir afin que l'enveloppe du médico-social ne serve pas de variable d'ajustement pour régler les besoins pressants et immédiats apparaissant du côté des soins.

Le secteur médico-social est constitué par de nombreux établissements (environ 32.000) dont l'implantation territoriale est très dispersée. Il importe de veiller à ce que la gestion de ce dispositif par l'ARS soit menée efficacement, par exemple en simplifiant les procédures d'allocation budgétaires aux établissements (*cf.* 2.3.3.4)

Les propositions

- **Les structures et services relevant du secteur médico-social, faisant l'objet d'un financement en tout ou partie par l'Assurance maladie, doivent être inclus dans le périmètre de compétence de l'ARS.** Cela ne doit pas remettre en cause les compétences respectives de la CNSA, des MDPH⁵³ et des conseils généraux, mais mérite néanmoins un examen de la viabilité d'un maintien en l'état du dispositif actuel
- **La fongibilité régionale des enveloppes entre le secteur du soin et celui du médico-social est à prévoir**, afin notamment de favoriser les restructurations entre les deux secteurs et le « basculement » de lits de court séjour en places de médico-social. Cette fongibilité pourrait donc être **asymétrique**, les moyens ne pouvant être transférés que du secteur des soins vers le médico-social et non l'inverse.
- L'inclusion du médico-social dans le périmètre de compétence de l'ARS implique **une articulation efficace avec les conseils généraux**. Cette question étant essentielle, un groupe de travail devra approfondir les moyens opérationnels de nature à assurer cette articulation opérationnelle.
- Un cahier des charges propre aux structures et services du médico-social est à concevoir. Il pourrait préciser les missions et les obligations de ce secteur.

2.2.3. PREVENTION ET EDUCATION A LA SANTE : MIEUX COORDONNER LE PREVENTIF ET LE CURATIF POUR TERRITORIALISER LES POLITIQUES DE SANTE

L'inclusion de la prévention et de l'éducation à la santé dans le périmètre des ARS est souhaitée par la plupart des acteurs de terrain et des spécialistes dans ce domaine.

Les objectifs

- **Améliorer la pertinence et l'efficacité des politiques de santé menées dans les régions**, en élaborant des stratégies de santé à la fois **territorialisées (donc mieux ciblées) et globales (donc plus cohérentes)**. Il s'agit d'agir sur les besoins de santé propres à chaque région, en conduisant des actions complémentaires dans le domaine de la prévention, de l'éducation à la santé, du soin et du médico-social.

⁵³ Maisons départementales des personnes handicapées.

- **Réduire les « coûts de coordination » du secteur**, notamment en regroupant au niveau régional et en une seule main tous les moyens destinés à financer les actions de prévention et d'éducation à la santé.
- **Accroître l'effort consacré à la prévention et à l'éducation à la santé**, notamment en valorisant et en organisant mieux le travail mené à ce sujet dans le cadre des soins.
- **Renforcer les capacités d'analyse régionale des besoins de santé** de la population, en définissant les indicateurs de suivi et d'évaluation adaptés, en relation avec les ORS (observatoires régionaux de la santé) et mettre ces outils à disposition des membres de la conférence régionale de santé.

Les risques

- La direction de l'ARS devra veiller à ne pas faire prévaloir les sujets à la fois importants et urgents qui relèvent du domaine du soin sur les sujets aussi importants mais paraissant moins urgents qui relèvent de la prévention et de l'éducation à la santé.
- La prévention et l'éducation à la santé est un secteur interministériel⁵⁴. Les ARS devront veiller à établir des coopérations avec les ministères concernés pour faire vivre cette action interministérielle.
- Les ARS devront aussi poursuivre et soutenir les dynamiques locales initiées par les GRSP visant à développer, notamment avec les communes, une politique de prévention capable de rassembler toutes les initiatives autour de mêmes objectifs.
- De même, il faut que l'ARS organise et entretienne une relation de proximité avec de nombreux acteurs locaux venant du secteur associatif (appartenant aux diverses professions de santé, représentants de communes, de quartiers...) destinée à faire émerger des projets et à les accompagner.
- Il convient enfin de veiller à ce que l'inclusion de la prévention dans le périmètre des ARS ne conduise pas à réduire ses moyens budgétaires, mais au contraire les consolide.

Les propositions

- **La prévention et l'éducation à la santé doivent être intégrées au périmètre de compétence de l'ARS.** Celles-ci reprendront en ce cas les missions des GRSP.
- **L'organisation interne de l'ARS devra assurer un portage fort de la prévention et de l'éducation à la santé, articulé avec les stratégies conduites dans le secteur du soin et du médico-social.** A titre d'exemple, la lettre de mission et les objectifs annuels du directeur de l'agence devront inclure des dispositions portant spécifiquement sur la prévention et sur l'éducation à la santé.
- L'ARS devra **organiser une relation de proximité avec les acteurs locaux de la prévention.** La relation avec les collectivités locales impliquées dans les actions de prévention et d'éducation à la santé devra être structurée dans le cadre des instances propres à la gouvernance de l'agence.
- Comme pour le médico-social, un mécanisme de **fongibilité asymétrique** devrait être mis en place, rendant impossible tout transfert de moyens de la prévention vers les soins ou le médico-social, le mouvement inverse étant autorisé.

54 L'Education nationale, le Travail et l'emploi sont particulièrement concernés.

2.2.4. VEILLE, SECURITE SANITAIRES ET GESTION DES CRISES SANITAIRES : UNE MEILLEURE EFFICACITE PAR UN PARTAGE DES ROLES SIMPLIFIE ENTRE L'ARS ET LE PREFET DE DEPARTEMENT

Les objectifs

L'organisation du dispositif de veille, de sécurité sanitaires et de gestion des crises sanitaires doit permettre de concilier des objectifs partiellement contradictoires :

- Assurer une capacité d'expertise de l'ARS sur l'ensemble des questions sanitaires, ainsi qu'une pleine prise en compte des considérations de santé publique dans la gestion notamment des questions de santé environnementale.
- Permettre aux préfets d'assurer pleinement et efficacement leurs responsabilités en matière de préparation et de gestion de crise.
- Mutualiser au maximum, compte tenu des effectifs réduits, les compétences et les ressources.
- Eviter que la « cinétique rapide » de la sécurité sanitaire ne préempte l'attention et les efforts des ARS au détriment de leur vocation prioritaire - la gestion des politiques de santé et de l'offre de soins - dont la cinétique est plus lente.

Parmi ces objectifs, **la priorité est d'assurer une répartition des compétences entre les acteurs qui assure un fonctionnement efficace du dispositif.**

Les risques

- Il importe que, pour faire face à l'événement critique, le responsable en charge de la gestion de crise ait à sa disposition immédiate une capacité d'analyse et d'expertise des différentes situations qui peuvent se présenter.
- Organiser sous l'autorité du préfet de département l'ensemble des services destinés à la veille, aux contrôles et à la protection des populations entraînerait plusieurs risques :
 - le recrutement de professionnels compétents serait difficile s'il devait être assuré sur deux services distincts : ceux des préfets de département et ceux de l'ARS (plusieurs DDASS sont déjà dépourvues de MISP et cette situation va aller en s'aggravant, rendant indispensable une mutualisation régionale des médecins récemment engagée),
 - la spécialisation des professionnels ne serait pas possible dans la plupart des départements, dont les équipes ne disposeront pas de la taille critique,
 - l'ARS devrait se constituer des moyens de surveillance et de contrôle qui pourraient être redondants ou pas toujours bien coordonnés avec les moyens affectés dans les départements .

Les propositions

L'exigence première d'efficacité du dispositif de veille et de sécurité sanitaires laisse ouvertes de **multiples options pour l'organisation de ces missions au niveau territorial.** Parmi ces scénarios, trois invariants doivent être respectés :

- **Régionaliser les capacités d'analyse et d'expertise en matière de veille et d'alerte sanitaires** (extension des compétences des CIRE), afin de mutualiser les moyens et d'améliorer leur efficacité.
- **Prévoir une capacité d'expertise de l'ARS au niveau régional sur l'ensemble des sujets**, afin de permettre un portage par une administration de la santé des analyses faites sur les situations susceptibles de compromettre la santé de la population.
- **Confirmer le rôle exclusif du préfet en matière de gestion de crise.**

Dans ce cadre, une analyse fine de la répartition des compétences entre le niveau départemental (qui pourrait être du ressort exclusif des préfets) et le niveau régional (du ressort des ARS) est à faire.

2.2.5. LES FORMATIONS, UN OUTIL NECESSAIRE

Les services déconcentrés du ministère de la santé, surtout les DRASS, ont des missions importantes dans le domaine des formations sanitaires et sociales. Ils sont en charge de l'agrément des formations, du suivi et du contrôle pédagogique des écoles, de la délivrance des diplômes. Le financement des écoles paramédicales et leur répartition territoriale relève de la compétence du conseil régional depuis 2003.

Il apparaît souhaitable que les formations fassent partie du périmètre des ARS :

- la dimension de la formation ne saurait être absente d'une politique de santé visant à agir sur les pratiques professionnelles et l'organisation des prises en charge ;
- les liens nécessaires entre l'appareil de formation et les dispositifs d'emploi seront plus aisés à renforcer et à cultiver si c'est la même autorité administrative qui est responsable des stratégies de développement poursuivies dans ces deux secteurs.

Les objectifs

- Conserver le lien fort existant aujourd'hui entre les écoles de formation et le dispositif d'emploi des professionnels du secteur sanitaire et social, tant dans le domaine de l'organisation de formations recourant à des stages pratiques que dans celui de leurs contenus.
- S'assurer du développement de formations adaptées aux besoins du secteur d'emploi de ces professionnels, tant sur le plan quantitatif que qualitatif.

Les propositions

- **Les compétences actuelles des services déconcentrés dans le domaine des formations sanitaires et sociales devraient être transférées aux ARS.**
- Le directeur de l'ARS doit pouvoir, sur ce sujet, disposer de leviers d'action lui permettant de faciliter la réussite des politiques arrêtées.

2.3. QUELS OUTILS POUR LES ARS ?

2.3.1 PRINCIPES GENERAUX

La pertinence et la qualité des outils des ARS constituent un des principaux facteurs de succès de la réforme. Des outils pertinents et performants sont en effet indispensables pour que les ARS améliorent :

la qualité de la réponse aux besoins de santé (à travers les actions de planification et de structuration de l'offre de soins notamment), et
l'efficacité du système (en agissant sur le financement et sur les pratiques des professionnels et des établissements de santé).

La responsabilisation des ARS tant en matière de politiques de santé que d'efficacité suppose :

en amont, une déconcentration du niveau national au profit du niveau régional,
en aval, une contractualisation avec les professionnels et avec les établissements de santé, afin d'aligner leurs pratiques sur les objectifs poursuivis (avec l'appui notamment, par délégation, des caisses locales des trois régimes).

Ces principes généraux rendent ainsi nécessaires de :

inscrire l'action des ARS, responsabilisées non plus seulement en matière d'offre de soins mais d'efficacité des dépenses, dans le cadre général de l'ONDAM ;

responsabiliser les directeurs d'ARS sur des objectifs, sur la base d'une lettre de mission conditionnant leur évaluation, une partie de leur rémunération et leur évolution de carrière ;

permettre aux ARS d'adapter leurs outils en fonction des spécificités de chaque région ;

prévoir des dispositifs anti-remontée pour mieux responsabiliser les ARS (comme la suppression du recours hiérarchiques contre certains types de décisions des ARS au profit du seul recours contentieux, en matière d'autorisations par exemple), cf. *infra* 2.5.2.

renforcer la capacité du niveau central à comparer les performances des ARS, diffuser les bonnes pratiques et définir des règles nationales encadrant l'action des ARS et permettant une juste péréquation des moyens. La définition de règles nationales, établies sur la base de données nationales partagées (comme des bonnes pratiques encadrant les activités médicales à risque, les choix de spécialisation viables ou les investissements, immobiliers ou informatiques), sont en particulier nécessaires pour encadrer les modalités discrétionnaires d'allocation des ressources (contractualisation par exemple).

Les propositions suivantes seront à adapter en fonction du périmètre de compétences des ARS.

2.3.2 LES OUTILS D'ORGANISATION DE LA PREVENTION ET DES SOINS

2.3.2.1 UN OUTIL GLOBAL DE PLANIFICATION

Les ARS doivent pouvoir disposer de l'ensemble des outils de planification stratégique actuellement dispersés entre différents acteurs. L'élaboration de projets de santé à la fois plus globaux et plus cohérents et mieux adaptés aux besoins territoriaux constitue en effet une des priorités des ARS. Il conviendra ainsi de fusionner au sein d'un **Plan régional de santé** (PRS) :

- le PRSP, avec ses différents volets ;
- le PRAM, pour les actions menées actuellement par l'Assurance maladie ;
- le SROS, pour les établissements de santé ;
- le PRIAC, pour les structures médico-sociales financées par des crédits d'Assurance maladie.

Les ARS disposant également d'outils en matière d'installation des professionnels de santé libéraux (cf *infra*), les orientations de leur action (définition des zones à sous/sur densité, répartition des centres de soins primaires...) devront également être définies, en bonne intelligence avec les services de l'Assurance maladie, dans un document stratégique qui pourrait constituer un volet du PRS.

2.3.2.2 LA STRUCTURATION DE L'OFFRE DE SOINS DANS LE SECTEUR AMBULATOIRE

Les ARS doivent disposer d'une **compétence large de structuration de l'offre de soins dans le secteur ambulatoire**. L'objectif est à la fois de faciliter l'accès aux soins de tous et une organisation efficiente des parcours de soins (via en particulier une meilleure gradation des soins). Les compétences des ARS pourraient être articulées autour de quatre axes :

Organiser la permanence des soins (y compris en maison de retraite), la garde ambulancière, la garde pharmaceutique et la garde dans le secteur dentaire (à l'exclusion du pouvoir de réquisition qui ne peut être exercé que par le préfet). L'ARS doit disposer à la fois du pouvoir de décision (le CODAMUPS doit être placé auprès de l'ARS) et de financement (fixation des astreintes, financement de la régulation, financement des maisons médicales de garde notamment). Les dispositifs actuels de planification de la permanence des soins et de l'aide médicale urgente pourraient fusionner au sein d'un volet du PRS consacré à l'Aide Médicale Permanente à la Population (AMPP)⁵⁵.

⁵⁵ « Mission de médiation et propositions d'adaptation de la permanence des soins », rapport remis à la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports par le docteur Jean-Yves Grall, août 2007

Pouvoir mieux répartir et structurer l'offre de soins sur le territoire. L'ARS doit disposer à ce titre :

des compétences pour **faire évaluer la carte des zones déficitaires** à aider en priorité, **de même que les zones dites surdensées, et ce pour l'ensemble des professions de santé**, le tout en fonction des besoins de santé de la zone d'installation et de l'acceptation de contraintes d'intérêt général...

d'une **capacité de contractualisation avec les professionnels de santé** sur des forfaits permettant de rémunérer des engagements correspondant à une orientation régionale de la politique de santé ou à des contraintes de service public (exemple : actions en matière de prévention ou aides à l'installation dans les zones de sous-densité médicale) ;

de la **maîtrise des fonds disponibles pour aider à la structuration de l'offre** : aides à la création de maisons de santé pluridisciplinaires ; aide au regroupement des médecins, bourses aux étudiants contre engagement de service, mesures désincitatives à l'installation, etc. L'ARS doit être l'interlocuteur unique des collectivités locales sur ces sujets ;

du pouvoir d'approbation et de financement des réseaux à l'échelon régional ou infra régional, à travers la **maîtrise des crédits du FIQCS**.

Disposer du pouvoir d'autorisation de création de certaines structures ou services : pharmacies, laboratoires d'analyse, le cas échéant centres de santé, transport sanitaire⁵⁶.

Maîtriser les flux de formation : une large déconcentration à l'échelon régional des décisions dans ce domaine est souhaitable :

pour les paramédicaux : fixation des quotas de formation régionaux par les ARS, en dialogue avec les régions, qui financent les instituts de formation ;

pour les sages-femmes et les dentistes ;

pour les médecins, une régionalisation de l'examen national classant pourrait être envisagée, et l'ARS pourrait se voir confier un certain nombre de missions dans l'organisation de la formation des médecins, actuellement exercées par les DRASS, comme le choix des terrains de stage et la mise en place de postes d'internat). L'ARS devrait s'appuyer sur les comités régionaux de la démographie des professions de santé, relais locaux de l'ONDPS.

2.3.2.3 L'ORGANISATION DE L'OFFRE HOSPITALIERE

Les ARS doivent conserver les pouvoirs d'organisation des soins dont disposent les ARH (dont le SROS). Elles doivent avoir la pleine compétence quant à l'organisation et au financement de la permanence de soins des établissements de santé privés (financement actuellement réalisé sur le fondement d'un contrat avec l'URCAM).

Cette continuité s'accompagne cependant de plusieurs évolutions :

- si, actuellement, les objectifs quantifiés de l'offre de soins (OQOS) calculés dans le cadre des SROS et déclinés dans les CPOM⁵⁷ ne sont pas corrélés avec les perspectives d'évolution des dépenses d'assurance maladie ; une évolution de l'organisation l'offre hospitalière tendant à une articulation directe avec l'ONDAM et avec les objectifs d'efficacité définis aux ARS est nécessaire ;
- des améliorations peuvent être apportées aux outils déjà existants pour faciliter les restructurations (fonctionnement des GCS ; condition d'affectation des personnels des établissements restructurés) ;
- de fait des objectifs plus ambitieux de restructuration doivent être poursuivis, pour tenir compte notamment des problèmes de qualité de soins et de sécurité posés par la taille de certains services.

⁵⁶ Par reprise de compétences actuellement exercées respectivement par les DDASS, la DRASS (l'opportunité du maintien des autorisations pour les centres de santé est cependant à revoir) et de l'Assurance maladie.

⁵⁷ Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, passé entre l'établissement de santé et l'ARH.

Une déconcentration de certaines procédures devrait être étudiée.

2.3.2.3 L'ORGANISATION DE L'OFFRE DE SOINS MEDICO-SOCIALE

Les ARS devraient élaborer la partie médico-sociale des PRS (correspondant aux actuels PRIAC). Elles pourraient délivrer les autorisations de création de places, dans le secteur des personnes âgées comme dans celui des personnes handicapées, dans les mêmes conditions de partage avec les départements qu'aujourd'hui. Elles autoriseraient la création de SSIAD.

2.3.3 LES OUTILS DE FINANCEMENT ET DE TARIFICATION

Le principe d'une convention nationale pour les professionnels de santé libéraux et de tarifs nationaux pour les établissements de santé ne doit pas être remis en cause. Le maintien d'une politique tarifaire nationale répond en effet à des impératifs d'égalité de traitement à l'échelle nationale, de lisibilité et de maîtrise des dépenses⁵⁸.

L'efficacité de l'action des ARS ne pourra cependant être assurée que si leur sont garanties des **marges de manœuvre financières conséquentes**. Ces marges de manœuvre sont en effet nécessaires pour leur permettre de disposer d'une véritable capacité d'orientation des politiques de santé et de l'organisation et des pratiques des professionnels et des établissements de santé :

financement de politiques de santé de publique en fonction des besoins régionaux prioritaires ;

organisation de la permanence des soins ;

appui à la structuration de l'offre de soins primaires et contractualisation avec les professionnels de santé pour orienter leurs pratiques ;

contractualisation avec les établissements de santé et les établissements et services médico-sociaux pour orienter leur politique et faciliter les restructurations.⁵⁹

Les ARS pourraient ainsi bénéficier d'une enveloppe régionale globale, fermée, constituée à partir du rassemblement d'enveloppes existantes, complétée par un prélèvement supplémentaire - préciput - sur l'ONDAM. Cette enveloppe devra être fixée en fonction de critères objectifs, principalement épidémiologiques et démographiques (besoins des patients x nombre de patients).

En amont, un réexamen de la validité des autres instruments doit être réalisé. L'enveloppe régionale doit en effet être considérée comme la réponse aux limites des autres modes d'intervention notamment la combinaison des outils tarifaires et des dispositifs d'autorisation ou de reconnaissance d'activités.

En première analyse, outre le montant prélevé sur l'ONDAM comme préciput avant répartition, les crédits du FNPEIS, les moyens affectés à la permanence des soins, ceux du FICQS ou du FMESPP pourraient être mobilisés, ainsi que les crédits de contractualisation en matière hospitalière. Au préalable, la question de la gouvernance et de la gestion des fonds doit être réexaminée.

Cette contrainte ne fait que mettre en évidence que les sources de financement ont été mises en place en obéissant à des logiques différentes sans une approche d'ensemble et coordonnée du dispositif de santé.

Ces différents crédits représentent ainsi d'ores et déjà une enveloppe totale de 2 Mds € qui pourrait

⁵⁸ A titre illustratif, le système déconcentré de fixation des tarifs des cliniques privées conduisait à une grande hétérogénéité et était de surcroît inflationniste. Il a été remplacé pour les activités de court séjours par les tarifs nationaux T2A complétés par des dotations d'accompagnement à la contractualisation.

⁵⁹ Avec la T2A à 100%, la dotation globale et ses résidus disparaissent entièrement. Les coefficients correcteurs peuvent faire l'objet de modulations mais ne peuvent être considérés comme des outils pertinents pour orienter l'activité des établissements que via les CPOM ; leurs seuls incitatifs résident dans les montants des aides à la contractualisation.

être répartie entre les différentes ARS (soit en moyenne environ 80 M € par ARS) pour mener à bien les objectifs mentionnés précédemment. En fonction des objectifs assignés (notamment en matière de contractualisation et d'appui aux restructurations), ces crédits pourraient être complétés.⁶⁰

Un consensus se dégage en faveur de la **fongibilité de cette enveloppe**. Celle-ci est en effet à même de permettre aux ARS de trouver des solutions adaptées aux spécificités de chaque territoire en passant outre les cloisonnements entre prévention, médecine de ville, établissements de santé et secteur médico-social.

La **fongibilité régionale ne remet pas en cause les sous-objectifs nationaux de l'ONDAM**. Il convient de substituer aux lourds mécanismes actuels, qui supposent un arbitrage national, un mécanisme permettant au niveau régional d'assurer les transferts entre enveloppes, une régularisation comptable étant effectuée *a posteriori* au plan national.

Pour la prévention et le médico-social, une fongibilité asymétrique est proposée pour « sécuriser » leurs enveloppes, qui pourraient être abondées, sans pouvoir être réduites.

1) **Dans le champ de la prévention, l'ARS devrait être l'unique gestionnaire de l'ensemble des crédits d'Etat ou de l'Assurance maladie (FNPEIS) affectés en région** au financement de la prévention et unique décideur de leur affectation. Il serait souhaitable par ailleurs de réduire au strict minimum les dotations nationales fléchées sur des moyens, telles que celles contenues dans les plans de santé publique.

2) **Dans le champ ambulatoire, l'éventualité d'un pouvoir de négociation de l'ARS avec les professionnels libéraux de la région est à étudier**, par exemple sur les dépassements d'honoraires, sur un champ limité et sans remise en cause du cadre conventionnel.⁶¹ Pour la contractualisation avec les professionnels de santé, une part de rémunération forfaitaire, selon le principe déjà mis en œuvre avec le paiement des astreintes au titre de la permanence des soins, est préférable à une modulation des tarifs de remboursement à l'intérieur d'un « tunnel » dont les bornes inférieures et supérieures seraient fixées dans les conventions nationales, potentiellement plus inflationniste.

3) **Dans le champ des établissements, les ARS doivent conserver un pouvoir de répartition des crédits délégués pour les activités du champ T2A (MIGAC)**. S'agissant des activités de SSR et psychiatrie du secteur public, elles conserveraient à titre transitoire, dans l'attente du passage à la T2A, une compétence de gestion des crédits délégués.

Si la centralisation de la gestion des nomenclatures et de la fixation des tarifs des actes et prestations (actes ou GHS) est à préserver, il importe en effet de conforter, pour les établissements de santé soumis à la tarification à l'activité, la marge de manœuvre consacrée à l'accompagnement de la contractualisation.

4) **Dans le champ médico-social, il convient d'étudier l'opportunité d'une répartition par les ARS**, sur la base des priorités identifiées dans le PRIAC (ou le futur PRS), **de dotations déléguées par la CNSA** (qui à l'heure actuelle effectue la répartition départementale des enveloppes). Les ARS conserveraient la capacité de tarifier les établissements médico-sociaux (compétence actuellement exercée par la DDASS).

Il convient de privilégier la contractualisation et l'allocation des ressources avec les structures gestionnaires plutôt qu'avec chaque établissement, afin de responsabiliser ces structures et de simplifier les procédures.

⁶⁰ Une mission complémentaire (cf. *infra*, 3.2.5) pourrait utilement documenter cette question essentielle et objectiver .

⁶¹ Cela pose la question de l'identification d'organisations représentatives des professionnels libéraux au niveau régional, inexistante actuellement si l'on excepte les Unions régionales de médecins libéraux.

2.3.4 LES OUTILS POUR AMELIORER L'EFFICIENCE DE L'OFFRE DE SOINS

Les ARS doivent se voir fixer un objectif prioritaire d'efficience, dont elles doivent rendre compte à l'échelon national. Cet objectif servira notamment de référence pour cadrer la contractualisation avec les CPAM.

Elles doivent à cette fin disposer d'outils qui servent de base à la contractualisation tant avec les établissements qu'avec les professionnels de santé (soit individuellement, soit avec des structures de regroupement – type centres de soins primaires, réseaux... , soit avec leurs représentants).

2.3.4.1 L'EFFICIENCE DANS LE DOMAINE AMBULATOIRE

Les fonctions de contrôle et d'action sur les comportements doivent relever de la responsabilité de l'ARS (cf. 2.2.1). Leur mise en œuvre peut être déléguée, par contractualisation, aux CPAM. Dans le cadre de la politique de régulation mise en place par l'Assurance maladie et qu'il convient naturellement de poursuivre et de renforcer, les ARS pourraient préciser le cadre et les objectifs de la régulation à mettre en œuvre par les CPAM et en évaluer les résultats.

Les **contrats individuels avec les médecins** (prévus par l'article 43 de la LFSS pour 2008), intéressant les médecins à la réalisation d'objectifs de prévention et d'objectifs médico-économiques, sont à promouvoir.

La création des ARS doit par ailleurs permettre de **mener les politiques de régulation de façon transversale** : ainsi, l'action vis-à-vis des professionnels de santé pour généraliser la diffusion des pratiques de soins efficaces, doit pouvoir être menée aussi bien en établissement de santé (public ou privé) qu'en ambulatoire ou dans le secteur médico-social. La mise en place du RPPS (répertoire partagé des professions de santé) facilitera cette orientation en permettant d'individualiser les prescriptions des praticiens hospitaliers.

2.3.4.2 L'EFFICIENCE DES ETABLISSEMENTS DE SANTE ET MEDICO-SOCIAUX

L'amélioration de l'efficience de gestion est un objectif non réellement assumé dans le système actuel.

S'agissant de **la gestion des établissements de santé**, l'objectif de la réforme devrait être de renforcer les outils et compétences à la disposition des agences mais également d'utiliser effectivement ceux dont disposent déjà les ARH :

- un contrôle renforcé des déficits hospitaliers, en systématisant les contrats de retour à l'équilibre et en les déclenchant plus précocement (cf LFSS pour 2008 – article 62-X);
- une politique de mesure comparée des performances économiques des établissements et d'une contractualisation systématique sur ces thématiques ;
- une professionnalisation de l'instruction des dossiers d'investissement hospitalier (avec l'aide méthodologique nationale de la MAINH ?)
- une capacité renforcée de contrôle et d'incitation à la performance des gestionnaires d'hôpitaux (lettres de mission, part variable de rémunération en fonction d'objectifs) ;
- la mise sous administration provisoire des établissements fortement déficitaires.

Parmi les outils à promouvoir en direction des établissements, il faut mentionner :

- les accords, dont l'ARS serait signataire, d'initiative locale avec les établissements de santé, intéressant ces établissements à la maîtrise de la prescription en ville (médicaments, transports sanitaires) ; l'objectif doit être de généraliser les accords de ce type ;
- la modernisation du mécanisme actuel des autorisations, qui pourrait être contractualisé dans le cadre des CPOM passés avec chaque établissement ; cette réflexion pourrait être étendue au secteur médico-social ;
- les contrôles et sanctions : contrôle de la T2A, de l'adéquation des patients aux structures, etc.

La pertinence de certains outils actuels (OQOS notamment) pourrait être dans le même temps réexaminée et, plus généralement, le dispositif actuel de planification mérite d'être évalué. En laissant aux ARH de définir l'évolution des besoins, il ne garantit pas le rééquilibrage dans l'offre de soins entre les régions, ou alors avec un risque financier élevé. Un cadrage national apparaît indispensable.

Concernant le **secteur médico social**, la même mission de contrôle de la gestion et plus largement du bon fonctionnement de la structure peut être confiée à l'ARS. La contractualisation, déjà effective avec les établissements de santé, est à généraliser avec les établissements médico-sociaux.

Une réflexion pourrait par ailleurs être menée sur l'opportunité d'une implication plus forte du niveau régional dans les nominations et les affectations des directeurs d'établissements sanitaires et médico-sociaux et des praticiens hospitaliers, voire de leur déconcentration.

Si la contractualisation permet de fixer des objectifs ambitieux aux établissements sanitaires et médico-sociaux, elle ne suffit pas à identifier les moyens de respecter ces objectifs et, plus généralement, d'améliorer l'efficacité. Ainsi, **il importe de renforcer l'appui extérieur aux établissements pour améliorer leur efficacité**. Un « **service national d'appui à l'efficacité hospitalière** », ayant vocation à identifier et à diffuser les bonnes pratiques de gestion⁶², pourrait remplir cette fonction, en liaison directe avec les ARS.

Il importe en outre de poursuivre le travail conduit depuis quelques années par l'Etat et l'Assurance maladie pour disposer d'outils de comparaison de pratiques. Les ARS doivent pouvoir disposer de tableaux de bord de suivi de la performance des établissements (outils de promotion de la qualité de la prise en charge au service de l'efficacité, éléments de coûts).

2.3.5 UN OBJECTIF REGIONAL INDICATIF DES DEPENSES D'ASSURANCE MALADIE ?

La responsabilisation du niveau régional doit conduire à une articulation forte entre les objectifs fixés à l'ARS et l'ONDAM. Cette articulation ne peut toutefois prendre son sens sans une amélioration sensible de la capacité des acteurs territoriaux à établir une programmation budgétaire. Un objectif indicatif de dépenses d'Assurance maladie au niveau régional est donc souhaitable.

En revanche l'hypothèse d'une compétence des ARS en matière de régulation prix-volume est à écarter. Ce système supposerait la décomposition de l'ONDAM en enveloppes régionales fermées, et la capacité des ARS à faire varier les tarifs nationaux en fonction du respect par les professionnels ou les établissements des objectifs d'activité.

Il pourrait être intéressant de fixer, par région, un objectif indicatif de couverture des besoins sanitaires et, par suite, de dépenses de santé en fonction de données objectives, comme :

- le nombre d'habitants et la structure socio-démographique de la population,
- les données disponibles sur la mortalité et la morbidité,
- l'attractivité des structures de soins libérales et hospitalières.

Il s'agit de responsabiliser les acteurs et de favoriser une convergence entre régions à la fois de l'état de santé des populations et des moyens qui y sont affectés. Cette convergence suppose un renforcement du pilotage national pour assurer une péréquation des moyens.

2.3.6. LES SYSTEMES D'INFORMATION : UN POINT NODAL

La qualité et la pertinence des systèmes d'information dont disposeront les ARS constituent un

⁶² Au sens large, incluant les investissements immobiliers, les systèmes d'information, la gestion des process et l'organisation du travail,...

facteur déterminant de leur efficacité. Les systèmes d'information sont en effet nécessaires pour :

- **connaître, suivre et piloter les pratiques** des professionnels, le fonctionnement des établissements de santé et la mise en œuvre des politiques de santé ;⁶³
- **établir des tableaux de bord** de comparaison des pratiques et de l'efficacité des établissements de santé et médico-sociaux et plus généralement de pilotage stratégique de l'activité de l'agence ;⁶⁴
- **permettre au niveau central d'établir des comparaisons entre régions, de tirer des enseignements sur l'efficacité des pratiques et des politiques menées et d'établir des règles nationales** (en matière d'allocation de ressources notamment) pertinentes et complétées par des règles de péréquation précises.

Trois types d'actions sont donc à mener pour que les systèmes d'information à disposition des ARS soient à la hauteur de ces enjeux :

Donner accès aux ARS aux systèmes d'information de l'Assurance maladie, et notamment aux données issues de la liquidation des prestations (accès au SNIIRAM).⁶⁵ C'est en effet sur la base de ces données que l'ARS pourra efficacement conduire une politique de contractualisation avec les établissements et les professionnels ;

Urbaniser les systèmes d'information des différents services dont seront issus les ARS. Il s'agit d'additionner les « briques » de systèmes d'information existants et de faire en sorte qu'elles puissent fonctionner ensemble de manière efficace ; parmi celles-ci devront notamment figurer :

- des outils métier pour le suivi et l'approbation des budgets (EPRD) puis l'enregistrement des comptes administratifs des établissements sous tutelle ou l'enregistrement des tarifs spécifiques ;
- des outils de pilotage et de programmation relatifs à l'hôpital (par exemple des outils d'analyse de l'activité des établissements, des zones d'attraction de la patientèle, d'analyse de la viabilité des choix stratégiques des établissements de santé...)
- des outils de suivi des demandes de subvention et des activités des associations dans le domaine de la santé publique ;
- des outils pour l'instruction, la publication et l'enregistrement des autorisations et des certificats de conformité ;
- des outils d'alerte et de gestion des crises, etc.

Développer les nouveaux outils et systèmes d'information répondant aux missions des ARS et les circuits de remontée d'information nécessaire au pilotage central.

En articulation avec les ARS se pose la question de l'organisation d'un véritable système d'information national en santé, qui recueillerait et mettrait à disposition l'ensemble des données, notamment d'activité, aujourd'hui collectées de manière éparées.

2.3.7 PLUSIEURS CONDITIONS A REMPLIR POUR UNE MISE EN ŒUVRE EFFICACE DE CES OUTILS

Il ne suffira pas de définir et d'élaborer ces outils pour en assurer le fonctionnement opérationnel. Celui-ci dépendra en effet notamment de :

- leur articulation avec les politiques et avec les outils nationaux,
- l'existence de marges de manœuvre financières,

⁶³ Inversement les ARS devront mettre des outils ou plateformes de services à disposition des professionnels et des établissements de santé : annuaires professionnels, portail pour la publication d'informations, serveurs d'identité...

⁶⁴ Cf. audit de modernisation IGAS-IGF de 2006 sur « ARH et pilotage des dépenses hospitalières »

⁶⁵ Les institutions actuelles disposent déjà de nombreuses sources d'information : les URCAM, comme les caisses du régime général, sont reliées au SNIIRAM qui constitue une base de données particulièrement riche. Les ARH disposent de l'ensemble des données du PMSI et de la SAE.

la mise à disposition des données nécessaires au suivi de ces outils (les systèmes d'information doivent être adaptés et parfaitement coordonnés),
la formation des personnels pour maîtriser et déployer ces nouveaux outils.

Un groupe de travail spécifique devra donc être mis en place dès le début de l'année 2008 pour préciser la nature de ces outils, les élaborer et préparer leur mise en place (cf. *infra*, 3.2.5).

2.4. QUEL STATUT JURIDIQUE POUR LES ARS ET QUEL STATUT POUR LES PERSONNELS ?

N'étant souhaité par aucun acteur, le scénario de décentralisation n'a pas été envisagé dans le cadre de ce rapport. Il ne s'agit par ailleurs de confier la responsabilité des ARS ni exclusivement à l'Etat, ni exclusivement à l'Assurance maladie.

2.4.1. LE STATUT DES ARS DOIT REpondre A PLUSIEURS EXIGENCES

Trois statuts juridiques coexistent parmi les différents organismes territoriaux de santé :

- services déconcentrés de l'Etat : DRASS, DDASS
- organismes ou services locaux d'Assurance maladie : URCAM, CRAM, ERSM
- groupements d'intérêt public : ARH, GRSP.

Le statut des ARS doit répondre à quatre exigences principales :

- **permettre un management et un fonctionnement efficaces de l'agence ;**
- **permettre à l'ARS de bénéficier effectivement des ressources, financières et humaines des différents acteurs ;**
- **faciliter la mise en place des ARS et l'intégration immédiate des personnels de l'Etat et de l'Assurance maladie ;**
- **permettre dans la durée une gestion satisfaisante des personnels et de leurs parcours.**

La nature même des ARS, et notamment la double filiation Etat / Assurance maladie, exclut le scénario d'une organisation des ARS sous forme de service déconcentré de l'Etat et exige l'identification claire d'une entité à la responsabilité spécifique. En l'état actuel du droit, **deux statuts - établissement public ou groupement d'intérêt public - sont envisageables, avec des possibilités d'adaptation larges offertes par la loi.**

Dans les deux cas, **l'ensemble des personnels devront être sous l'autorité hiérarchique du directeur** (qui doit être leur évaluateur).

2.4.2. ETABLISSEMENT PUBLIC : UNE OPTION ROBUSTE, MAIS NOUVELLE POUR LES AGENTS

Un établissement public administratif offre, dans le cadre des règles générales de la gestion publique, un certain nombre de souplesses de gestion, qui peuvent d'ailleurs être explicitement élargies par la loi. Il offre par ailleurs un cadre formel clair en matière de dialogue social, ainsi que des règles de gouvernance et de tutelle maîtrisées.

L'établissement public constitue un changement de cadre juridique tant pour les personnels de l'Etat que pour ceux de l'Assurance maladie. Pour les personnels de l'Etat, le choix d'un établissement public peut constituer un gage de stabilité et de solidité. Du point de vue des personnels de l'Assurance maladie, il ne présente pas le caractère « partenarial » du GIP, ce qui peut limiter son pouvoir d'attractivité.

L'établissement public constitue une formule éprouvée dans le secteur sanitaire, qui a permis de

transformer sans difficultés notables des structures d'Etat en agence en préservant les situations des agents (cf. AFSSAPS).

2.4.3. GROUPEMENT D'INTERET PUBLIC : UNE OPTION PLUS OUVERTE, MAIS PRESENTANT MOINS DE GARANTIES

Les groupements d'intérêt public (GIP) sont des personnes morales de droit public qui associent différentes personnes morales de droit public et de droit privé. Leur création repose à la fois sur une convention constitutive entre les membres et un arrêté ministériel ou interministériel. Les marges d'adaptation offertes par la loi sont très larges.

Le choix du statut de GIP laisse possible, à terme, une évolution vers le statut d'établissement public.

Par rapport à l'établissement public, le GIP traduit plus directement l'association des acteurs et offre plus de souplesse de gestion. Il doit cependant faire l'objet d'un suivi régulier par les organes de gouvernance et de tutelle.

Il est nécessaire, pour éviter les difficultés rencontrées à ce sujet par les ARH, que les conventions constitutives prévoient *a minima* la mise à disposition nominative des agents placés sous l'autorité hiérarchique du directeur de l'agence.

Les agents mis à la disposition d'un GIP restent rémunérés par leur administration d'origine et demeurent soumis au droit qui leur était applicable avant leur mise à disposition.

Si théoriquement un GIP ne peut avoir de personnel propre puisqu'il bénéficie de l'apport en nature de ses parties constitutives, de larges dérogations sont possibles et la loi peut prévoir des dispositions en ce sens, très au-delà de la notion d'« équipe rapprochée » de certains GIP.

Le GIP permet d'associer l'Etat et l'Assurance maladie, à statut constant des personnels et en préservant l'identité institutionnelle de chaque structure y participant. Le GIP présente cependant, aux yeux des personnels de l'Etat notamment, des incertitudes fortes qui limitent son attractivité, du fait des précédents peu concluants des MDPH et des GRSP, voire des ARH. Ces incertitudes devraient donc être levées *ab initio*.

Plusieurs points seraient à préciser, le cas échéant, dans la loi créant le type de GIP "ARS" :

- les modalités de mise à disposition, qui devront concilier la nécessaire stabilité du GIP et le respect du principe du choix individuel des agents ;
- les modalités du dialogue social, pour lequel une instance de concertation est à prévoir ;
- le cadre, le cas échéant, du statut d'emploi spécifique des ARS.

2.4.5. STATUT DES PERSONNELS : LES POINTS ESSENTIELS

Il est impératif que les personnels, de l'Etat comme de l'Assurance maladie, trouvent leur compte dans la mise en place des ARS. Si cette réforme doit d'abord améliorer la qualité du service offert aux citoyens, les personnels doivent aussi, c'est une évidence, disposer de conditions de travail et d'emploi satisfaisantes. La mise en œuvre des ARS doit donc *a minima* être neutre pour les agents en termes de statut. Elle doit garantir leurs possibilités de mobilité et d'évolution professionnelles, qui doivent rester attractives.

Ainsi, les différents statuts actuels de personnels ne seront pas modifiés :

fonctionnaires de l'Etat,
agents des organismes locaux d'Assurance maladie sous convention collective UCANSS,
contractuels.

Pour les cadres en particulier il est essentiel de mettre en place un dispositif favorisant la mobilité inter-régionale et les allers-retours entre le niveau régional et le niveau national, d'une part pour enrichir leurs parcours de carrière et d'autre part pour disposer de viviers de compétences par métier.

Il importe par ailleurs de définir très clairement les « règles de bonne conduite » des employeurs d'origine vis-à-vis de leurs agents.

Agents de l'Etat

A l'image de ce qui avait été mis en œuvre par les lois de décentralisation, il pourrait être envisagé, pour les agents de l'Etat affectés aujourd'hui au sein des DRASS-DDASS à des domaines de compétence dévolus demain à l'ARS, une mise à disposition obligatoire (les emplois suivant les compétences) pendant une phase transitoire, assortie d'un droit d'option à l'issue de cette période :

retour au sein de l'administration d'Etat,

affectation en tant que fonctionnaire à l'agence (sur le modèle des universités ou des hôpitaux publics), ce qui suppose de modifier la réglementation,

détachement sur un contrat au sein de l'agence (à l'image par exemple des agences de sécurité sanitaire ou du Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et personnels de direction de la fonction publique hospitalière) ;

Une autre solution consisterait, à condition de prendre les dispositions réglementaires permettant d'affecter directement le personnel de l'Etat dans les ARS, à procéder à cette affectation directe au moment de la création des ARS.

La possibilité de recruter des fonctionnaires serait maintenue dans les deux cas.

Les mêmes positions (mise à disposition, détachement sur contrat, affectation directe) pourraient être offertes à d'autres fonctionnaires des administrations de santé, non directement impactés par la création des ARS mais souhaitant y exercer leurs compétences.

Agents de l'Assurance maladie

En ce qui concerne les modalités de rattachement des personnels de l'Assurance maladie à l'ARS, celles-ci peuvent varier selon les organismes :

les personnels de l'URCAM et de la CRAM pourraient être recrutés directement par l'ARS (comme c'est le cas aujourd'hui des caisses nationales), avec application de la convention UCANSS ;

les personnels des DRSM exerçant actuellement les compétences qui seraient transférées à l'ARS pourraient être mis à disposition nominativement (et non pas numériquement comme dans les ARH) ;

les caisses locales de l'assurance maladie (qui resteraient en dehors de l'ARS) pourraient exercer des activités de régulation par contrat pour le compte de l'ARS (*cf.* 2.3.4.1).

Le recrutement sous convention UCANSS pourrait être conservé.

Contractuels

Quel que soit le statut juridique retenu, l'ARS doit pouvoir recruter des contractuels, de droit public. A cet effet il est nécessaire de définir leurs modalités de recrutement et d'emploi, voire de créer un statut d'emploi de contractuels des ARS.

2.5. QUELLE GOUVERNANCE POUR LES ARS ?

2.5.1 LES OBJECTIFS DE LA GOUVERNANCE

La gouvernance des ARS doit répondre à trois objectifs principaux :

donner à l'exécutif l'autorité nécessaire pour exercer pleinement ses responsabilités ;

assurer une bonne représentation des différentes parties prenantes ;

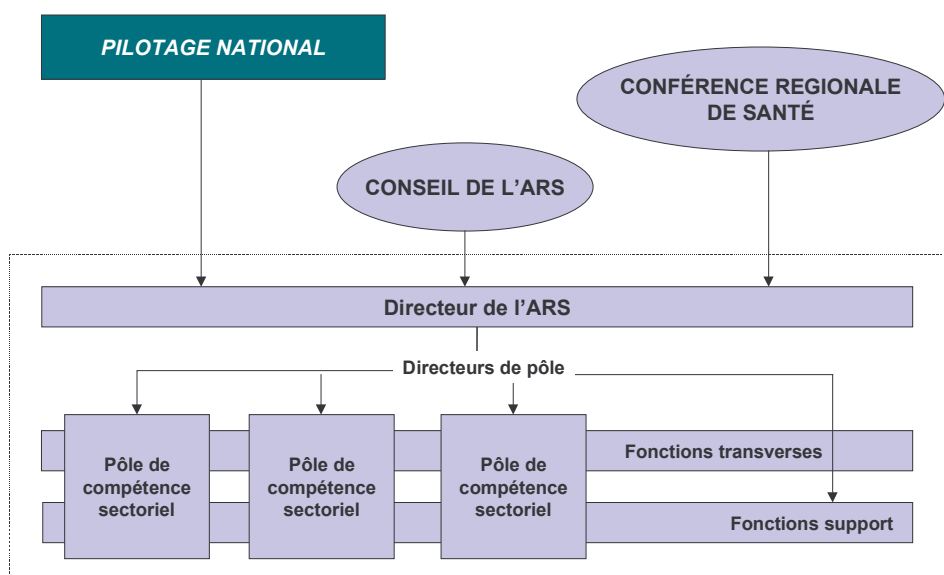
permettre une réelle tutelle par le niveau national.

Plusieurs principes en découlent

- un **exécutif fort et resserré**, associant des membres issus de l'Etat et de l'Assurance maladie,
- une **procédure de nomination du directeur qui garantisse son autorité, en le responsabilisant sur des résultats**,
- un **conseil délibérant**,
- une **instance de concertation de l'ensemble des partenaires du secteur de la santé**, s'inspirant des Conférences régionales de santé actuelles.

L'association des élus et des partenaires sociaux à la préparation et à la mise en œuvre des politiques de santé sera un élément essentiel de l'efficacité de l'action menée par les ARS. Les modalités de cette association seront à préciser dans les textes fondateurs des ARS.

PROPOSITION DE SCHEMA DE GOUVERNANCE DES ARS



Les ARS vont se substituer aux organismes suivants : ARH, URCAM, MRS, GRSP ; elles vont aussi conduire à une profonde reconfiguration des DDASS et DRASS et du niveau régional des trois régimes.

Les organes de gouvernance et de concertation de l'ARS se substituent aux différentes instances actuelles, notamment :

- la commission exécutive de l'ARH,
- le conseil de l'URCAM,
- le conseil d'administration du GRSP,
- la mission régionale de santé,
- le CODAMUPS,
- le comité régional des contrats,
- ainsi que les CROSS et la CRS dans leur forme actuelle.

2.5.2 UN EXECUTIF FORT, RESSERRE AUTOUR DU DIRECTEUR

Le directeur de l'ARS doit disposer d'une autorité forte pour exercer pleinement les responsabilités qui lui sont confiées. Ceci plaide pour une **nomination par décret en Conseil des ministres** (à l'instar des directeurs d'ARH).

Le métier de directeur d'ARS sera difficile, exigeant des compétences diversifiées et de haut niveau. **La procédure de sélection des directeurs est donc essentielle. Elle doit être transparente et se fonder sur des critères objectifs.** Le vivier de recrutement des directeurs doit en outre être diversifié (Etat, Assurance maladie, personnalités extérieures).

En s'inspirant de la procédure retenue pour la sélection des premiers directeurs d'ARH, il pourrait être créé un **comité de sélection** chargé de proposer au ministre chargé de la santé une liste de trois noms pour chaque poste de directeur d'ARS à pourvoir. Ce comité pourrait être composé de représentants du ministre de la santé, du ministre de l'intérieur, du ministre du budget, ainsi que de personnalités qualifiées, voire de responsables de cabinets de recrutement.

Il serait chargé de constituer le vivier des candidats aux postes de directeur d'ARS, après avoir défini des profils de poste. Les qualités managériales, les compétences de gestion, de conduite du changement, de négociation avec les partenaires sociaux seront notamment à privilégier.

L'exécutif aurait pour principales missions de :

- élaborer et négocier le contrat d'objectifs de l'agence avec la tutelle nationale et mener avec elle le dialogue de gestion,
- assurer la mise en œuvre de ce contrat et du programme de travail de l'agence,
- élaborer les orientations stratégiques de la planification régionale et des actions opérationnelles en matière de prévention, d'éducation à la santé et d'offre de soins (ambulatoires, hospitaliers, médico-sociaux),
- négocier les contrats avec les professionnels et établissements de santé (dans le cadre d'un mandat global de négociation délivré par le Conseil de l'ARS) et délivrer les autorisations d'équipement,
- allouer les ressources aux établissements de santé et veiller à leur efficacité économique en mettant en place les outils de suivi adaptés,
- évaluer les résultats des actions entreprises et en rendre compte au Conseil ;
- préparer et exécuter les délibérations du Conseil.

Le directeur doit avoir une autorité hiérarchique sur les agents, quels que soient leurs statuts. **Il doit être responsabilisé**, par le biais notamment d'une **lettre de mission**, mise à jour annuellement, qui lui fixe des **objectifs précis et quantifiés** en termes d'organisation des soins et d'efficacité. Ces objectifs doivent **servir de base à son évaluation annuelle** et conditionner une partie de sa rémunération. Ces principes devraient s'appliquer aussi aux membres de l'équipe de direction de l'agence.

La responsabilisation de l'agence et de sa direction passe également par des **dispositifs « anti-remontée »** (cf. *supra* 2.3.1). Ceux-ci devront ainsi être inclus dans les textes afin de préciser les domaines d'intervention du niveau national et ceux pour lesquels l'agence est seule responsable.

Afin d'assurer la bonne coordination entre les politiques de santé menées au niveau régional et les autres politiques publiques, le directeur pourra présenter, pour information, le Plan régional de santé au Comité de l'administration régionale. Plus largement, des relations privilégiées entre le directeur de l'ARS et le préfet de région seront à prévoir, dans un cadre à préciser.

2.5.3 UN ORGANE D'ORIENTATION ET DE SUIVI : LE CONSEIL

Le **Conseil de l'ARS** aurait notamment pour missions de :

- délibérer sur le contrat d'objectifs négocié entre la direction de l'agence et l'autorité nationale en charge des ARS,
- délibérer sur les orientations stratégiques et le plan d'action annuel de l'agence,
- voter le budget de l'ARS.

Il pourrait se réunir selon un rythme trimestriel. Le directeur de l'ARS rendrait compte des orientations de l'agence, de son activité et du suivi des objectifs.

Le Conseil pourrait être composé d'une quinzaine de personnalités :

- des représentants des services de l'Etat (le préfet de région, qui pourrait présider le Conseil, *à* qualité⁶⁶, le Trésorier-Payeur Général de région...),
- des représentants de l'Assurance maladie (et notamment partenaires sociaux, dont le rôle est *doit* être substantiel au sein des agences),
- des parlementaires, assurant la représentation nationale au sein de l'ARS,
- des personnalités qualifiées, dont une au moins aurait vocation à représenter les patients et une ou plusieurs pourraient représenter les professionnels de santé.

Cette composition est présentée à titre purement indicatif, dans la mesure où **de nombreuses solutions sont possibles, tant au niveau de la composition que de la pondération des voix**. Il est par exemple également envisageable de faire nommer une partie des membres du Conseil par les collèges de la conférence régionale de santé (*cf.* 2.5.6).

Il semble souhaitable d'éviter que les bénéficiaires des décisions de programmation et de financement de l'agence fassent partie de l'organe délibérant.

2.5.4 UNE INSTANCE DE DEMOCRATIE SANITAIRE : LA CONFERENCE REGIONALE DE SANTE

Les ARS doivent mettre en place les **conditions optimales de la concertation territoriale** entre l'ensemble des partenaires autour des orientations stratégiques et des projets territoriaux de santé.

La **Conférence régionale de santé** pourrait :

- contribuer à la détermination des orientations stratégiques et des objectifs régionaux en matière de politique régionale de santé (prévention et éducation à la santé),
- être tenue informée sur les éléments d'analyse de l'état de santé de la population.
- formuler un avis sur les propositions présentées par le directeur de l'ARS.

Ses membres pourraient être répartis en différents collèges :

- collège des représentants des communes, des départements et de la région,
- collège des représentants des patients et des usagers du système de santé,
- collège des professionnels de santé,
- collège des représentants des organismes de prévention et d'éducation pour la santé, des établissements publics et privés de santé, des institutions médico-sociales,
- collège des partenaires sociaux,
- collège de personnalités qualifiées.

⁶⁶ Il ne pourrait donc pas être représenté par le SGAR. Si la position particulière du préfet, au cœur des relations avec les élus et ayant une vision d'ensemble des politiques publiques menées dans une région, lui permettra d'exercer un véritable magistère d'influence, il ne s'agit évidemment pas de « préfectoraliser » les ARS, comme en témoigne la nomination du directeur de l'ARS en Conseil des ministres.

Le collège des patients et usagers du système de santé pourrait permettre de développer la responsabilité des usagers au sein du système de santé. A cette fin, il serait appelé, tous les ans, à rendre un rapport sur le respect des droits des patients et usagers du système de santé. Ses membres pourraient ainsi formuler un avis sur les points suivants :

le fonctionnement des commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge dans les CRUQPC⁶⁷ des établissements de santé,

la formation des usagers utilisateurs du système de santé en vue de les rendre « acteurs » du système de santé;

la création, en liaison avec les CRUQPC, de maisons des usagers chargées, sur un territoire de santé, de faire connaître les associations d'usagers et de faciliter les relations entre les usagers et les professionnels de santé,

la lisibilité du réseau des usagers au sein d'une région⁶⁸.

La conférence régionale de santé pourrait se réunir deux fois par an, un bureau étant chargé de préparer les avis et propositions de la conférence. Le directeur de l'ARS lui présenterait l'état d'avancement de la mise en œuvre du plan d'action stratégique de l'agence, sur la base par exemple d'un rapport d'activité.

2.6. QUELLE ORGANISATION POUR LES ARS ?

2.6.1. L'ORGANISATION DOIT ASSURER, EN PRIORITE, L'EFFICACITE DES AGENCES

Compte tenu de leur périmètre de compétence, et malgré la simplification institutionnelle qu'elles vont rendre possible, en se substituant notamment aux GRSP et aux MRS, les ARS ne seront pas, comme les ARH, des structures légères. Elles comprendront plusieurs centaines d'agents en moyenne. Leur organisation doit donc être prioritairement guidée une exigence d'efficacité :

- **l'exécutif doit être fort** : disposer de pouvoirs propres et d'une autorité réelle sur les équipes ; . **il doit être responsabilisé** (*cf.* 2.5.2) ;
- **les ARS doivent être organisés en pôles de compétence cohérents, mais le modèle d'organisation interne doit être flexible** ;
- **le niveau régional est à privilégier, avec suivant les situations des relais territoriaux pour assurer les services de proximité.**

Dans certains cas la possibilité d'ARS interrégionales pourrait être envisagée. L'organisation des ARS devra en outre être adaptée aux spécificités des institutions actuelles des DOM.

2.6.2. UNE ORGANISATION INTERNE TOURNEE VERS L'EFFICACITE ET LA COHERENCE DES POLITIQUES MENEES

Trois approches sont possibles pour l'organisation de l'agence : celle-ci peut être organisée par territoire, par fonction (planification, allocation des moyens...), ou par secteur d'activité.

A défaut d'une organisation matricielle, en théorie plus satisfaisante mais très complexe à gérer, **une organisation par secteur (prévention, soins...) semble constituer la meilleure solution.** Elle permet en effet une approche intégrée au sein de chaque secteur, offrant une cohérence territoriale forte et lisible pour tous. Elle facilite aussi le pilotage et le suivi au niveau national. Cependant, afin d'éviter la perpétuation des cloisonnements sectoriels au sein de l'agence, **un pôle transversal doit permettre d'assurer une coordination d'ensemble** sur des thèmes spécifiques (comme la

⁶⁷ Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge

⁶⁸ L'ARS pourrait être incitée à élaborer un annuaire des usagers présents dans l'ensemble des structures de santé, à le diffuser et en assurer une communication adaptée au sein de la région

planification, l'allocation de ressources, l'efficacité économique, la qualité, le contrôle...).

A titre indicatif, l'ARS pourrait être organisée autour des pôles de compétences suivants :

- 1- santé publique, veille et sécurité sanitaires,
- 2- organisation des soins ambulatoires, des soins hospitaliers et du médico-social,
- 3- services transversaux (études et prévisions, service médical de santé publique, inspections et contrôles...)
- 4- activités support.

Si un cadre général doit être défini, les agences doivent cependant pouvoir l'adapter, en fonction notamment des spécificités territoriales et des profils des personnels. C'est notamment le cas pour les éventuels relais territoriaux, supra-départementaux, où cette souplesse facilitera les mutualisations de compétences et de moyens, au niveau interdépartemental, ainsi que l'adaptation aux besoins locaux.

Les directeurs de ces pôles de compétences auront un rôle essentiel à jouer. Une partie au moins des emplois de ces directeurs devront être des emplois fonctionnels. Afin d'assurer la diversité de profils et de statuts au sein de la direction de l'ARS, il est envisageable de prévoir, par exemple, que parmi les directeurs de pôle figurent au minimum une personne issue de corps de l'Etat et une personne issue de l'Assurance maladie.

2.6.2.1. DES POLES SECTORIELS

Les pôles de la santé publique et des soins ambulatoires, hospitaliers, et du médico-social pourraient être constitués essentiellement à partir d'une réorganisation des services des DDASS et des DRASS. Chacun de ces services est en effet déjà peu ou prou organisé selon ce découpage. Il conviendrait cependant d'y adjoindre les personnels des services de l'Assurance maladie⁶⁹ affectés à chacun de ces différents domaines d'activité.

Chaque pôle aurait à assurer, pour le domaine qui le concerne, les fonctions de planification, d'organisation et d'allocation de ressource.

Un pôle de régulation des activités de soins ?

Un pôle de compétences pourrait être constitué à partir des services de l'Assurance maladie (cf. 2.7) chargé, *a minima*, des missions suivantes :

- les relations avec les professionnels de santé pour agir sur la pertinence et la qualité des soins,
- le conseil auprès des usagers pour améliorer le parcours de soins.

Il est également envisageable d'intégrer ces missions (et les effectifs afférents) directement au sein des pôles chargés des soins.

2.6.2.2. DES POLES TRANSVERSAUX

Un pôle des services transversaux

L'ARS devra éviter de reproduire, par son organisation, le cloisonnement entre secteurs qu'elle a pour vocation de surmonter. Il importe donc d'assurer la cohérence transversale des politiques et des actions menées par l'agence. Un pôle pourrait ainsi regrouper les différents services ayant une forte dimension transversale. Certains de ces services pourraient être organisés en « matriciel », c'est-à-dire avec une double ligne hiérarchique, l'un au sein d'un pôle sectoriel et l'autre au sein de ce pôle transversal. Ce pôle pourrait notamment regrouper :

- le service des études et des prévisions,

⁶⁹ CRAM pour l'allocation de ressources aux établissements et la planification, CPAM pour la prévention, URCAM pour la prévention et l'organisation des soins, DRSM pour la prévention et l'organisation des soins, RSI et MSA pour toutes les missions correspondantes à ces directions.

le service des contrôles et les inspections,
le service médical de santé publique.

Un pôle regroupant les fonctions support

Un service pourrait regrouper et mutualiser l'ensemble des fonctions support (c'est-à-dire celles dont dépend le fonctionnement interne de l'agence). Il serait ainsi notamment chargé de la gestion des personnels et de la formation interne, de la gestion du budget, du système informatique et de la logistique, de l'accueil et de la communication et de la documentation.

2.6.3. LES ARS DOIVENT DISPOSER DE RELAIS TERRITORIAUX POUR MENER UNE ACTION DE PROXIMITE

Conformément à la stratégie générale de régionalisation des politiques publiques, le niveau régional est à privilégier. Cependant, **des relais territoriaux seront parfois nécessaires**, leurs modalités d'organisation devront être définies au cas par cas en fonction des spécificités régionales, selon des modalités variables dans les régions, pour :

- mettre en œuvre les stratégies régionales et notamment structurer l'offre de soins primaires et assurer un suivi rigoureux des établissements de santé et médico-sociaux ;
- œuvrer au développement des complémentarités utiles avec les mesures prises par les collectivités locales dans le cadre de leurs compétences ;
- développer auprès des différents acteurs de la santé (usagers, établissements, professionnels, élus...) les relations nécessaires à la bonne connaissance par l'agence des problèmes de santé existants dans les territoires et l'appropriation par chacun des orientations prises par l'ARS.

2.7. QUELLES CONSEQUENCES POUR LES SERVICES TERRITORIAUX DE L'ETAT ET DE L'ASSURANCE MALADIE ?

L'évolution de ces services dépendra à la fois du périmètre et du statut qui seront retenus pour les ARS.

En tout état de cause, **une part importante des compétences et des effectifs des DDASS et des DRASS seront transférés aux ARS :**

- si le périmètre de l'ARS se limite aux soins hospitaliers et ambulatoires, il est possible d'estimer que 20 % des effectifs des DDASS et des DRASS seront en moyenne affectés au sein de l'agence, une fois pris en compte les effets des simplifications, suppressions et réorganisations des activités envisagées dans le cadre de la RGPP. Pour les services de l'Assurance maladie, on peut estimer que c'est environ 5 % des effectifs actuels du régime général de l'Assurance maladie dans une région qui seront affectés au sein de l'agence.
- si le périmètre de l'agence comprend les soins, la prévention et la sécurité sanitaire, le pourcentage des effectifs des DDASS et DRASS affectés au sein de l'agence sera de deux tiers.
- dans le cas du périmètre le plus large, incluant les soins, le médico-social, la prévention et la sécurité sanitaire, les effectifs des DDASS et DRASS affectés au sein de l'agence seront de près de 80 %. La part des agents venus du régime général représentera 5% des effectifs de l'Assurance maladie pour une région donnée.

Pour les services de l'Etat qui ne seront pas rattachés aux ARS (notamment dans le domaine social), la régionalisation sera à privilégier conformément aux orientations définies par le Conseil de modernisation des politiques publiques du 12 décembre 2007. Les services qui ne seraient pas intégrés

aux ARS se verraient intégrés, au niveau régional, dans un autre service déconcentré régional et, au niveau départemental, directement aux préfetures.

Le réseau territorial de l'Assurance maladie devra également être adapté en fonction du scénario retenu.

Au niveau régional, l'ARS devrait logiquement intégrer, selon les modalités décrites au § 2.4, les services et personnels de la CRAM, de l'URCAM, de la direction régionale du service médical, de la MSA et du RSI, intervenant sur les domaines de compétences des ARS.

Au niveau départemental, les ARS pourraient, dès lors qu'elles seraient responsables juridiquement de la régulation⁷⁰, contractualiser en la matière avec les caisses locales des trois régimes. Dans le cadre de directives nationales, elles leur fixeraient ainsi un cadre et des objectifs, dont les CPAM devraient rendre compte.

L'exercice des activités veillant au bon usage et au respect d'un ensemble de droits et de devoirs dont les effets sont individuels (liquidation des prestations, contrôle des prestations, contentieux, lutte contre les fraudes, facilitation de l'accès aux droits) continuerait de relever des seules compétences de l'Assurance maladie (CPAM pour le régime général). Il importe toutefois que les enseignements tirés de l'activité de liquidation des prestations et de contrôle nourrissent les orientations à donner à l'action sur les pratiques des professionnels et les comportements des assurés. En conséquence, un partage efficace des informations entre les services de l'Assurance maladie et ceux de l'ARS devra être assuré.

2.8. QUELLE ORGANISATION AU NIVEAU NATIONAL ?

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. Ainsi, au-delà des missions propres des ARS, il convient de définir les contours des modalités de pilotage et d'animation de ce nouveau réseau d'opérateurs. Ceci renvoie plus largement à la question du rôle respectif de l'Etat et de l'Assurance maladie en matière de politique de santé et d'offre de soins.

2.8.1. L'EVOLUTION DU NIVEAU CENTRAL CONDITIONNE LE SUCCES DE LA MISE EN PLACE DES ARS

Le pilotage national à prévoir pour les futures ARS est fortement conditionné par les choix faits en matière de périmètre et de missions des ARS. **Plus le périmètre et les missions dévolus aux ARS sont larges, plus le pilotage central devra être intégré.**

De fait, l'expérience en 2006 et 2007 des missions régionales de santé, comme le fonctionnement du conseil de l'hospitalisation, mettent en évidence les faiblesses d'un double pilotage Etat / Assurance maladie sans instance de coordination *ad hoc* et procédure formalisée.

2.8.2 LES MISSIONS ET COMPETENCES QUI DOIVENT RELEVER DU NIVEAU CENTRAL

Les compétences générales du niveau central sur la politique de santé

Organisateur de la solidarité grâce à laquelle la santé de la population est assurée, le niveau central a une triple responsabilité :

veiller à un accès à la santé le plus équitable possible pour tous, compte tenu de l'état des connaissances scientifiques et techniques,

⁷⁰ C'est-à-dire des actions sur les pratiques des professionnels et les comportements des assurés en poursuivant des effets sur la santé à une échelle collective (toute la population, l'ensemble des malades souffrant d'une pathologie particulière, les personnes âgées...).

garantir la protection sanitaire de la population la plus élevée possible,
équilibrer les efforts collectifs faits en faveur de la santé de la population par rapport à la nécessaire satisfaction de l'ensemble des besoins de notre communauté nationale, dans un cadre de ressources limitées.

Ces responsabilités sont exercées par le niveau central à travers :

la définition de lois et règlements,
la détermination de priorités de santé et l'évaluation des actions menées en conséquence,
la fixation de l'effort budgétaire consacré à la santé et des modalités de rémunération des activités réalisées,
le contrôle du bon fonctionnement de l'administration de la santé sur l'ensemble du territoire national.

Des compétences d'animation et de coordination du réseau des ARS

Le niveau central devra, vis-à-vis du réseau des ARS, exercer les responsabilités suivantes :

définir le cadrage national des politiques d'organisation des soins et de régulation,
définir les outils nécessaires à la mise en œuvre de ces politiques par les ARS, notamment en matière de systèmes d'information,
prioriser les objectifs assignés aux ARS et évaluer leur action ;
animer le réseau afin de les accompagner dans la mise en œuvre des orientations définies et d'identifier et de mutualiser les bonnes pratiques.

2.8.3 TROIS SCENARIOS ENVISAGEABLES D'EVOLUTION DU NIVEAU CENTRAL

2.8.3.1 UN SCENARIO DE COORDINATION RENFORCEE DU NIVEAU CENTRAL

Ce scénario consiste à créer un « Conseil de l'organisation des soins » appuyé par un « département des soins ».

Le Conseil de l'hospitalisation est aujourd'hui l'instance chargée d'organiser la coordination entre l'Etat et l'Assurance maladie. Ce dispositif devrait être conservé en :

élargissant ses compétences aux soins ambulatoires ; il deviendrait alors un conseil de l'organisation des soins, comprenant la DHOS, la DSS, la DGS, la DGAS, l'UNCAM, la CNSA ainsi que des représentants des ARS ;

révisant son mode de fonctionnement interne ; si la présidence revient de droit au ministre chargé de la santé, elle pourrait être exercée par délégation par le secrétaire général en mission (cf. *infra* 3.2.4).

Un « département des soins », rattaché à la Direction de l'organisation des soins (DOS), préparerait les activités de ce Conseil et assurerait la coordination nécessaire entre les services de l'Etat et de l'Assurance maladie. Il serait composé d'agents venus de l'administration centrale du ministère de la santé et de l'Assurance maladie.

Si la faisabilité de ce scénario semble assurée, les problèmes de coordination entre acteurs n'apportent pas une totale garantie sur l'efficacité de l'animation du réseau des ARS.

2.8.3.2 UN SCENARIO DE COORDINATION RENFORCEE ET D'UNITE DE DECISION

Ce scénario consiste à créer un service à compétence nationale chargé spécifiquement de l'animation du réseau des ARS et doté de pouvoirs propres.

Ce service à compétence nationale serait rattaché au ministre chargé de la santé. Deux options sont envisageables, susceptibles de se succéder dans le temps :

- un service chargé de la coordination entre l'Etat et l'Assurance maladie au niveau central et de

L'animation du réseau des ARS ;

- un service chargé de préparer les politiques de santé à décliner ensuite par les ARS, disposant pour cela de capacités d'instruction suffisantes.

Le service à compétence nationale serait composé d'agents venus des directions d'administration centrale et de l'Assurance maladie. Le nombre de ces agents est plus important dans la seconde option, où le service dispose de capacités d'instruction suffisantes.

Cette organisation permet de mieux assurer la coordination entre l'Etat et l'Assurance maladie au niveau central et le pilotage du réseau des ARS :

- c'est une structure mieux définie et plus stable qu'un simple « département » constitué par un effet de réorganisation interne d'une direction d'administration centrale;
- cette meilleure définition du service et sa stabilité donnent à son responsable une autorité suffisante dans la mise en œuvre de ses missions ;
- l'association des agents de l'Etat et de l'Assurance maladie pourra se faire sur des bases claires ;
- le service à compétence nationale peut devenir une structure de coordination et de pilotage des ARS définitive, il pourrait aussi constituer une phase transitoire chargée de préparer la mise en place d'un opérateur de santé au niveau national dont la mission sera de décliner les politiques définies par l'Etat et d'animer le réseau des ARS.

Le conseil de l'organisation des soins oriente les travaux de ce service à compétence nationale.

2.8.3.3 UN OPERATEUR CENTRAL DE SANTE

L'idée d'un opérateur central de santé constitue la forme la plus intégrée de gouvernance, assurant une ligne hiérarchique unique et une réelle animation et coordination du réseau. Elle mettrait fin au bicéphalisme entre l'Etat et l'Assurance maladie en matière de politique d'organisation des soins et d'allocation de ressources aux professionnels de santé.

Cet opérateur national serait une entité nouvelle, dotée de compétences de maîtrise d'ouvrage déléguée par l'Etat (lui-même recentré sur des fonctions stratégiques), chargé notamment des missions suivantes :

- définition et règles nationales applicables en matière d'organisation et de pilotage de l'offre de soins et d'allocation de ressources à partir du cadrage stratégique et financier (lié à l'ONDAM et à la LFSS) définis par l'Etat ;
- relations avec les professionnels de santé et établissements de santé (conventions nationales, cadrage national d'allocation de ressources,...) ;
- construction des outils et systèmes d'information nécessaires au déploiement des politiques ;
- animation, coordination et évaluation du réseau des ARS ;
- contribution à l'évaluation des politiques de santé.

L'opérateur national pourrait disposer de l'ensemble des compétences aujourd'hui partiellement éclatées entre l'Etat (DHOS, DGS, DSS) et l'Assurance maladie (UNCAM) qui touchent aux leviers d'action sur l'organisation de l'offre et l'allocation de ressources aux professionnels et établissements de santé. Ce périmètre de mission est distinct des fonctions techniques de versement des prestations aux assurés ou professionnels de santé, ainsi que des fonctions associées (contrôle des droits individuels des assurés, contrôle des versements aux assurés ou de la facturation aux professionnels au regard des règles en vigueur, fraude,...). Ces fonctions pourraient donc être exercées par un opérateur spécifique.

Les compétences et les personnels pourraient ainsi être répartis entre trois entités :

- un Etat stratège, dans le cadre d'une « direction de la santé » aux compétences recentrées sur une logique de maîtrise d'ouvrage stratégique ;
- un opérateur national de santé, en charge de la définition et de la mise en oeuvre de la politique

de santé, préalablement négociée et travaillée avec la direction de la santé ;
une caisse nationale d'Assurance maladie en charge de la fonction de liquidation.

La gouvernance de l'opérateur national de santé pourrait comporter une instance d'orientation, dont les contours et la composition pourraient s'inspirer de l'actuel HCAAM, ou du conseil d'administration de la CNSA.

La cohérence d'ensemble assurée sur le champ dépendance et handicap, dont une partie des missions relève par ailleurs des conseils généraux, pourrait plaider pour le maintien de la CNSA, ce qui supposerait une forte coordination entre les deux opérateurs pour une bonne efficacité de l'animation des réseaux.

Au-delà des questions d'opportunité, la mise en place de cet opérateur ne semble pas faisable à court terme, du fait de l'ampleur des réorganisations à mener. La conduite d'une telle réforme concomitamment à celle des ARS démultiplierait en effet les risques d'échec. Ce scénario n'est donc pas recommandé.

III. PREMIERES ORIENTATIONS POUR LA MISE EN ŒUVRE DE LA REFORME

3.1. LA MISE EN PLACE DES ARS CONSTITUE UNE REFORME MAJEURE, QUI IMPOSE UN PLAN D'ACTION AMBITIEUX

La mise en place des ARS modifie en profondeur toute l'organisation des services territoriaux en charge des questions de santé. L'ampleur des actions à mener pour y parvenir est donc considérable :

- la **préparation et l'adoption du cadre législatif et réglementaire** nécessaire à la création et au fonctionnement des ARS (et la disparation des structures auxquelles elles vont se substituer) ;
- la **préparation et l'adoption des mesures statutaires** pour permettre aux agents de l'Etat et de l'Assurance maladie de travailler au sein des ARS ;
- la **sélection et la nomination des futurs directeurs** des ARS et des directeurs de pôles ;
- l'adaptation des outils actuels** (notamment financiers) **et la mise en place des nouveaux outils**, qui pourra être progressive ;
- l'adaptation et le développement des systèmes d'information** ;
- la **constitution et l'installation des équipes** (avec leurs implications statutaires et immobilières) ;
- l'étude des réorganisations immobilières** à prévoir ;
- la **mise en place du dispositif de tutelle et de pilotage par le niveau central.**

Au-delà de la phase de mise en place, plusieurs points seront à suivre dans la durée pour assurer le bon fonctionnement des ARS en vitesse de croisière, comme la poursuite de la mise en place d'outils ou celle de l'évolution des systèmes d'information.

3.2. CE PLAN D'ACTION REQUIERT UN IMPORTANT DISPOSITIF DE PILOTAGE

3.2.1. LE SUCCES DE LA REFORME DEPEND DE PLUSIEURS CONDITIONS

Les principales conditions de succès de la réforme sont les suivantes :

- la **bonne articulation** entre la réforme des ARS et la mise en œuvre des décisions issues de la RGPP ;
- la **cohérence** entre les différentes dimensions de la future loi de modernisation de l'accès aux soins ;
- la **qualité et l'exhaustivité des mesures à prendre** (législatives, réglementaires et « techniques »), et des actions à mener pour créer les ARS ;
- le **respect des délais** par rapport au calendrier imposé par la mise en place des ARS en 2009 ;
- la **continuité du service** à assurer pendant la réforme, afin notamment d'éviter tout relâchement des efforts de maîtrise des dépenses ;
- la **concertation avec l'ensemble des parties prenantes** : élus, professionnels de santé et représentants des établissements, associations professionnelles et représentants des partenaires sociaux ;
- la **qualité de la communication et de l'accompagnement des personnels** concernés par la réforme ;

- la qualité du message commun des dirigeants des services de l'Etat et l'Assurance maladie et l'affichage de leur détermination à mettre en place la réforme.

Le respect de ces conditions impose de mettre en place, dans les meilleurs délais, un dispositif ambitieux de pilotage de la réforme et de conduite du changement.

La réforme des ARS et celle issue de la RGPP devant être menées de front, il semble opportun qu'un dispositif commun soit mis en place. Il pourrait s'organiser de la manière suivante :

- un « comité stratégique » de la réforme, présidé par la ministre et associant les directeurs d'administration centrale ;
- un chef de mission, responsable du projet, appuyé par une équipe projet et des cellules thématiques ;
- un « comité de pilotage ARS » interministériel.



3.2.3. UN COMITE STRATEGIQUE MINISTERIEL DE SUIVI DE LA REFORME

Il est proposé de mettre en place dès le début de l'année 2008 un comité stratégique, ministériel, pour la création des ARS et la mise en œuvre de la réforme RGPP.

Le comité stratégique aurait pour fonction d'assurer la conduite stratégique et la coordination des différents travaux préparatoires à la réforme et de préparer les arbitrages nécessaires.

Il serait présidé par la ministre, ou son directeur de cabinet, et composé des directeurs d'administration centrale, voire des directeurs généraux des régimes d'Assurance maladie et des principaux opérateurs. Il pourrait également associer, sur la partie ARS, des représentants des services déconcentrés et des ARH.

Les réunions du comité stratégique seraient préparées et animées par un chef de mission (cf. 3.2.4).

Le pilotage de la réforme pourrait préfigurer la mise en place du pilotage national unifié des ARS fin 2008 - début 2009, au moins pour ce qui concerne les modalités du travail en commun entre directions d'administration centrale et avec l'Assurance maladie (cf. *supra* 2.8.3).

3.2.4. UN « SECRETAIRE GENERAL EN MISSION » POUR DIRIGER LA REFORME, AVEC

L'APPUI D'UNE EQUIPE DE MISSION

Pour diriger la réforme et coordonner l'ensemble des actions à mener, **la désignation d'un chef de projet est indispensable**. Celui-ci doit disposer à la fois de la capacité opérationnelle à conduire la réforme et d'une forte légitimité pour s'imposer auprès des différents acteurs. Son positionnement pourrait être celui d'un « secrétaire général en mission », dont le rôle pourrait préfigurer celui du responsable du pilotage du réseau des ARS dans l'organisation cible du ministère.

Ses responsabilités pourraient être les suivantes :

- **Préparer la mise en place des ARS** (cf. 3.1) ; il devra en particulier veiller à ce que les dispositions législatives prévues s'intègrent en toute cohérence dans le projet de loi sur l'accès aux soins ;
- **Mener à bien la réforme du niveau central induite par la création des ARS** et conçue dans le cadre de la RGPP ;

Dans ce cadre, il aurait pour rôle de :

1. **Décliner sur le plan opérationnel les orientations** retenues par le Comité de suivi RGPP, en liaison avec l'équipe d'audit RGPP,
2. **Définir le plan de mise en œuvre de la réforme**, définissant sur le plan opérationnel toutes les mesures à prendre pour remplir les objectifs fixés, leur responsable et le calendrier,
3. **Coordonner l'action** des chefs de file opérationnels au sein des services et des cellules transversales, et faire la synthèse de ces actions,
4. **Coordonner les négociations sociales**,
5. **Préparer les arbitrages** ainsi que les réunions interministérielles,
6. **Veiller à la mise en œuvre** des instructions.

Une lettre de mission, signée par le ministre de la santé, de la jeunesse et des sports, devra préciser et formaliser ces responsabilités.

Le « secrétaire général en mission » devrait pouvoir s'appuyer sur une équipe projet qui soit exclusivement dédiée à la conduite de la réforme. Cette équipe (entre 5 et 10 personnes ?) pourrait associer des membres de l'administration centrale et de services territoriaux, de l'Assurance maladie, de corps d'inspection et des consultants.

Il rendrait compte à la ministre et à son cabinet, ainsi qu'au comité stratégique.

3.2.5. DES CHEFS DE FILE AU SEIN DES SERVICES ET DES CELLULES TRANSVERSALES POUR PREPARER LES TEXTES ET LES ACTIONS A MENER

Le secrétaire général en mission et son équipe projet seuls ne pourront mener ces chantiers à bien. Il ne serait de toute façon pas souhaitable de déresponsabiliser les services.

Leur action doit donc pouvoir être relayée par une organisation combinant :

des « **chefs de file** » désignés au sein des services pour coordonner les chantiers dans trois domaines : **financier, organisationnel et statutaire**, et des **systèmes d'information** ;

des « **cellules transversales** » chargées spécifiquement de mener à bien les travaux dans les domaines requérant un important travail inter-directionnel : c'est le cas en matière **juridique, institutionnelle** et de **conduite du changement**. Un comité de sélection des futurs directeurs d'ARS devra également être mis en place.

En tant que de besoin, les chefs de file et ces cellules pourraient s'appuyer sur les inspections générales et des consultants pour mener à bien ses missions.

1. Le chef de file pour les questions financières (circuits financiers de l'Assurance maladie et outils des ARS) **pourrait être le couple DSS / DHOS**, qui aurait ainsi pour mission de coordonner les travaux visant à :

- faire évoluer les outils actuels et préparer les nouveaux outils à créer pour les ARS ;
- évaluer le montant des marges de manœuvre à prévoir pour les ARS ;
- préparer les modalités de mise en place de ces outils (financières, juridiques, informatiques, en matière de formation des personnels...).

2. Le chef de file pour les questions statutaires et organisationnelles (fonctionnement et mise en place opérationnelle des ARS) pourrait être la **DAGPB** (en lien étroit avec l'UCANSS), qui aurait pour mission de coordonner (avec une liaison forte à prévoir avec la cellule juridique) les travaux visant à :

- proposer des scénarii d'organisation possible des ARS,
- faire un bilan des implications de la mise en place des ARS sur les métiers et les compétences requises (définir des référentiels de métiers), sur les évolutions de carrière des personnels (et les débouchés à prévoir) ;
- concevoir et mettre en œuvre un « plan de mise en place » des ARS, incluant notamment :
 - les actions à mener en matière immobilière ;
 - les mesures d'accompagnement pour les personnels (en matière de formation et de placement notamment).

3. Le chef de file pour les questions de systèmes d'information pourrait être la **MISS**, qui aurait ainsi pour mission de coordonner les travaux visant à :

- identifier l'ensemble des implications informatiques induites par la réforme et définir les outils informatiques dont auront besoin les ARS ;
- préparer la mise en place de ces outils.

4. Une cellule institutionnelle (~5 personnes ?), serait spécifiquement chargée, en liaison directe avec l'équipe d'audit RGPP, des implications institutionnelles des décisions prises dans le cadre de la RGPP, tant au niveau central qu'au niveau des opérateurs :

identifier, en liaison avec les principaux acteurs concernés, l'ensemble des implications et des conditions de mise en place des évolutions institutionnelles décidées dans le cadre de la RGPP ;
définir le plan d'action pour la mise en place de ces évolutions ;
conduire et suivre la mise en œuvre de ce plan d'action.

5. Une cellule juridique (~5 personnes ?), présidée par un membre du Conseil d'Etat, aurait pour missions de :

préparer les textes législatifs relatifs à la création des ARS (projet de loi sur les ARS à présenter au premier semestre 2008 ainsi que les autres modifications législatives afférentes à leur mise en place, dans le PLFSS notamment) ;

préparer les textes réglementaires - nouveaux ou à mettre à jour - liés à la mise en place des ARS en 2009 ;

vérifier la cohérence des dispositions relatives aux ARS par rapport à l'ensemble du projet de loi sur l'accès aux soins ;

anticiper l'ensemble des travaux juridiques à prévoir au cours de la montée en charge des ARS pour la période 2008 à 2010.

6. Une cellule d'accompagnement du changement (~5 personnes ?) aurait pour missions, en liaison directe avec la DAGPB et l'assurance maladie, de :

communiquer auprès des personnels des services de l'Etat et de l'assurance maladie, ainsi que des professionnels de santé et des usagers du public pour les informer sur la réforme, répondre à leurs interrogations et faciliter leur adhésion à la réforme.⁷¹

⁷¹ Le dispositif de communication pourrait ainsi notamment prévoir : la mise en place de forums régionaux de sensibilisation, l'animation d'un portail internet spécifique sur la réforme des ARS et la rédaction d'un guide pratique, la mise en place d'une plate-forme téléphonique.

- préparer les actions de formation à prévoir pour faire en sorte que les agents des services de l'Etat et de l'assurance maladie :
 - travaillent ensemble, fédérés autour d'objectifs et de méthodes communs ;
 - soient en mesure d'exercer les nouveaux métiers⁷² qui seront les leurs au sein des ARS.⁷³

7. Un Comité de sélection des directeurs (~5 personnes ?) devrait être nommé afin de :

- définir des profils d'emploi recherchés pour les futurs directeurs voire pour les équipes de direction et établir une procédure de sélection,
- constituer des viviers de recrutement,
- proposer, après sélection, plusieurs candidats à la ministre pour chaque poste nommé en Conseil des ministres,
- prévoir des parcours de formation et un accompagnement des directeurs voire de leurs collaborateurs proches, les conseillant sur l'exercice de leurs nouvelles fonctions tout en favorisant une dynamique d'équipe des directeurs d'ARS.⁷⁴

⁷² La négociation des contrats d'objectifs, l'élaboration de projets territoriaux de santé, l'évaluation de l'efficience des établissements et professionnels de santé, l'appréciation économique et financier des équilibres budgétaires des établissements de santé...

⁷³ Si les formations sur le premier type d'objectifs sont essentielles dès la fin de l'année 2008 ou au tout début de 2009, les formations plus techniques sur les métiers peuvent se dérouler en région tout au long de l'année 2009

⁷⁴ Afin de bien préparer la mise en place des ARS, il serait souhaitable que la nomination des directeurs intervienne quelques mois avant la mise en place opérationnelle des agences. Le Comité de sélection doit donc être constitué au deuxième trimestre 2008 au plus tard.

3.3. UN CALENDRIER TRES SERRE EST A RESPECTER POUR METTRE EN PLACE LES ARS EN 2009

L'année 2008 constitue la phase de préparation de la réforme des ARS. Pour que la mise en place opérationnelle de la réforme puisse se faire à partir du 1^{er} trimestre 2009, les principales échéances de ce calendrier devraient, à titre indicatif, être les suivantes.

Janvier 2008

- réunion du Comité de suivi RGPP sur la mission « santé solidarité sports » ; premiers arbitrages sur les ARS
- rédaction d'un cadrage général du plan d'action et du calendrier prévisionnel pour 2008
- validation du dispositif d'accompagnement de la réforme
- rédaction de la lettre de mission puis nomination du chef de projet « pilotage de la réforme des ARS » ; désignation des « chefs de file », rédaction des cahiers des charges pour le recrutement de consultants

Février

- communication sur les grandes lignes de la réforme
- mise en place du comité stratégique, constitution de l'équipe projet autour du chef de projet et des différentes cellules transversales

Avril 2008

- deuxième séminaire d'échanges sur les ARS, portant sur la mise en œuvre de la réforme
- deuxième réunion du Comité de suivi RGPP : validation du projet de mise en œuvre des ARS

Juin-Septembre 2008 :

- présentation puis discussion au Parlement du projet de loi sur les ARS et l'accès aux soins

Septembre-Octobre 2008 :

- mise en place du comité de sélection des directeurs d'ARS
- validation des dispositions du PLFSS relatives aux ARS (outils, modes de financement)

Dernier trimestre 2008 :

- achèvement des textes règlementaires sur le fonctionnement des ARS
- préparation des « migrations » physiques et immobilières
- dispositif d'accompagnement des directeurs d'ARS dans leur prise de fonction
- élaboration des lettres de mission des directeurs d'ARS
- constitution des équipes de direction des ARS
- mise en place du dispositif de pilotage national des ARS ?

Janvier 2009 :

- nomination puis prise de fonction des directeurs d'ARS

Deuxième trimestre 2009 :

- mise en place des ARS (juridique, fonctionnelle et physique)

Le dispositif de pilotage national des ARS pourra prendre progressivement le relais, au cours du premier semestre 2009, du dispositif de préparation de la réforme.

IV. RECAPITULATIF DES SCENARIOS ENVISAGEABLES ET DES RECOMMANDATIONS

Thèmes	Scénarios envisageables	Recommandation du rapport
Missions des ARS	Des missions centrées sur la gestion des politiques de santé au niveau d'un territoire et l'organisation des soins. Des missions incluant également la gestion de l'efficacité	Gérer ensemble les politiques de santé, l'organisation des soins et l'efficacité
Périmètre	Plusieurs scénarios sont envisageables, suivant qu'au « socle » du périmètre soins ambulatoires – soins hospitaliers s'ajoutent ou non : La prévention et l'éducation à la santé Le secteur médico-social La veille et la sécurité sanitaires	Un périmètre large : prévention, soins ambulatoires, soins hospitaliers, secteur médico-social, avec une répartition des rôles entre le préfet et l'ARS en matière de veille et de sécurité sanitaires.
Outils	Les scénarios envisageables, comme la recommandation, découlent directement des choix relatifs aux points précédents	Un effort substantiel de mise à disposition des ARS d'outils performants répondant à leurs missions
Statut juridique	1. Etablissement public 2. Groupement d'intérêt public	Un établissement public dont les caractéristiques sont adaptées, dans la loi, en fonction des spécificités des missions et du fonctionnement souhaitable pour les agences (<i>à confirmer</i>).
Gouvernance	Un exécutif centré sur le directeur, disposant de pouvoirs propres Plusieurs types de missions, et de compositions, sont possibles pour le pouvoir « délibérant » Un organe de concertation associant l'ensemble des parties prenantes	L'exécutif doit être fort, quelle que soit son organisation. Le Conseil de l'ARS doit être resserré, présidé par le préfet et centré sur les responsables des politiques menées et de leur financement.
Organisation des ARS et impact sur les services déconcentrés	1. Plusieurs scénarios pour l'organisation interne, qui peut privilégier une approche sectorielle, géographique ou fonctionnelle. 2. Organisation des relais territoriaux. 3. Plusieurs scénarios pour l'association des personnels et des services de l'Assurance maladie dont les compétences relèvent des ARS	Une organisation interne combinant des pôles de compétence sectoriels, un pôle transversal et un pôle de fonctions support. Des relais territoriaux gérant les relations de proximité avec les professionnels et les établissements de santé. Une intégration des personnels de l'Assurance maladie au niveau régional (à minima par mise à disposition nominative) et des relations contractuelles avec les CPAM pour leurs activités de régulation.
Evolution du niveau national	Une coordination renforcée entre les structures actuelles, élargissant le périmètre de compétence du Conseil de l'hospitalisation Une coordination renforcée avec un pouvoir de décision et un rôle de validation de l'ensemble des décisions relatives aux ARS, avec un secrétariat permanent Un opérateur national de santé	Une coordination renforcée avec un pouvoir de décision et un rôle de validation de l'ensemble des décisions relatives aux ARS, avec un secrétariat permanent.