

**Université de Strasbourg
Institut d'Etudes Politiques de Strasbourg**



**La gouvernance régionale de la santé
dans le cadre de la réforme de l'Etat
L'exemple alsacien**

William SCHNEIDER

Mémoire de 4^{ème} année

Direction du mémoire : Guy SIAT

Juin 2013

*La gouvernance régionale de la santé dans le cadre de la réforme de l'Etat
L'exemple alsacien.*

L'Université de Strasbourg n'entend donner aucune approbation ou improbation aux opinions émises dans ce mémoire. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leur auteur.

SOMMAIRE

INTRODUCTION

Chapitre I. Les principes de la nouvelle gouvernance sanitaire : un pilotage étatique des politiques de santé publique au niveau régional

Section I. Une organisation institutionnelle décloisonnée et rationalisée

§1. Le regroupement de services éparpillés

§2. La gouvernance et les moyens de l'ARS

Section II. Le pilotage des politiques de santé publique au niveau régional

§1. Une approche extensive de la santé publique

§2. Le choix de l'échelon régional avec un ancrage territorialisé

Chapitre II. Les effets de l'action de l'ARS : une institution tournée vers la rationalisation mais jouissant d'une autonomie limitée

Section I. La promotion d'une voie productiviste de gestion

§1. Le renforcement d'une logique technoscientifique

§2. L'avènement de leviers inédits pour favoriser la performance

Section II. Une agence puissante et aux ordres

§1. La faiblesse des contre-pouvoirs venant des professionnels de santé et des patients

§2. L'importance de l'Etat à l'égard des ARS

CONCLUSION

ANNEXES

TABLES DES ABREVIATIONS

TABLE DES MATIERES

SOURCES ET BIBLIOGRAPHIE

INTRODUCTION

La santé en elle-même a beau ne pas faire partie des prérogatives régaliennes historiques de l'Etat, telles la défense ou la police, elle n'en demeure pas moins une priorité pour les citoyens que nous sommes et donc pour les décideurs. Il suffit, pour s'en convaincre, d'observer la part du PIB qui lui est consacré : 11,8% en 2009, soit plus de 2 points de pourcentage en plus que la moyenne des pays de l'OCDE. Seuls les Etats-Unis et les Pays-Bas, parmi les pays de l'organisation, dédient une part plus importante de leur revenu national aux dépenses de santé¹.

Et la volonté de l'Etat de se porter garant des politiques de santé publique ne date pas d'hier. La gouvernance hospitalière a toujours constitué *nolens volens* une préoccupation majeure des dirigeants politiques. Déjà, au XIX^{ème} siècle, une gestion étatisée de l'hôpital commence à apparaître et à défaire la mainmise de l'Eglise sur ces questions. On peut, en guise d'exemple, évoquer la loi sur l'assistance médicale gratuite du 15 juillet 1883 permet à tout malade « inscrit sur la liste des indigents »² de se faire soigner par un médecin gratuitement, et de se faire rembourser *a posteriori* par les pouvoirs publics.³

L'importance de ces enjeux attire la convoitise. L'Etat souhaite avoir une influence prépondérante, alors que l'Assurance Maladie et les élus locaux occupaient une place de choix dans le système. C'est pourquoi il s'est donné pour objectif de maîtriser la gouvernance sanitaire depuis quelques décennies maintenant, une gouvernance devenue stratégique. Ainsi, de nombreuses réformes ont été mises en place depuis les années 1970, certaines ayant émaillé la matière plus profondément que d'autres. Ce processus débute avec la loi du 31 décembre 1970, fondatrice d'un nouveau système hospitalier. La naissance du service public hospitalier et la création de la carte sanitaire sont les grandes avancées de cette loi.

¹ OECD, 'Health at a Glance 2011: OECD Indicators', *OECD Publishing*, 2011, p151.

² Tel que l'indiquait la loi en son époque.

³ E. Devreese, *Droit de la santé et réformes hospitalières*, Vie professionnelle, Paris, 2010, p 67.

*La gouvernance régionale de la santé dans le cadre de la réforme de l'Etat
L'exemple alsacien.*

Mentionnons également l'ordonnance du 24 avril 1996, portant création des Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH), les fameuses ancêtres des ARS. Ou encore la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, essentiellement pour les questions ayant trait à la régionalisation de l'élaboration du système de santé.⁴

Mais la réforme que nous allons étudier est d'une importance plus grande encore, causant de formidables répercussions dans le secteur de la santé publique et de sa gouvernance. Fruit d'un intense travail préparatoire, la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires, dite loi Bachelot, du 21 juillet 2009 révolutionne le domaine de la santé publique. Selon les dires du préfet honoraire Philippe Ritter (qui a été partie prenante de l'élaboration de la loi), cette loi est une des réformes institutionnelles les plus importantes de l'histoire de la Vème République.⁵ Sans discourir de la véracité de cette opinion, il est vrai que la loi HPST est d'une ampleur capitale. Ampleur quantitative pour commencer. Le texte final contient 134 articles, répartis en 4 titres, balayant des sujets larges. Cela va de la modernisation des établissements de santé à la politique de santé, en passant par l'accès de tous à des soins de qualité. Le titre IV est celui qui va nous intéresser, car il est consacré à l'organisation territoriale du système de santé. Cette organisation est le fait d'une nouvelle agence, qui regroupe les compétences d'entités préexistantes : l'agence régionale de santé (ARS). Celle-ci ne va pas tarder à devenir un acteur essentiel de la gouvernance sanitaire en région.

Cette réforme s'inscrit dans un mouvement global, visant à modifier les structures et les pratiques de l'Etat. Dans un contexte de réduction des déficits budgétaires, les pouvoirs publics souhaitent diminuer les dépenses et améliorer l'action de l'administration. Issue du *New Public Management*, la Révision Générale des Politiques Publiques propose, dès 2007, de faire mieux avec moins. Les techniques anciennes doivent être dépoussiérées et faire place à un nouveau type de management, plus moderne et inspiré du secteur privé. A ce titre, la

⁴ JM. Clément, *Histoire des réformes hospitalières sous la Ve République*, Les Etudes Hospitalières, 2010.

⁵ Cette opinion est émise dans un rapport qu'il a lui-même rédigé sur la création des ARS. Voir infra.

RGPP est plus une procédure de réforme qu'une réelle réforme en soi.⁶ Il est décidé, dans le cadre de la Réforme de l'Administration Territoriale de l'Etat (RÉATE) que la circonscription administrative régionale, sous l'égide du préfet de région, serait l'échelon de droit commun pour l'application des politiques publiques.⁷ Pour mener à bien la mise en œuvre de ces politiques, on procède à une réorganisation institutionnelle des différents acteurs. Celle-ci consiste souvent en une fusion des services déconcentrés. 6 nouvelles directions sont créées à cette occasion, résultant du regroupement : la direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE), la direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement (DREAL), la direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS), la direction régionale de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt (DRAAF), la direction régionale des affaires culturelles (DRAC) et la Direction générale des finances publiques (DGFIP).⁸ Le préfet de région, voit ses compétences globales augmenter (sauf celles concernant la santé, nous le verrons) et les fonctions du Secrétariat Général des Affaires Régionales (SGAR) sont aussi renforcées. En plus de ses missions de coordination et d'animation, ce dernier se charge notamment de remplir de nouvelles missions de gestion administrative, telle la mise en place d'une plateforme d'appui à la gestion des ressources humaines ou le suivi des achats des services régionaux, afin d'en diminuer le coût.⁹ Enfin, l'ARS, établissement public administratif, est la dernière née dans ce mouvement de réorganisation.

La loi HPST entre ainsi dans le cadre de la RGPP, mais s'en écarte également par sa spécificité. On peut se demander si c'est une loi de rupture ou de continuité. Il y a rupture : de la notion de service public, qui n'est plus réservée aux seuls hôpitaux publics ; de l'influence communale dans la gouvernance hospitalière ; de la comptabilité publique avec l'émergence

⁶ F. Lafarge, M. Le Clainche 'La Révision Générale des Politiques Publiques', *Revue française d'administration publique* n° 136, 2010, p. 752.

⁷ W. Kamel, 'La nouvelle organisation de l'Etat en région', *Revue française d'administration publique*, 2010/4 n° 13, p 1012.

⁸ Ibid, p 1015-1016

⁹ Ibid, p 1014.

de la tarification à l'activité ou T2A.¹⁰ Mais on peut considérer que la continuité l'emporte sur le changement. Car la coopération public-privé existe toujours, et que la recherche de la rentabilité, instillée à partir des années 80, reste un moteur. Mais le plus important est que l'intervention de l'Etat reste essentielle, et se renforce même avec cette loi.¹¹

C'est le point central de la nouvelle gouvernance hospitalière. On parle souvent de désengagement de l'Etat dans les médias. La réforme de l'administration aurait pour but, selon certains, de laisser place aux initiatives privées pour gérer les services publics. Sous couvert de réduction des dépenses publiques, l'Etat se libérerait de ses missions. Or, c'est l'opposé qui se passe aujourd'hui avec la loi HPST. Grâce aux ARS, l'Etat garantit son emprise sur le domaine sanitaire, en choisissant l'échelon régional pour le pilotage. Il gagne du terrain sur les autres acteurs susceptibles d'être influents. Les collectivités territoriales voient ainsi leurs compétences réduites à la portion congrue. Le principal pouvoir restant est attribué aux élus locaux, qui interfèrent dans la gestion des centres hospitaliers. Mais c'est l'Assurance Maladie qui est la grande perdante du renforcement étatique. L'objectif de la loi était de donner aux représentants de l'Etat dans les régions les pouvoirs du financeur (Sécurité Sociale) et de l'organisateur. L'ARS remplit parfaitement son rôle au détriment de l'Assurance Maladie, notamment car le législateur a décidé d'étendre le champ d'action des agences aux domaines ambulatoire (médecine de ville) et médico-social (comme les maisons de retraite). Ces secteurs étant auparavant la chasse gardée de l'Assurance Maladie, cette perte d'influence a pu être mal perçue par ceux-ci.

Le regain de pouvoir de l'Etat n'est pas incident. Il vise à améliorer l'efficacité et la rationalisation de la gouvernance hospitalière et des politiques de santé publiques en général. Pour ce faire, l'agence n'hésite pas à recourir à des outils provenant du secteur privé comme la contractualisation (à travers les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens avec les

¹⁰ J-M Clément, *La nouvelle loi Hôpital Patients Santé Territoires- Analyses, Critiques, Perspectives*, Les Etudes Hospitalières, 2009, p 63-66.

¹¹ Ibid, p 62.

différents professionnels de santé) ou les systèmes d'information de santé. Cela vise à garantir le pouvoir de contrôle des agences sur le système de santé, et sur les établissements de santé plus particulièrement.

On peut alors se demander dans quelle mesure l'Etat se réinvestit dans les questions sanitaires au travers l'ARS et devient le garant du système de santé en région. Ainsi, nous allons commencer par l'étude du principe directeur ayant guidé la main du législateur, à savoir le pilotage régional des politiques de santé publique. Cela a nécessité, comme nous le verrons, une nouvelle organisation institutionnelle, fruit de la fusion et de regroupement d'entités. L'ARS, qui a vu ses compétences renforcées, est donc solidement ancrée en région pour mettre en œuvre les politiques publiques de santé au niveau territorial (**Chapitre I**).

Mais s'intéresser aux principes ne suffit pas. Encore faut-il voir quel est le résultat de l'action effective de l'agence. Il s'agira de répondre à deux types de questions : comment et dans quel cadre. L'implication de l'agence dans la gouvernance hospitalière est l'exemple le plus topique et le plus intéressant de l'action de l'agence ; c'est pour cela que nous nous focaliserons sur ce point. Mais il conviendra également d'analyser le degré d'autonomie de l'ARS par rapport au pouvoir central, de voir à quel point l'échelon régional est dépendant du pouvoir central (**Chapitre II**).

Dans le cadre de notre travail, il est judicieux de s'appuyer sur des exemples précis, afin que notre propos devienne plus concret. C'est pour cela que, régulièrement, nous allons étudier la nature de la gouvernance sanitaire et son exécution dans une région en particulier, l'Alsace. Cette région a le mérite d'être d'une taille relativement réduite, avec deux départements seulement, ce qui va nous aider dans notre analyse.

CHAPITRE I. LES PRINCIPES DE LA NOUVELLE GOUVERNANCE SANITAIRE : UN PILOTAGE ETATIQUE DES POLITIQUES DE SANTE PUBLIQUE AU NIVEAU REGIONAL

La loi HPST du 21 juillet 2009 a réellement apporté un bouleversement considérable au sein du domaine sanitaire. Elle représente une continuité forte à l'égard du dispositif formé précédemment, mais également, ce qui peut paraître paradoxal, une rupture, signant une force de volonté nouvelle.¹² L'ambition de ses rédacteurs est précisément de révolutionner la matière au vu des dysfonctionnements qui ont été constatés. Les recommandations des rapports Larcher et Flageolet de 2008 s'appuient sur l'idée d'une adoption d'une vision plus globale des politiques publiques de santé. Il s'agit tout bonnement de créer une nouvelle gouvernance de la santé, qui serait pilotée au nom de l'Etat par sa représentante à l'échelon régional : l'Agence régionale de santé.

Il n'est pas tout de vouloir gouverner : encore faut-il répondre à deux interrogations majeures : comment et pourquoi. Concernant la première question, il s'agit d'étudier la logique organisationnelle qui derrière la réforme. Il est saisissant de remarquer que la maîtrise des questions sanitaires a fait l'objet d'une lutte entre l'Etat et l'Assurance-Maladie. Aucune des deux parties n'a voulu céder une parcelle de pouvoir à l'autre. Il en découle un enchevêtrement de services et institutions sanitaires proprement illisible au niveau local (régional et départemental), autant pour les professionnels de santé que pour l'usager. L'établissement de l'ARS, interlocutrice unique et puissante, chargée du pilotage des politiques de santé publiques, apportera une unification bienvenue. Ce qui se fera, conformément à la « logique RGPP » dans un but de décloisonnement et de rationalisation

(Section I). Nous nous attacherons ensuite, concernant la seconde question, à étudier l'étendue des missions incombant aux nouvelles agences, et de leur ancrage sur un territoire.

¹² J-M. Clément, *La nouvelle loi Hospital Patients Santé Territoires: Analyse, critique et perspectives* Bordeaux, France: Les études hospitalières, 2009.

La loi HPST lance un pavé dans la mare, en ce qu'elle agrandit la compétence (re)dévolue à l'Etat. Cela est évidemment très peu au goût de l'Assurance Maladie, qui voit son pouvoir d'action se réduire. Dans la démarche de décloisonnement voulue par le rapporteur Bur, la conséquence ou le corollaire est d'étendre la notion de politique de santé (**Section II**).

SECTION I. Une organisation institutionnelle décloisonnée et rationalisée

Le leitmotiv de la Révision Générale des Politiques Publiques est l'amélioration de l'application des politiques publiques, avec cette idée de contrainte permanente. D'où la volonté de mutualiser certains services déconcentrés de l'Etat. La méthode consiste à regrouper des services (comme les fonctions supports), afin de procéder à des économies.¹³ Le système de santé en région est un exemple topique d'un secteur où des réformes sont à faire. Le système est proprement illisible et inefficace, avec la présence de l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH), mais également d'une demi-douzaine d'autres organismes gérant le pilotage de la santé en région. La loi HPST, dans le cadre de la RGPP, a donc eu pour objectif de regrouper ces services épars en créant l'agence régionale de santé (ARS), avec le choix de l'agence comme mode de gestion (et non de catégorie juridique)¹⁴ (§1). Mais la plus grande efficacité passe également par une gouvernance identifiée, forte. Ce qui sera entrepris avec les pouvoirs, certes contrôlés mais importants, du directeur général de l'agence, et la dotation de moyens financiers, humains et matériels également conséquents (§2).

§1. Le regroupement de services éparpillés

On entend souvent parler dans les médias de « millefeuille administratif ». Si cette notion est parfois galvaudée, elle semble appropriée pour décrire le système de santé en région. Il est complexe, voire opaque, et ce, aussi bien pour les professionnels que les usagers.

¹³ W. Kamel, 'La nouvelle organisation de l'Etat en région', p 1014.

¹⁴ Rapport annuel du Conseil d'Etat, *Les agences: une nouvelle gestion publique?*, 2012, p 12.

La loi HPST a (à tout le moins) le mérite de considérablement simplifier le pilotage de la santé en instituant un pôle unique (et non pas un guichet unique, comme on l'entend parfois). Pour cet exposé, il convient de présenter la situation antérieure (A), avant d'expliquer le processus qui a conduit à la mutualisation (B).

A. Un millefeuille administratif sanitaire et social

Avant la loi de 2009, l'organisation de l'administration en matière sanitaire et sociale se caractérisait par sa complexité et, partant, son illisibilité. Il y avait en effet une multitude d'agences et de services déconcentrés ayant pour compétence l'exécution des politiques de santé au niveau local, c'est-à-dire dans le ressort des régions et des départements. Pour y voir un peu clair, nous allons présenter les entités qui ont précédé les agences régionales de santé (et les rapports entre elles), en commençant par la principale d'entre elles, l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (1), puis nous enchaînerons avec les autres institutions sanitaires et sociales (2).

1. L'agence régionale de l'hospitalisation, une agence insuffisamment unificatrice

La principale organisation, celle qui disposait des compétences les plus étendues, était l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH), parfois hasardeusement considérée comme l'acteur ayant précédé l'ARS. Ses domaines d'intervention étaient pourtant bien plus limités que celles des actuelles agences. Créée avec l'ordonnance n°96-344 du 24 avril 1996 (dite Juppé), son statut bien particulier a suscité divers débats au sein de la doctrine.

Le problème réside tout d'abord dans la dénomination d'agence, qui sera conservée à dessein plus de dix ans plus tard, lors de l'élaboration de la loi HPST. Son utilisation, visant à qualifier une personne morale de droit public, devient fréquente durant les années 90. Ainsi apparaissent en 1991 l'Agence du médicament puis, en 1993, l'Agence française du sang.

*La gouvernance régionale de la santé dans le cadre de la réforme de l'Etat
L'exemple alsacien.*

C'est dans ce contexte propice qu'est instituée l'ARH.¹⁵ C'est une démarche un peu curieuse puisque le législateur délégué n'est pas allé au bout de sa logique : les ARH ne sont pas des établissements publics mais des groupements d'intérêt public (GIP).^{16 17}

L'ordonnance s'attache à doter l'ARH d'un statut juridique particulier. Selon l'article 10 de la loi, qui crée un nouvel article L.710-17 au Code de la Santé publique, elle bénéficie de l'autonomie administrative et financière.¹⁸ Cette personne morale de droit public, groupement d'intérêt public donc, réunit en son sein des organismes étatiques et des organismes d'Assurance Maladie. Parmi ces organismes, on retrouve les Caisses régionales d'Assurance Maladie (CRAM) et les Unions Régionales de Caisses d'Assurance Maladie (URCAM). Il est intéressant de signaler en sus que l'agence est placée sous la tutelle des ministres chargés de la Santé et de la Sécurité Sociale (ce qui pose déjà la question de la relative autonomie des agences).¹⁹

Les missions de l'ARH sont de fait définies par l'article 10 de l'ordonnance de 1996, qui modifie l'article L.712-18 du Code de la Santé publique. Celles-ci ont le mérite d'être clairement énoncées dans le texte. Il fixe pour objectif à l'agence de « *définir et de mettre en œuvre la politique régionale d'offre de soins hospitaliers, d'analyser et de coordonner l'activité des établissements de santé publics et privés et de déterminer leurs ressources* ». ²⁰

Commençons par la définition et la mise en œuvre de la politique régionale de soins hospitaliers. Cette prérogative passe par l'élaboration de la carte sanitaire et du schéma régional d'organisation des soins (SROS), deux instruments phares de la planification hospitalière.²¹ La carte sanitaire découpe le territoire en secteurs, et répartit l'offre de santé (lit, équipement) selon des données essentiellement démographiques : on évalue les besoins

¹⁵ Clément, *Histoire des réformes hospitalières sous la Ve République*, p 327.

¹⁶ Ibid, p 328.

¹⁷ Loi n°82-610 du 15 juillet 1982 d'orientation et de programmation pour la recherche et le développement technologique de la France, article 21.

¹⁸ Ibid, art 10. Le concept de GIP est introduit dans le droit français par la loi Chevènement.

¹⁹ Ordonnance n° 96-346 du 24 Avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, article 10.

²⁰ Ibid art 10.

²¹ Clément, *Histoire des réformes hospitalières sous la Ve République*, p 330.

en termes de lit et d'équipement en général, dans une optique purement quantitative.²² Le SROS met l'accent sur le caractère régional de la planification.²³

L'analyse et la coordination des politiques de santé, quant à elle, fait référence au régime des autorisations dont dispose l'ARH. Ces autorisations sont de plusieurs ordres. Elles peuvent avoir pour objet la création, l'extension ou la conversion d'un établissement de santé, public ou privé, ainsi que le regroupement de tels établissements ou regard sur la modification et la création d'installations médicales.²⁴

Enfin, la nécessaire détermination des ressources des établissements de santé revient à l'ARH. Elle alloue le financement aux établissements publics et privés, et tant à ceux qui bénéficient d'une dotation globale qu'à ceux qui sont soumis au régime du prix à la journée.²⁵ Or, les contraintes de fongibilité entre des enveloppes à dotation globale et des enveloppes médico-sociale découragent une coopération sereine entre établissements, nuisant ainsi à la continuité de l'offre de soins.^{26 27}

La création de cette nouvelle structure a été pensée pour situer et unifier le pilotage des politiques de santé en région. Mais cet effort s'avère loin d'être suffisant car, pour étendues qu'elles soient, les compétences de l'ARH restent cantonnées à l'hôpital (comme son nom l'indique). Celle-ci ne peut interférer dans le domaine de la médecine ambulatoire. En effet, le législateur délégué n'a pas pu – ou osé – unifier totalement la matière. Cette prudence est recommandée dans le rapport dirigé par Raymond Soubie de 1993 : il était alors impensable de fusionner les services de l'Etat et de l'Assurance Maladie, alors même qu'il existe une

²² JM De Forges, *Le droit de la santé*, Que Sais-je?, PUF, 2006, p 58.

²³ Clément, *Histoire des réformes hospitalières sous la Ve République* p 330.

²⁴ Ibid, p 330-331.

²⁵ Ibid, p 330.

²⁶ M Bellanger, A Jourdain, 'Les agences dans le système de santé. un nouveau paysage institutionnel?', *Actualité et dossier en santé publique*, 37 (2001).

²⁷ Rappelons que cela se produit avant la réforme Hôpital 2007 initiée par Jean-François Mattéi, instaurant la célèbre T2A, ou tarification à l'activité, qui consiste à fournir un financement aux hôpitaux en fonction de la nature et le volume de l'activité (voire infra).

multitude de régimes différents.²⁸ C'est ainsi que d'autres questions sont gérées par d'autres organismes préexistants, augmentant la complexité de l'architecture sanitaire institutionnelle.

2. Les autres organismes chargés de la santé et de l'action sociale en région

Si l'ambition d'unifier la politique de santé en région peut être louable, encore faut-il persévérer dans ce mouvement et ne pas s'arrêter au milieu du gué. Car, aux côtés de l'ARH sont en place de nombreuses directions, organismes, unions et autres groupements chargés de la politique de santé au niveau régional et départemental.

La première catégorie d'organisme traitant des politiques sanitaires et sociales en régions se trouvent être les directions régionales et départementales des affaires sociales et sanitaires (DRASS et DDASS), directions qui disparaîtront avec deux décrets d'application de la loi HPST.²⁹

Dans le décret 64-783 du 30 juillet 1963 portant réorganisation et fixant les attributions des services extérieurs de l'Etat chargés de l'action sanitaire et sociale³⁰ sont instituées les directions départementales de l'action sanitaire sociale, rattachées au ministère de la Santé.³¹ Le directeur départemental de l'action sanitaire et sociale exerce, de manière générale, les missions et tâches relatives au domaine sanitaire et social dans le ressort du département.³² Avec le décret n° 77-429 du 22 avril 1977, cette architecture institutionnelle va se scinder en deux pour former les DDASS et les DRASS, à l'échelon respectivement du département et de la région. Ils mettent ainsi en place les politiques sanitaires sous l'autorité

²⁸ Ibid, p 4.

²⁹ Le décret n°2009-1484 du 3 décembre 2009 relatif aux directions départementales interministérielles, met fin à l'existence de la DDASS. Le décret n° 2009-1540 du 10 décembre 2009 relatif à l'organisation et aux missions des directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale entérine définitivement la DRASS. Marie-Laure Moquet-Anger, *Droit hospitalier*, LGDJ, Lextenso, 2010, p 25..

³⁰ Les services extérieurs de l'Etat représentent les services déconcentrés, dans une terminologie qui n'a plus cours aujourd'hui.

³¹ Décret 64-793 du 30 juillet 1963 portant réorganisation et fixant les attributions des services extérieurs de l'Etat chargés de l'action sanitaire et sociale, art. 1.

³² Ibid, art 6.

du préfet de département et de région.³³ Or, l'ordonnance Juppé de 2006 portant création des ARH va radicalement diminuer leurs prérogatives. Les directions ne conservent des compétences propres que pour l'élaboration et la mise en place d'une politique régionale de santé et de la prévention du risque sanitaire. En dehors de ces fonctions résiduelles, les services de la DRASS sont intégrés à ceux de l'ARH pour les questions hospitalières.³⁴ Les DDASS, quant à elles, réussissent à garder certaines attributions, les plus importantes relevant de la protection sanitaire de l'environnement, du contrôle des règles d'hygiène, d'action de prévention en santé publique et de lutte contre les épidémies.³⁵

En parallèle de ces directions déconcentrées existent des entités plus informelles, habilitées à traiter des questions de santé au niveau régional. Deux d'entre elles vont nous intéresser plus particulièrement. Les premières sont les missions régionales de santé (MRS). Instituées par la loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Son article 67 modifie l'article L.162-47 du Code de la Sécurité Sociale et dispose que les missions régionales de santé sont constituées entre l'ARH et l'URCAM.³⁶ On note ici clairement l'intention du législateur de renforcer le partenariat institutionnel et fonctionnel entre l'Etat et l'Assurance Maladie.³⁷ Ces dernières sont dirigées alternativement, avec une rotation annuelle, par le directeur de l'ARH et le directeur de l'URCAM.³⁸ Les missions de ces MRS sont de nature diverses. Elles ont trait, principalement, à la détermination des orientations relatives à l'évolution de la répartition des professionnels de santé. Les directives sont prises en tenant compte du schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) et du schéma d'organisation sociale et médico-sociale (SOSMS).³⁹ Elles sont chargées enfin de fixer

³³ Selon l'ancien article R.1421-5 du Code de Santé Publique, antérieur au décret n°2009-1484 du 3 décembre 2009 relatif aux directions départementales interministérielles, actant le décès de la DDASS, et le décret n° 2009-1540 du 10 décembre 2009 relatif à l'organisation et aux missions des directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale, celui des DRASS (voir infra).

³⁴ ML. Moquet-Anger, *Droit hospitalier*, LGDJ, Lextenso, 2010, p 25.

³⁵ Selon l'ancien art. R.1421-6 du CSP.

³⁶ Loi N° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'Assurance Maladie, art 67.

³⁷ Ibid.

³⁸ R. Holcman, *Droit hospitalier: manuel de gouvernance hospitalière*, Les Indispensables, Berger-Levrault, 2010, p 85-86.

³⁹ Ibid, p 86.

*La gouvernance régionale de la santé dans le cadre de la réforme de l'Etat
L'exemple alsacien.*

annuellement des actions visant à améliorer la coordination des différentes entités régionales du système sanitaire, entités chapeautées par l'Assurance Maladie. Par exemple, cela passe par le développement des réseaux de télémédecine.⁴⁰

Outre les Missions Régionales de Santé, on note l'existence d'un autre groupement de ce type : les Groupements Régionaux de Santé Publique (GRSP). Ils ont pour fonction d'assurer la mise en œuvre unique des programmes de santé publique en région. Ces GRSP, créés à l'occasion de l'adoption de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, ont deux objectifs principaux, définis à l'ancien article L.1411-14 du CSP. Ceux-ci sont chargés de « *mettre en œuvre les programmes de santé contenus dans le plan régional de santé publique (PRSP)* » et, le cas échéant, « *d'assurer ou de contribuer à la mise en œuvre des actions particulières retenues au sein de la région (...)* ». ^{41 42}. Une fois de plus, on remarque une démarche structurant l'action de l'Etat, rassemblant les compétences et mutualisant les moyens au niveau régional. Il est même indiqué que le GRSP a vocation à intégrer une future agence régionale de santé, signe que celle-ci était depuis bien longtemps dans les tiroirs.⁴³

Enfin, il faut signaler l'importance des organismes de l'Assurance Maladie, dans leurs versants sanitaires. Car un certain nombre de ces personnels vont intégrer les futures agences de santé. Débutons cette mise en revue par les URCAM. Suite à la loi constitutionnelle du 22 février 1996, déterminant les conditions générales de l'équilibre financier de la Sécurité Sociale en créant l'Objectif national de dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM), l'ordonnance n° 96-344 va plus en profondeur. L'ordonnance met en place, à l'article 22, des Unions régionales des Caisses d'Assurance Maladie associant les régimes de base obligatoires

⁴⁰ Ibid, p 86.

⁴¹ Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, art 8.

⁴² Ibid, art 8. Constitués sous forme de GIP, ils réunissent des acteurs hétéroclites : l'Etat et les établissements publics intervenant dans le domaine de la santé, comme l'Institut national de veille sanitaire (InVS) et l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), l'ARH, les collectivités territoriales qui le souhaitent, et l'URCAM et la CRAM

⁴³ M. Dupont, C. Bergoignan-Esper, C. Paire, *Droit hospitalier*, Dalloz, 2007, p 39.

d'Assurance Maladie. L'article L.181-1 du Code de sécurité Sociale dispose que ces unions ont pour missions de définir et de mettre en œuvre une stratégie commune de la gestion du risque maladie, en ce qui concerne la médecine de ville.⁴⁴ Il est prévu de conforter les liens entre l'URCAM et l'ARH – créée également avec cette ordonnance. Le directeur de l'ARH assiste ainsi aux délibérations du Conseil d'administration de l'URCAM.⁴⁵

Les Caisses Régionales d'Assurance Maladie (CRAM) ont, quant à elles, un rôle d'organisation, de pilotage des caisses primaires d'Assurance Maladie (CPAM) de leur circonscription. Le décret n° 85-1353 du 21 décembre 1985 précise que les CRAM développent et coordonnent la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles, et appliquent les règles de tarification qui sont liées à ces deux risques.^{46 47}

Il ne s'agit pas d'esquiver la référence à d'autres institutions plus spécialisées de moindre importance qui se sont fondues au sein de l'ARS. Il s'agit, en premier lieu, d'organismes de protection sociale alternatifs à la Sécurité Sociale. La Mutuelle Sociale Agricole est un organisme de protection sociale obligatoire pour les salariés et les exploitants du secteur agricole ; elle est *de facto* la deuxième institution de sécurité sociale en France.⁴⁸ Elle gère l'ensemble des branches de la Sécurité Sociale, à savoir la maladie, la vieillesse, la famille, les accidents du travail.⁴⁹

Le régime social des indépendants (RSI) quant à lui est un organisme similaire à la MSA, avec les mêmes types de fonctions, sauf qu'il intervient pour les travailleurs indépendants (artisans, chefs d'entreprise, professions libérales). Créé en juillet 2006 par la loi n°2004/1343 du 9 décembre 2006 de simplification du droit, il établit aussi un système de

⁴⁴ Ordonnance n° 96-344 du 24 avril 1996 portant mesures relatives à l'organisation de la sécurité sociale, art 22.

⁴⁵ Dupont, Bergoignan-Esper, Paire, p 49.

⁴⁶ Décret n° 85-1353 du 21 décembre 1985, art 1^{er}.

⁴⁷ Dans les faits, les CRAM se chargeaient également de l'assurance vieillesse et des accidents du travail.

⁴⁸ Avec plus de 27,5 milliards d'euros de prestations versées pour 5,6 millions de bénéficiaires. Voir le site officiel de la MSA : <http://www.msa.fr>, (10.04.2013).

⁴⁹ Ibid.

guichet unique pour ses assurés.⁵⁰ Le RSI assure donc l'affiliation des adhérents, le recouvrement des cotisations et le versement des prestations. Ainsi que le pilotage de la prévention et d'une politique d'action sanitaire et sociale en faveur de ses assurés.⁵¹

En second et en dernier lieu, nous allons évoquer les regroupements des médecins inspecteurs au sein des directions régionales du service médical (DRSM). Le service médical est un organisme médical expert de l'Assurance Maladie, rattaché directement à la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés.⁵² Le DRSM est constituée de praticiens conseils (médecins, chirurgiens-dentistes, et pharmaciens) et de personnels administratifs. Ses missions consistent, *grosso modo*, en la maîtrise médicalisée de l'évolution des dépenses de santé. La direction effectue en conséquence, selon le site officiel, des contrôles, opère des analyses et émet des avis dans les domaines ambulatoires et hospitaliers.⁵³

Il était important de connaître, si ce n'est en détail, tout du moins en profondeur les organismes ayant précédé l'existence de l'ARS, avec des indications sur leurs rôles et leurs missions. Il s'agit maintenant d'étudier la logique d'unification institutionnelle, ayant présidé l'adoption de loi Bachelot et de l'installation des nouvelles agences.

B. Une unification institutionnelle pour plus de lisibilité

Nous venons de la voir, la multiplication des organismes traitant du domaine sanitaire au niveau local était problématique à bien des égards. Cet empilement bureaucratique pouvait être problématique au regard de l'efficacité administrative recherchée. L'Etat insufflé, au travers de la loi HPST, une démarche de décloisonnement visant à plus de rationalité. Dans le but d'améliorer l'efficacité des politiques publiques sanitaires et bien évidemment d'alléger

⁵⁰ Loi n° 2004/1343 sur la simplification du droit, art. 70.

⁵¹ Voir sur le site officiel du Régime Social des indépendants, <http://www.rsi.fr>, (10.04.2013).

⁵² Voir sur <http://ameli.fr>, (10.04.2013).

⁵³ Ibid.

les coûts. Ceci mérite de s'intéresser aux fondements de cette unification institutionnelle au travers de l'édification de l'ARS (1), et aux logiques qui ont entraîné sa mise en place (2).

1. La nécessité d'un décloisonnement des services

La volonté de décloisonner, c'est-à-dire de favoriser la coopération entre les organismes d'Etat et de Sécurité Sociale est prégnante. Cette démarche est appuyée et encouragée dans le rapport du député Yves Bur de février 2008 sur les agences régionales de santé. Il mentionne un rapport de la Cour des Comptes de 2004 sur la Sécurité Sociale qui a des mots assez durs envers la politique de santé, qui causerait « *une conduite confuse des politiques de santé* », liée à « *l'enchevêtrement des responsabilités* » entre l'État et l'assurance maladie, qui « *se traduit, au niveau local, par une multiplicité d'instances décisionnelles et de programmes d'action* ». ⁵⁴ Cette organisation en tuyaux d'orgues génèrerait notamment des problèmes de gouvernance : il y a des confusions au regard des donneurs d'ordre et des plans stratégiques applicables. Par exemple, pour les soins ambulatoires, c'est l'URCAM qui est l'autorité territoriale compétente (articles L.183-1 et s. du CSS), mais il n'y a pas de planification spécifique. Le pilotage s'effectue dans le cadre du plan régional d'Assurance Maladie (PRAM), plan général donc à l'Assurance Maladie. Mais la détermination des zones déficitaires en médecin n'incombe pas à l'URCAM, mais à la MRS. ⁵⁵

Le rapporteur rend un compte-rendu critique de la coopération Etat/Assurance Maladie. Trois entités, l'ARH, la MRS et le GRSP, ont été instituées dans le but de synergie entre les deux réseaux. Force est de constater que ce co-pilotage, dans le cadre du régime juridique du GIP, ne fonctionne pas de manière satisfaisante. La mission menée par M. Bur montre ainsi que les MRS étaient pilotées en double commande, pur gaspillage au regard des

⁵⁴ Cour des Comptes, *La Sécurité Sociale*, septembre 2004, p 288.

⁵⁵ Y. Bur, *Rapport d'information, en conclusion des travaux de la mission sur les agences régionales de santé* 2008, p 26-27

modestes résultats obtenus pour la permanence des soins ou la maîtrise des dépenses.⁵⁶ Il en va de même pour les ARH. Se basant sur l'exemple concret de l'ARH Bourgogne, le rapport décortique les imbroglios et la divergence d'intérêt entre l'Etat et l'Assurance Maladie. Ainsi, dans le cadre de restructurations hospitalières, cette dernière freinait des quatre fers pour adopter l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) des établissements déficitaires, alors que l'ARH faisait du forcing pour le rétablissement des comptes à l'équilibre.⁵⁷

Cette opposition plus ou moins frontale nuit à l'efficacité du pilotage, et ce, également au niveau national. Les lois des 9 et 13 août 2004⁵⁸ avaient tenté de répartir les compétences respectives de l'Etat et de l'Assurance Maladie, mais cette répartition demeure imprécise. Le premier a bénéficié d'une responsabilité accrue de manière générale en matière de santé. On note, au passage, que l'organisation de l'offre de soins a été particulièrement sujette à la plus grande emprise étatique. L'Assurance Maladie gère l'évolution des pratiques professionnelles ; mais cette mission interfère avec l'organisation de l'offre de soins. Elle a contribué par ailleurs à l'extension de la gestion du domaine risque, empiétant grandement avec les prérogatives de l'ARH dans le domaine de la politique hospitalière.⁵⁹ Un manque de coopération s'expliquant partiellement par l'asymétrie des réseaux des deux administrations. Celui de l'Etat est majoritairement déconcentré, avec un raccourcissement de la chaîne de décision, alors que celui de l'Assurance Maladie est fortement centralisé (avec le CNAMTS élaborant les stratégies au niveau central).⁶⁰

Ces nombreux dysfonctionnements institutionnels doivent être réparés. Et des idées de réforme nous sont proposées par les rapports Bur et Ritter. La complexité du système de santé est unanimement dénoncée. Mais la modification du système de santé ne doit pas se traduire

⁵⁶ Ibid, p 29.

⁵⁷ Ibid, p 29.

⁵⁸ La loi du 9 août 2004 relative à la santé publique instaure les GRSP, celle du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie la Haute Autorité de Santé (HAS), une autorité publique indépendante à vocation essentiellement scientifique.

⁵⁹ P. Ritter, *Rapport d'information, en conclusion des travaux de la mission sur les agences régionales de santé*, 2008 p 26.

⁶⁰ Ibid, p 26-27.

par une énième déconcentration ou décentralisation des services. Une nouvelle agence de santé ne serait pas crédible sans une « simplification très forte de la gouvernance régionale de la santé ». ⁶¹

2. La mise en place des ARS pour plus de lisibilité du système

Les rapports Bur et Ritter vont porter leurs fruits, car nombre de leurs préconisations, de leurs conclusions seront reprises dans la loi HPST. La genèse de cette loi remonte à la remise du rapport sur la réforme hospitalière de Gérard Larcher le 11 avril 2008 au président de la République Nicolas Sarkozy. Celui-ci recommande plusieurs mesures, telles l'encouragement au regroupement d'hôpitaux, le renforcement de la gouvernance hospitalière, avec un directeur d'hôpital aux compétences étendues et un conseil d'administration qui serait transformé pour l'occasion en un conseil de surveillance, ou la participation des cliniques privées aux missions de service public. ⁶²

En parallèle de cette mission se sont déroulés des Etats généraux de l'organisation des soins (EGOS), dont les avancées et les résultats serviront de lignes directrices pour la future légistique de la loi Bachelot. Les travaux préparatoires ont débuté dès l'automne 2007, avec pour objectif de « *rénover l'offre de soins de premier recours et d'identifier des outils qui permettront de garantir aux citoyens une égalité d'accès aux soins, en améliorant la répartition des professionnels de santé* ». ⁶³ Ces états généraux de la santé prônent une concertation renforcée avec tous les acteurs intervenant, de près ou de loin, dans ce domaine : professionnels de santé bien sûr, mais également élus et patients. ⁶⁴

D'autres études et rapports ont été commandés pour repenser la politique de l'offre de santé en région. Pensons notamment à l'étude de l'offre de santé qui nous a été proposé par le

⁶¹ Y. Bur, p 43.

⁶² G Larcher, *Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital*, 2008, p 4.

⁶³ Ministère de la Santé, *Etats généraux de l'organisation de sa santé - synthèse des travaux des 2 journées nationales (8 février et 9 avril 2008)*, 2008, p 2..

⁶⁴ Ibid, p 2.

député André Flajolet. Celui-ci porte sur les disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire. Remis à la ministre de la santé Roselyne Bachelot le 28 avril 2008, il fait état de plusieurs constats sur les différences de l'offre de santé sur le territoire. Parmi ceux-ci, on retrouve le fait que le système français de santé est générateur d'inégalités au niveau territorial, pour des raisons géographiques, mais également comportementales et environnementales.⁶⁵ Le rapporteur évoque surtout la fragmentation de la connaissance au niveau de la prévention, du fait de l'empilement des systèmes d'information répartis de façon inégale entre les différents acteurs : Assurance Maladie, DRASS, INSEE, entre autres.⁶⁶ Malgré des germes prometteurs, l'accent n'est pas assez porté sur la prévention.⁶⁷

Enfin, les travaux les plus importants, ceux qui vont faire aboutir le projet ARS, sont ceux des rapporteurs Bur et Ritter – comme nous l'avons vu en supra. Déposé le 8 février 2008, le rapport du député Yves Bur conclut la mission de la Commission des Affaires Sociales de l'Assemblée Nationale sur la création des ARS. Accompagnant le processus législatif depuis le début, il propose une réorganisation du système de santé, en abandonnant le système en « *tuyaux d'orgue* », avec ce cloisonnement entre l'Etat et l'Assurance Maladie. Ce faisant, la mission d'information contribue à alimenter la réflexion sur l'organisation, les missions, le statut, et les outils opérationnels, ainsi que ses relations avec les autres acteurs du système sanitaire.⁶⁸ Les constats sont assez clairs : l'institution est beaucoup trop cloisonnée, cloisonnement qui nuit à l'efficacité des politiques publiques. Le patient subit l'inégalité de l'offre de soins. Du fait du manque d'unification et de coopération entre ces deux acteurs, il n'est pas pris en charge de façon efficace.⁶⁹ D'où les propositions de la mission, avec trois mots d'ordre : lisibilité, efficacité, efficacité.⁷⁰ Il en résulterait une reconfiguration globale,

⁶⁵ A. Flajolet, *Mission au profit du gouvernement relative aux disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire*, 2008, p 20-24.

⁶⁶ Ibid, p 36.

⁶⁷ Ibid, p 70-74.

⁶⁸ Y. Bur, p 9.

⁶⁹ Ibid, p 24.

⁷⁰ Ibid, p 43.

qui comprendrait, au minimum, l'offre de soins ambulatoires et hospitaliers. La politique régionale de santé, dont la prérogative revenait aux ARH, gagnerait également à être regroupée avec la politique d'offre de soins.⁷¹

Une nouvelle politique implique souvent la création de nouveaux outils ou l'amélioration d'anciens. C'est pourquoi le rapport insiste sur la nécessité de renforcer les schémas régionaux de planification (que nous détaillerons en infra), mais également celle d'instaurer un système de contractualisation entre établissements, et de créer un système d'information plus performant.⁷² Enfin, la gouvernance doit être pensée. Elle doit s'inscrire dans un ancrage territorial poussé, accompagné par un organe de démocratie sanitaire.⁷³ L'ARS serait épaulée par une instance nationale, une Agence Nationale de Santé, qui dicterait ses directives et ses propositions aux satellites installées en région.⁷⁴

Un rapport concomitant et concurrent a été rendu par le préfet honoraire Philippe Ritter, ancien directeur d'ARH. Consacré spécifiquement à la création des ARS et remis à Mme Bachelot en janvier 2008, ses préconisations se rapprochent en de nombreux points de celles du rapport Bur. Il commence par souligner les bons points de notre système de santé, mais fait aussi état du cloisonnement extrême de la structure sanitaire et plaide pour une gestion plus unifiée, qui serait régionale et responsabilisée.⁷⁵ Ritter et Bur se rejoignent sur l'extension du domaine de compétence de l'ARS au médico-social, à la prévention, et à la veille sanitaire.⁷⁶ Le périmètre est large. Le préfet argue, en sus, que l'autonomie passe par une enveloppe financière plus importante, comprenant une somme globale attribuée à l'échelon de la région, qui pourrait être complétée par un préciput⁷⁷ sur l'ONDAM.⁷⁸

⁷¹ Ibid, p 52-55.

⁷² Ibid, p 78.

⁷³ Ibid, p 94.

⁷⁴ Ibid, p 111.

⁷⁵ P Ritter, p 24.

⁷⁶ Ibid, p 25.

⁷⁷ Le préciput est, dans ce contexte, une expression servant à qualifier une libéralité non rapportable. C'est-à-dire que le préfet peut décider d'un supplément de financement de financement pour l'ARS, avec une prérogative de prélèvement sur l'ONDAM. G. Cornu, *Vocabulaire juridique*, Association Henri Capitant, Quadriga-PUF, 9^{ème} édition, 2011, p 779.

⁷⁸ Ibid, p 34.

Des divergences existent néanmoins entre les deux experts. Ainsi, le député Bur insiste pour attribuer la gestion du risque à un autre organisme, la direction régionale de l'Assurance Maladie (DirAM), pendant que l'ARS se chargerait de l'organisation des soins.⁷⁹ Alors que le préfet Ritter considère que l'organisation de soins et la gestion du risque ne doivent être dissociées ; elles doivent être gérées par le même organisme.⁸⁰ De manière logique, le pilotage national est différent selon l'option choisie : il y a, d'un côté, un pilotage national centralisé dans la vision de Ritter, un double pilotage avec une coopération accrue entre l'Assurance Maladie dans celle de Bur. Il semble, aujourd'hui, que c'est la première option qui a été retenue.⁸¹

Quelles que soient les divergences, les deux s'accordent sur la nécessité de la réforme. D'après les mots de Ritter, dans l'introduction de son rapport, « *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.* » Vu les conséquences qu'auront la loi HPST du 21 juillet 2009 sur le système de santé, ces paroles ont une résonance toute particulière de part leur prédictibilité. L'ARS sera une agence puissante, ce que nous verrons par l'organisation de sa gouvernance et l'ampleur de ses moyens.

§2. La gouvernance et les moyens de l'ARS

La loi du 21 juillet 2009 « Hôpital, Patients, Santé, Territoire » ne marque pas une rupture par rapport aux lois qui l'ont précédée, mais constitue une continuité, une suite logique. Sauf que, pour rendre l'Etat garant du système hospitalier, encore faut-il doter la nouvelle institution d'un mode de gouvernance idoine et de moyens conséquents. On assiste ainsi à la transformation de l'ARH et des autres organismes satellites, aboutissant à la création

⁷⁹ Bur, p 84.

⁸⁰ Ritter, p 13.

⁸¹ Une vision également partagée par Emmanuel Gouault, directeur adjoint de la CARSAT Alsace, avec qui je me suis entretenu.

de l'agence régionale de santé. On passe d'une administration de mission à une administration de gestion⁸². Une preuve de ce changement de nature est le nouveau statut juridique de l'agence, qui devient un établissement public administratif (EPA).⁸³

Il faut donc que cette administration soit à même d'assumer les tâches qui sont maintenant les siennes. D'où une gouvernance fortement remaniée, symbolisée par la « puissance de frappe » du directeur général de l'ARS (DGARS), avec un pilotage externe et un contrôle interne (1). Et la présence de moyens humains, matériels, et financiers qui permettent d'assurer les prérogatives de l'ARS (2).

A. Une agence soumise à un double contrôle

L'ARS représente la « clé de voûte » du nouveau système de santé⁸⁴ selon l'expression consacrée. On parle même d'une certaine omnipotence de l'agence. Celle-ci est symbolisée par l'étendue des pouvoirs du directeur général, lui-même qualifié de « préfet sanitaire » (1).⁸⁵ Mais la gouvernance ne se limite pas à lui. Il ne faudrait omettre le rôle des différentes instances de contrôle interne des actions et des stratégies de l'ARS (2).

1. Le directeur général de l'ARS : un véritable préfet sanitaire

Le directeur général de l'ARS est le symbole de l'importance nouvelle acquise par l'institution. Il dirige donc les services de l'agence, et est, de ce fait, le supérieur hiérarchique de plusieurs centaines d'agents. A titre d'exemple, Laurent Habert, DG de l'ARS Alsace, gère plus de 258 agents, soit 242,3 équivalents temps plein.⁸⁶

⁸² Moquet-Anger, p 29.

⁸³ Loi n° 2009-879 du 21 Juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, art. 118.

⁸⁴ B. de Lard, H. Tanguy, Le nouveau pilotage régional du système de santé par les agences régionales de santé, *Revue de Droit Sanitaire et Social*, 06/2009, p 847.

⁸⁵ Ibid, p 848. Cette qualification n'est pas sans poser problème, étant donné les conflits de compétences entre le DGARS et le préfet de région, vu que ce dernier s'est vu retiré certaines de ses prérogatives au profit du premier.

⁸⁶ ARS Alsace, *Rapport d'activité 2011*, p 12.

*La gouvernance régionale de la santé dans le cadre de la réforme de l'Etat
L'exemple alsacien.*

Le directeur général a un profil qui est triple selon l'article 118 de la loi HPST⁸⁷. Il est ordonnateur, c'est-à-dire qu'il est doté d'un pouvoir de décision financière.⁸⁸ Il est en outre représentant légal de l'ARS : il a possibilité d'ester en justice au nom de l'agence.⁸⁹ Enfin, comme nous l'avons déjà signalé, il est autorité hiérarchique des personnels. Et donc, il peut recruter des agents de droit public ou de droit privé, spécifiquement ceux qui sont concernés par les conventions collectives applicables aux organismes de sécurité sociale. Concrètement, on réintègre les agents de droit public de la fonction publique hospitalière les agents de droit privé des anciennes DRASS et DDASS.⁹⁰ Mais comme le remarque Jean-Marie Clément, on omet le cas des fonctionnaires d'Etat qui travaillaient dans les directions départementales : on n'évoque pas leur situation dans la lettre de la loi.⁹¹

Bien évidemment, vu le rôle qu'il est amené à exercer, le DGARS dispose de compétences très étendues. Il arrête par exemple le projet régional de santé (PRS), qui est le principal outil de planification stratégique, qui définit les priorités de la politique régionale de santé en région.⁹² L'autre volet de ses missions concerne ses relations avec les établissements de santé, comme nous le verrons plus tard dans le second chapitre. Le DGARS délivre des autorisations d'activités aux établissements médicaux et médico-sociaux, mais peut également, grâce à des mécanismes de convention de coopération, de groupements ou de fusion d'établissements, influencer directement sur leur gestion.⁹³ Le directeur peut aussi prendre des mesures de sanction à l'égard d'un établissement en restructuration, en ordonnant de supprimer des emplois ou en enjoignant de réviser leur contrat pluriannuel d'objectifs ou de moyens (CPOM)⁹⁴. Enfin, il peut exercer une réelle influence sur la nomination des chefs

⁸⁷ Loi n° 2009-879 du 21 Juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, art. 118

⁸⁸ Clément, *Histoire des réformes hospitalières sous la Ve République*, p 429.

⁸⁹ Loi n° 2009-879 du 21 Juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, art. 118.

⁹⁰ Ibid.

⁹¹ Clément, *Histoire des réformes hospitalières sous la Ve République*, p 429.

⁹² ARS Alsace, *Projet Régional de Santé d'Alsace 2012-2016*, p 1.

⁹³ De Lard, Hervé, p 847.

⁹⁴ Ibid.

d'établissement publics hospitaliers et des syndicats inter-hospitaliers⁹⁵, de manière bien plus prégnante que les directeurs des agences régionales d'hospitalisation. En effet, le directeur de l'agence propose une liste d'au moins trois noms, après avis du président du conseil de surveillance de l'établissement de santé.⁹⁶

Qui dit responsabilités importantes dit procédure de nomination spécifique. Le directeur général de l'ARS est ainsi nommé en Conseil des Ministres. L'origine professionnelle de ces personnalités est, dans les faits, assez diverse. Comme on l'observe avec la première série de nomination suite au décret de nomination du 1^{er} octobre 2009, certains nommés sont d'anciens directeurs d'ARH ou de DRASS, mais on voit apparaître la venue de profils issus du monde de l'entreprise. A titre de contre-exemple, le directeur actuel de l'ARS Alsace a un parcours plutôt standard : énarque, il est ancien directeur adjoint de l'ARH Pays-de-la-Loire⁹⁷. En tous cas, le directeur est nommé à ce poste par le gouvernement, gouvernement qui peut le révoquer en fonction de ses résultats par rapport aux objectifs qui lui ont été fixés.⁹⁸ Mais l'autorité de nomination n'est pas la seule à pouvoir contrebalancer les pouvoirs du directeur.

2. Les influences du directeur : le conseil de surveillance et la conférence régionale de santé et d'autonomie

Le directeur général de l'ARS bénéficie de compétences plus qu'étendues, mais cela ne signifie pas qu'il soit seul maître à bord. Il est étroitement contrôlé par une instance délibérante : le conseil de surveillance, institué par l'article 119 de la loi du 23 juillet 2009 et codifié par l'article L. 1432-3 du CSP (et mis en place par décret d'application n°2010 – 337 du 31 mars 2010).

⁹⁵ Holcman, p 207. Pour les centres hospitaliers régionaux (CHR) et les centres hospitaliers universitaires (CHU), le directeur d'établissement est nommé par un décret du ou des ministres compétents (ministre de la santé pour les CHR, ministre de la santé et ministre de l'enseignement supérieur pour les CHU).

⁹⁶ De Lard, Hervé, p 847.

⁹⁷ Entretien avec Emmanuel Gouault.

⁹⁸ Clément, *Histoire des réformes hospitalières sous la Ve République*, p 469.

Celui-ci remplace la commission exécutive des ARH mais se voit confié en tout état de cause un rôle moins important que cette dernière.⁹⁹ Le conseil est composé de représentants de l'Etat, de représentants des organismes d'assurance (à l'instar de l'ancienne commission exécutive)¹⁰⁰, mais également de représentants des collectivités locales, de représentants des usagers et d'au moins une personne qualifiée. L'article dispose en outre que le directeur général de l'agence ainsi que des représentants des personnels ont la possibilité d'y siéger, tout en n'ayant qu'une compétence consultative.¹⁰¹ Une particularité est que le conseil est présidé par le représentant de l'Etat en région, c'est-à-dire le préfet de région.¹⁰² Ce qui n'est pas sans créer quelques conflits. Le texte adopté après la commission mixte paritaire avait prévu qu'une personnalité qualifiée nommée par la ministre chargée de la santé pouvait présider, à titre expérimental, le conseil de surveillance, mais le Conseil Constitutionnel a censuré cette disposition, au motif que le législateur ne pouvait laisser au pouvoir réglementaire le soin de fixer la durée d'une dérogation expérimentale.¹⁰³ Le fait que le représentant de l'Etat en région devienne président du conseil dénote une volonté forte de faire rentrer le champ sanitaire dans les pouvoirs régaliens. Deux représentants étatiques contrôlent et dirigent l'agence : l'Etat est donc le principal pilote de la politique sanitaire régionale.¹⁰⁴

Or, les attributions du Conseil de surveillance sont limitatives. Elles sont essentiellement financières : il vote annuellement le budget de l'agence proposé par le DGARS, et peut le rejeter à la majorité qualifiée.¹⁰⁵ Il approuve le compte financier de

⁹⁹ E. Couty, C. Kouchner, A. Laude, D. Tabuteau (dir), *La loi HPST: regards sur la réforme du système de santé*, Droit et santé, Presses de l'École des hautes études en santé publique, 2009, p 318.

¹⁰⁰ Ibid, p 318.

¹⁰¹ Art L.1432-3 CSP.

¹⁰² Ibid.

¹⁰³ Décision du Conseil constitutionnel n° 2009-584 DC du 16 juillet 2009

¹⁰⁴ Clément, *Histoire des réformes hospitalières sous la Ve République*, p 470-471.

¹⁰⁵ Art L.1432-3 CSP.

l'agence. Concomitamment au levier financier, le conseil dispose d'un pouvoir consultatif : il émet un avis sur le PRS et le CPOM de l'ARS, tout comme sur les résultats de l'agence.¹⁰⁶

Le conseil n'est pas le seul à exercer un certain contrôle sur l'activité de l'agence et du directeur. Il faut compter aussi sur l'action de la conférence régionale de la santé et d'autonomie (CRSA), une institution existant déjà auparavant mais qui a été totalement remodelée. L'article L.1342-4 du CSP dispose à cet effet que la CRSA est « *une assemblée consultative composée de plusieurs collègues qui concourent, par leur avis, à la politique régionale de santé* »¹⁰⁷. De fait, elle constitue, au niveau régional, l'instance de « démocratie sanitaire », notion ambiguë s'il en est¹⁰⁸. Le décret d'application du 31 mars 2010 précise quelque peu les choses, en spécifiant la composition du CRSA : elle est donc constituée d'une commission plénière comprenant huit collègues représentant chacun un partenaire de la politique de santé: les collectivités territoriales, les usagers, les conférences de territoire¹⁰⁹, les partenaires sociaux, des acteurs de la protection sociale, des acteurs de la prévention, les offreurs de services de santé et des personnalités qualifiées.¹¹⁰ De manière schématique, les CRSA ont deux missions complémentaires : débattre et proposer des mesures pour la politique régionale de santé et enrichir la réflexion de la conférence nationale de santé (qui pilote le débat au niveau national).¹¹¹

Une instance gère le pilotage national pour l'action des ARS : c'est le conseil national de pilotage (CNP). Introduit dans le droit par la loi HPST, elle clôt le débat parlementaire sur une agence nationale de santé.¹¹² Elle a pour but d'harmoniser les politiques des agences, à travers des « *directives pour la mise en œuvre de la politique nationale de santé sur le*

¹⁰⁶ Ibid.

¹⁰⁷ Art L.1432-4 CSP

¹⁰⁸ Clément, *Histoire des réformes hospitalières sous la Ve République*, p 472.

¹⁰⁹ Conférence de territoires que nous détaillerons dans la section suivante.

¹¹⁰ Décret n° 2010-348 du 31 mars 2010 relatif à la conférence régionale de la santé et de l'autonomie, art 1.

¹¹¹ Devreese, p 103.

¹¹² De Lard et Hervé, p 847.

territoire »¹¹³. Elle veille aussi à la cohérence de leurs politiques, valide les objectifs et les instructions qui leur sont données, et anime le réseau, par la diffusion de bonnes pratiques et par la comparaison des indicateurs de performance.¹¹⁴

Le CNP est présidé par les ministres de la santé, de l'assurance maladie, des personnes âgées et des personnes handicapées. Les ministres du budget et de la sécurité sociale en sont membres. Le comité réunit périodiquement les DGARS. A ces participants s'adjoignent quatorze autres membres : différents directeurs d'administration centrale concernés par les ARS, les directeurs généraux des caisses nationales d'assurance maladie et le directeur de la Caisse Nationale de Solidarité et de l'Autonomie (CNSA).¹¹⁵

Après avoir vu la gouvernance de l'agence, il convient de s'intéresser aux moyens alloués.

B. La mise à disposition d'importants moyens

Afin d'assurer la bonne exécution de ses missions, très étendues rappelons-le, l'ARS se doit de bénéficier de moyens conséquents (comme le souhaitait Philippe Ritter dans son rapport). Analysons en tout état de cause les dotations financières (1), mais également matérielles et humaines des agences (2).

1. Les moyens financiers des agences

L'argent étant le nerf de la guerre, il apparait opportun d'analyser le financement de l'ARS. La loi HPST l'indique clairement en son article 117 (codifié à l'article L.1432-5 du CSP) : le budget de l'ARS doit être établi à l'équilibre. Il est exécutoire dans un délai de quinze jours à compter de sa réception par les ministres chargés de la santé, des personnes

¹¹³ Décret n° 2010-786 du 8 juillet 2010 relatif au pilotage national des agences régionales de santé.

¹¹⁴ Ibid.

¹¹⁵ Ibid. Créée en 2004, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie est un établissement public administratif, dont les missions portent sur l'accompagnement des personnes âgées et handicapées (site de l'ARS).

âgées, des personnes handicapées et de l'Assurance Maladie, sauf opposition de l'un d'entre eux.¹¹⁶

Les ressources sont constituées par six sources expressément mentionnés par les textes : subvention de l'Etat, contributions des régimes d'Assurance Maladie, contributions de la CNSA pour des actions concernant les établissements et services médico-sociaux, ressources propres, dons, legs, et versements des collectivités territoriales ou d'autres établissements publics.¹¹⁷ Les contributions de l'Assurance Maladie et de la CNSA sont déterminées annuellement par la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS).¹¹⁸

Sur le site institutionnel de l'ARS, on trouve les chiffres du budget des antennes régionales. Le budget des ARS, ne porte que sur les dépenses de personnel et de fonctionnement des agences, et s'élève à un total d'environ 1 milliard d'euros, ce qui représente environ 40 millions d'euros en moyenne par ARS.¹¹⁹ Cela varie jusqu'à un facteur dix, selon l'ampleur des missions et de la population. Ainsi, l'ARS Guyane dispose d'un budget de près de 15 millions d'euros¹²⁰, alors que l'ARS Ile-de-France peut compter sur un budget qui lui près de dix fois supérieurs, avec des crédits de 169 millions d'euros.¹²¹ En qui concerne le présent sujet, avec une certaine focale posée sur la région Alsace, le budget est, compte tenu de la relative démographie et de l'exiguïté du territoire, en deçà de la moyenne nationale : 27 millions d'euros.¹²² On remarque, dans les divers rapports d'activité, qu'environ deux tiers des financements sont rattachés aux dépenses de personnel. Un quart de l'enveloppe revient aux dépenses d'intervention (relatif essentiellement à la politique de planification à travers le

¹¹⁶ Art L.1432-5 CSP.

¹¹⁷ Art L. 1432-6 CSP.

¹¹⁸ Clément, *Histoire des réformes hospitalières sous la Ve République*, p 472.

¹¹⁹ Site national de l'ARS, *Les moyens* : <http://www.ars.sante.fr/Les-moyens.89785.0.html> (25/04/2013)

¹²⁰ ARS Guyane, *Rapport d'activité 2011*, p 8.

¹²¹ ARS Ile de France, *Rapport d'activité 2011*, p 9.

¹²² ARS Alsace, *Rapport d'activité 2011*, p 10.

PRS et les schémas régionaux de santé), et le reste est partagé entre dépenses de fonctionnement et dépenses d'investissement.¹²³

Au-delà du budget de fonctionnement, les ARS sont appelées à réguler un volume de crédits, portant sur les activités sur lesquelles elles exercent un contrôle, ayant trait aux champs hospitalier, médico-social, à la prévention et au financement des réseaux. Ces crédits sont de l'ordre, d'après diverses estimations, de 40 milliards d'euros.¹²⁴ Ce financement est certes primordial, mais il ne doit pas occulter les moyens humains et matériels, sans lesquels les missions des agences ne seraient pas remplies.

2. Les moyens matériels et humains des agences

Mutatis mutandis, la création des agences a provoqué des remous parmi les agents des ARH et autres organismes qui ont fusionné dans le cadre de la loi HPST. La nouvelle agence regroupant des missions se chevauchant entre l'Etat et l'Assurance Maladie, on retrouve une diversité d'agents dans celle-ci. Le personnel des ARS est donc mixte. Il comprend à la fois des fonctionnaires et des agents publics titulaires¹²⁵, des praticiens hospitaliers, des agents contractuels de droit public ou privé et des employés de droit privé soumis à la convention collective des organismes de sécurité sociale.¹²⁶ Les instances représentatives du personnel sont, quant à elles au nombre de deux : le comité d'agence, faisant office de comité technique et de comité d'entreprise et doté de la personnalité morale, et le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail.¹²⁷

Au total, le nombre d'emplois des ARS était, au moment de leur création de l'ordre de 9 500.

Parmi ceux-là, on compte à l'échelle nationale environ 7 800 fonctionnaires et agents

¹²³ Voir à ce sujet les budgets des différentes agences, inscrites sur leur site internet et les rapports d'activité qu'elles émettent.

¹²⁴ Site national de l'ARS.

¹²⁵ La différence faite entre les fonctionnaires et les agents publics titulaires doit se comprendre par le phénomène de « CDIisation ». En effet, suite à une loi du 26 juillet 2005, on rend possible de titulariser des agents contractuels en CDD, en leur offrant un CDI. Mais les agents bénéficiant de ce système ne sont pas pour autant des fonctionnaires *stricto sensu*.

¹²⁶ Art L.1432-9 CSP.

¹²⁷ Art L.1432-11 CSP.

contractuels de droit public et environ 1 700 agents de droit privé soumis à la convention collective des personnels des organismes de sécurité sociale.¹²⁸ Si l'on prend en compte de la situation de l'antenne alsacienne, on note la présence d'une équipe plutôt réduite. Au 31 décembre 2010, les effectifs de l'agence s'élevaient à 258 personnes, soit 242,3 équivalents temps plein, répartis sur le site de Strasbourg et de Colmar. A noter que près des deux tiers du personnel est composé par des agents de droit public.¹²⁹

Ces personnels s'appuient sur des moyens matériels pour l'exercice de leurs missions. Ceux-ci sont constitués pour l'essentiel de biens immobiliers, à savoir de bâtiments et de locaux. Les agences ont, pour la plupart, repris pour leur compte des locaux préexistants des anciens organismes, ceux des ARH. En Alsace, l'instance est répartie entre deux sites. L'un est situé à Strasbourg, site principal, mais on trouve en outre une antenne départementale de l'ARS dans le chef lieu du Haut-Rhin, à Colmar.¹³⁰ Une attribution complémentaire des rôles qui illustre une volonté de maillage du territoire et de bonne gouvernance.

Cette mutualisation, axe majeur de la loi HPST, mais également de la RGPP, a, quoi que l'on en puisse en dire, contribué à une meilleure lisibilité du système, auparavant caractérisé par un casse-tête administratif. L'ARS, guichet unique, a, de part sa gouvernance identifiée mais contrôlée et ses moyens alloués importants, fait une entrée en force dans le système régional de santé. Il en est devenu le principal acteur. Maintenant, nous allons nous intéresser plus précisément à ses nouvelles missions de pilotage (et aux outils utilisés par l'exercer), et son ancrage territorial.

SECTION II. Le pilotage des politiques de santé au niveau régional

Entre rupture et continuité, l'arrivée de l'agence régionale de santé est constitutive d'une réforme institutionnelle de premier plan, dont l'ampleur dépasse le secteur de la santé.

¹²⁸ Site national de l'ARS, *Les 26 ARS sont créées* : <http://www.ars.sante.fr/Les-moyens.89785.0.html> (25/04/13)

¹²⁹ ARS Alsace, *Rapport d'activité 2011*, p 11.

¹³⁰ Ibid, p 14.

Sa définition est mentionnée à l'article 118 de la loi du 21 juillet 2009, codifié à l'article L.1431-1 du Code de la Santé Publique. Il est précisé que, dans chaque région et en Corse, une Agence régionale de santé a pour mission de définir et de mettre en œuvre un ensemble coordonné de programmes et d'actions concourant à la réalisation, à l'échelon régional et infrarégional, des objectifs de la politique nationale de santé, des principes de l'action sociale et médico-sociale et des principes fondamentaux de la Sécurité Sociale, à savoir le caractère universel, obligatoire et solidaire de l'Assurance Maladie.¹³¹

De fait, deux éléments sont structurants dans les principes posés dans l'action du législateur. Le premier a trait à une vision globale de la santé publique - avec une extension marquante du domaine d'action de l'agence, impliquant une planification approfondie (§1). Le second regarde l'ancrage territorial de l'ARS à l'échelon de la région, avec en sus une mise en œuvre territoriale de la politique de santé (§2).

§1. Une approche globale de la santé publique

Qu'entendons-nous par le terme de santé publique ? Cette notion peut paraître extrêmement difficile à analyser, tant les acceptions sont variables selon les époques et les intérêts en jeu ? Mais, fondamentalement, on peut tenter de dégager trois dimensions qui s'imbriquent entre elles. Celle d'objectif politique, à savoir maintenir l'état de santé des populations ; celle de politique publique, avec un ensemble cohérent articulé par diverses réglementations ; et celle de démarche intellectuelle, avec un mode de raisonnement pluridisciplinaire.¹³² Le parti pris par la loi HPST fait place à ses trois dimensions pour l'organisation du système de soins.

¹³¹ Loi n° 2009-879 du 21 Juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, article 118.

¹³² A. Morelle, D.Tabuteau, *La santé publique*, Que Sais-je?, PUF, 2011, p 4.

Surtout, le législateur est donc guidé par une approche large de la santé, avec le souhait d'accroître les compétences de l'agence et donc de l'Etat au niveau de la santé : on étend alors le domaine sanitaire (A). Mais cette extension a des conséquences sur le pilotage. D'où la création de nouvelles missions et, donc, de nouvelles stratégies.

A. La détermination extensive du domaine sanitaire

Nous l'avons vu avec l'étude des travaux préparatoires de la loi HPST : le cloisonnement est peu propice à l'efficacité des politiques publiques de santé. Si le bien-fondé du décloisonnement dans la gouvernance institutionnelle n'est plus à démontrer, la suite logique est de décliner cette approche pour les missions des ARS. Le domaine sanitaire est, dans cette logique, vue de manière très large, que cela soit au niveau du soin (1) ou au niveau du champ d'intervention (2).

1. La nouvelle définition égalitaire du soin

Si nous avons déjà montré la promotion du décloisonnement au sein de la gouvernance régionale de la santé, ce mouvement s'observe également à travers le cœur de mission des ARS, qui acquièrent alors une définition extensive, comme le souhaitent les rapports Bur et Ritter. La notion de soin prend alors un tout autre sens, qui ne se limite pas à l'acte médical et au traitement curatif (ce qui était la vision pendant les années 60-70).¹³³ On aperçoit l'amorce de ce changement avec la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Les articles 79 à 83 soulignent l'importance nouvelle de la politique de prévention.¹³⁴ Cette dernière a pour but d'éviter l'apparition de toute nouvelle maladie ou accident, par l'information sur les comportements évitant ces risques.¹³⁵

¹³³ Clément, *Histoire des réformes hospitalières sous la Ve République*, p 511.

¹³⁴ Loi N° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, art 79 à 83.

¹³⁵ Clément, *Histoire des réformes hospitalières sous la Ve République*, p 511.

Mais la loi Bachelot est nettement plus audacieuse à ce sujet. Le soin, sur lequel porte par essence l'action de l'ARS, est organisé de l'amont de la chaîne, à la promotion de la prévention, mais également jusqu'à aval.¹³⁶ L'article 36, présent dans le titre II intitulé « accès de tous à des soins de qualité », détaille en conséquence quatre niveaux de soins :

- *«La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients*
- *La dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique ;*
- *L'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ;*
- *L'éducation pour la santé. »*¹³⁷

Outre le 2^{ème} alinéa, qui présente la définition dite standard du soin, et la prévention, le législateur a souhaité incorporé de nouveaux éléments originaux dans cette définition : l'orientation dans le système de soins et l'éducation pour la santé. Mais il manque de précision pour définir ces deux notions, de sorte qu'elles demeurent assez confuses pour les initiés. L'orientation dans le système de soins semble être quelque chose d'assez abscons : pourquoi aider à une meilleure circulation dans le système de soins, alors que la loi HPST, une loi unificatrice s'il en est, devrait contribuer à plus de lisibilité du système ? Quant à l'éducation pour la santé, elle est difficilement distinguable de la prévention.

Or, cette définition du soin entre dans le cadre d'une motivation égalitaire, encouragée par la réforme. Le même article 36 distingue, dans cette logique, soins de premier recours et soins de second recours. Cette distinction s'effectue en respectant des exigences de proximité (qui s'évaluent en termes de distance, de temps de parcours, de qualité, et de sécurité).¹³⁸ L'offre de soins de premiers recours assurée par les professionnels de santé, c'est-à-dire les médecins généralistes, en coopération étroite avec les établissements sanitaires et médico-

¹³⁶ Loi N° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, art 36.

¹³⁷ Ibid.

¹³⁸ Ibid. Jean Maie Clément nous rappelle que c'est la première fois que le terme « proximité » est inscrit dans une loi hospitalière, prouvant ainsi que l'on entend opérer un maillage territorial rationalisé, mais égalitaire.

sociaux. Cela signifie que ce sont les médecins généralistes qui sont les pivots de ce système, réorientant les patients vers les hôpitaux ou d'autres médecins spécialisés.¹³⁹ En ce qui concerne l'offre de soins de second recours, elle définit des soins spécialisés non couverts par l'offre de premier recours. Car nombre de spécialistes, à l'instar des psychiatres, des pédiatres, des gynécologues ou des ophtalmologues (la liste n'est évidemment pas exhaustive) peuvent être consultés directement, et bénéficient d'un statut comparable à celui des médecins traitants.¹⁴⁰

Mais, malgré l'importance du soin, l'extension du domaine sanitaire pour les missions des ARS est surtout retranscrite dans l'élargissement de son champ de compétences.

2. Des champs de compétences renforcés pour ses nouvelles missions

Comme évoqué auparavant, l'ARH disposait de compétences larges, mais elles ne valaient que pour le domaine hospitalier.

La vaste étendue des missions des ARS peut alors faire office de véritable révolution. Et contribue, une fois de plus, à l'unification et à la meilleure lisibilité du système de santé. Après la mutualisation des services, quoi de plus logique que le regroupement des compétences ? L'article 118 de la loi Bachelot, codifié à l'article L.1431-1 du CSP, fait référence à ce qui nous intéresse maintenant : les missions des agences régionales de santé, qui sont des « *missions structurantes sur l'ensemble du champ de la santé* ». ¹⁴¹

Celles-ci sont au nombre de deux. La première est la mise en œuvre au niveau régional de la politique de santé publique. A ce titre, le paragraphe premier énumère quatre champs d'intervention :

¹³⁹ IRDES (Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé), *Loi Bachelot Hôpital, Patients, Santé Et Territoires*, 2012, p 13.

¹⁴⁰ Clément, *Histoire des réformes hospitalières sous la Ve République*, p 511.

¹⁴¹ G. de Lacaussade, 'Les agences régionales de santé : missions et organisation', *ADSP*, 2011, p 15.

*La gouvernance régionale de la santé dans le cadre de la réforme de l'Etat
L'exemple alsacien.*

- La veille sanitaire et l'observation de la santé (l'ARS peut dans ce cadre s'appuyer sur les observatoires régionaux de la santé)¹⁴²
- La gestion des crises et des urgences sanitaires
- Le contrôle du respect des règles d'hygiène
- La promotion et l'information sur la santé.¹⁴³

On entend ici la notion de santé publique très largement. Elle comprend, selon l'acception de la loi, ces quatre attributions, auxquelles on pourrait ajouter la prévention. Tout comme la définition du soin, on part du début de la chaîne de l'exécution des politiques publiques, avec la prévention (cette fois-ci au niveau de la région, comme les campagnes contre le cancer), jusqu'au bout de cette chaîne avec le respect des règles d'hygiène, tout en passant par la promotion sur la santé, et la gestion de crise (comme les crises épidémiologiques par exemple).¹⁴⁴

Mais l'ARS remplit une seconde série de missions, qui sont afférentes à la régulation, l'orientation et l'organisation de l'offre de santé pour les acteurs. Ce qui est nouveau est l'englobement de nouveaux domaines dans le champ de compétences de l'ARS : le secteur ambulatoire et le secteur médico-social (et suit en cela les recommandations des travaux préparatoires à la loi). L'ARS pourra interférer dans l'organisation et la gestion territoriale des médecins libéraux, mais également des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), qui constituent la majorité des établissements médico-sociaux. Ainsi, la gestion de l'offre de soins consiste par les ARS reposer sur huit points :

- L'évaluation et la promotion de la formation des professionnels de santé
- L'autorisation de la création d'établissements médicaux et médico-sociaux
- La surveillance de la répartition territoriale de l'offre de soins

¹⁴² Les observatoires régionaux de la santé sont des organismes chargés d'améliorer l'information sur l'état de santé et les besoins des populations régionales. Ils aident les décideurs politiques pour la mise en œuvre des politiques publiques de santé. Holcman, p 65.

¹⁴³ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, art 118.

¹⁴⁴ Site national de l'ARS, *Présentation générale* : <http://www.ars.sante.fr/Presentation-generale.89790.0.html> (29.04.2013)

*La gouvernance régionale de la santé dans le cadre de la réforme de l'Etat
L'exemple alsacien.*

- La mise en place d'un service unique d'aide à l'installation des professionnels de santé
- La surveillance de la qualité et de la sécurité des actes médicaux, de la dispensation des produits de santé, ainsi que l'accompagnement médico-social
- La garantie de l'accès aux soins pour les personnes en situation d'exclusion ou de précarité
- La définition et l'application des actions régionales portant sur la gestion du risque et des actions complémentaires
- L'élaboration d'un volet culturel au sein des différents établissements.¹⁴⁵

En outre, cette disposition législative précise, en préambule, que les agences ont pour mission de « *définir et de mettre en œuvre un ensemble coordonné de programmes et d'actions concourant à la réalisation, à l'échelon régional et infrarégional des objectifs de la politique nationale de santé, des principes de l'action sociale et médico-sociale, des principes fondamentaux de l'assurance maladie* ». ¹⁴⁶ De plus, elles « *contribuent au respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie* ». ¹⁴⁷ On mentionne non seulement la politique de santé, mais aussi la politique sociale et médico-sociale et l'Assurance Maladie et l'ONDAM : cela étaye, si cela était nécessaire, la théorie d'une agence étatique, qui gagne des compétences qui étaient aux mains de l'Assurance Maladie. Aux missions des structures qui ont précédé l'ARS (ARH, DDASS, DRASS ...) s'ajoutent bel et bien des responsabilités transversales et de performance, qui concourent à la viabilité du système régional de santé. ¹⁴⁸

On comprend maintenant un peu mieux l'importance donnée à cette organisation. Avec ces deux axes de missions, les agences sont en mesure d'appréhender, quel que soit le type de

¹⁴⁵ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, art 118

¹⁴⁶ Ibid.

¹⁴⁷ Ibid.

¹⁴⁸ De Lacaussade, p 18.

soin administré ou l'acteur de santé, l'entièreté du parcours du patient. Mais pour assurer ce pilotage et cette régulation, il est besoin d'une stratégie pertinente et cohérente.

B. Une stratégie adaptée à l'étendue des missions

On ne peut piloter si l'on n'a pas d'objectifs en vue. Il est donc normal que l'ARS dispose d'un outil de planification de la politique régionale de santé. Cet outil, c'est le projet régional de santé (PRS). Il constitue un cadre, un périmètre d'intervention fixant les grandes orientations. Il détermine la stratégie d'action de l'ARS, le support de référence pour l'ensemble des programmes qui seront pilotés ou contrôlés par elle.¹⁴⁹ Afin d'étudier les tenants et les aboutissants du PRS, il faudra chercher à comprendre ses principes (1), puis son application (2).

1. Le projet régional de santé : véritable cadre de l'action de l'ARS

L'ARS possède de nombreux outils, leviers, et moyens d'actions pour intervenir au niveau de l'offre et de la demande de santé, pour élaborer des politiques sanitaires. Pourtant, aucun autre instrument ne revêt plus d'importance que le projet régional de santé, dans le cadre de ses missions de pilotage et de planification.

L'initiative n'est pas nouvelle. L'évaluation des besoins en équipement hospitalier se plaçait au cœur des attributions de la carte sanitaire, puis du schéma régional d'organisation sanitaire, bien avant l'introduction de la loi de 2009 dans notre droit. Plusieurs facteurs importaient dans l'établissement de cette planification. On prenait en compte, pour la définition de ces besoins, les données démographiques, mais également l'évolution économique, le caractère géographique, le taux de morbidité (le pourcentage de malades par rapport au total de la population) ou l'évolution des techniques médicales.¹⁵⁰ Il est en sus

¹⁴⁹ De Lard et Hervé, p 849.

¹⁵⁰ Devreese, p 116.

intéressant de noter que des projets régionaux de santé ont été expérimentés dès 1994 dans une volonté de déconcentration des politiques de santé au niveau régional.¹⁵¹ Ce programme insiste sur l'élaboration d'actions en faveur de la prévention, de la promotion et de l'éducation pour la santé. Il implique une étroite collaboration entre les différents acteurs : collectivités territoriales, organismes de protection sociale, établissements et professionnels de santé.¹⁵²

Mais la dimension des programmes régionaux de santé est sans commune mesure avec celle des nouveaux projets régionaux de santé. L'article 118 de la loi HPST, codifié à l'article L.1434-1 du CSP explicite ce nouveau levier. Le PRS « *définit les objectifs pluriannuels des actions que mènent l'agence régionale de santé dans ses domaines de compétences, ainsi que les mesures tendant à les atteindre. Il s'inscrit dans les orientations de la politique nationale de santé et se conforme aux dispositions financières prévues par les lois de finances et les lois de financement de la sécurité sociale.* »¹⁵³

La mise en œuvre est du ressort du décret n°2010-514 du 18 mai 2010 relatif au projet régional de santé. Son article 2, codifié à l'article R.1434-1 du Code de la Santé Publique, dispose que le PRS est arrêté par le DGARS, après différents avis, dont celui de CRSA ; cette dernière est informée du projet.¹⁵⁴ Ce document est public, et peut être modifié par le directeur à tout moment, en suivant la même procédure que pour son élaboration.¹⁵⁵ Le projet régional de santé est révisé au moins tous les cinq ans, après que l'on ait procédé à l'évaluation de sa mise en œuvre et des objectifs fixés dans le plan stratégique régional de santé.¹⁵⁶

Le texte de loi, et donc l'article L.1434-2 nous renseigne ensuite sur le contenu du PRS. On note donc la présence d'un plan stratégique régional de santé (PSRS), qui fixe les

¹⁵¹ L'appellation « projet régional de santé » fera finalement la place à celle de « programme régional de santé » avec le décret n° 97-360 du 17 avril 1997 relatif aux conférences régionales de santé.

¹⁵² C. Nicolas, 'Les Programmes Régionaux de Santé', *Actualité et Dossier en santé publique*, n°30, 200, p 78-79

¹⁵³ Art L.1434-1 CSP.

¹⁵⁴ Art R.1434-1 CSP.

¹⁵⁵ Ibid. Les PRS sont en effet rendus publics : ils sont laissés à la libre disposition du public, qui peut les télécharger sur les sites internet des agences régionales.

¹⁵⁶ Ibid. Dans l'exemple alsacien, qui nous concerne, le PRS est élaboré pour une période de quatre ans (actuellement 2012-2016).

orientations et objectifs généraux de santé pour la région, de schémas régionaux - un schéma régional de prévention (SRP), un schéma régional de l'offre de soins (SROS) et un schéma régional de l'offre médico-social (SROMS), et de programmes déclinant les modalités spécifiques d'application de ces schémas : programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS), programme régional de gestion du risque (PRGDR), programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC).¹⁵⁷

Les principes posés au sein de l'ARS le sont par le PSRS, véritable colonne vertébrale du PRS et sur lequel s'appuieront les schémas et les programmes. Le PSRS présente une évaluation des besoins de santé, une analyse de l'offre et une prospective possible dans un certain nombre de thèmes (prévention, réduction des inégalités, qualité, efficience ...).¹⁵⁸ Il propose aussi des mesures de coordination avec les autres politiques de santé et l'évaluation du PRS.¹⁵⁹ Comme le prévoit les textes législatifs et réglementaires, le PSRS prend en compte les spécificités des régions. Ainsi, dans le PSRS de l'ARS Alsace, après l'étude des besoins de la région, l'agence a déterminé quinze objectifs à atteindre, objectifs répartis en quatre axes. Ceux-ci sont : la diminution de la prévalence et de l'incidence des pathologies qui touchent particulièrement la région (obésité, diabète, maladie cardio-vasculaire...), l'organisation de la prise en charge sanitaire pour favoriser l'autonomie des personnes fragiles, la favorisation de la coordination de la prise en charge du patient, et la recherche de l'excellence du système de santé alsacien.¹⁶⁰

Les objectifs étant définis, il reste à les appliquer avec l'aide des schémas et des programmes régionaux.

2. L'application de la stratégie à travers les schémas et les programmes

¹⁵⁷ Art L.1434-2 CSP Les dénominations données des schémas et des programmes ici ne correspondent à des libellés utilisés par le législateur. Il délivre un cadre général, mais ensuite libres aux agences d'arrêter ces noms des programmes, en fonction des spécificités régionales.

¹⁵⁸ Devreese, p 118.

¹⁵⁹ Ibid.

¹⁶⁰ ARS Alsace, *Projet Régional de Santé 2011 - 2015 - Plan Stratégique Régional*, 2011.

Le projet régional de santé se décrit par une structure hiérarchique. Au sommet se trouve le PSRS, fixant les priorités et objectifs stratégiques. Ensuite, les différents schémas traduisent ces priorités en plan d'action et planifient les missions des agences. Et, à la base de l'arbre, les programmes traduisent les orientations décidées plus haut en différents thèmes.¹⁶¹ En toute logique, l'étude des schémas régionaux précédera celui des programmes régionaux.

Les schémas, comme nous l'avons mentionné, sont au nombre de trois. Le schéma régional de prévention (SRP) met en œuvre le plan stratégique régional à travers des actions pour la prévention.¹⁶² Mais le schéma, dans une velléité qui nous est maintenant bien connue, entend la prévention dans un sens large, conformément aux recommandations de l'OMS.¹⁶³ Ainsi, la prévention concerne la promotion de la santé, l'éducation thérapeutique. Mais également la veille sanitaire, l'organisation territoriale de l'offre de service en matière de prévention, le développement des formations spécialisées, et la coopération entre acteurs médicaux, sociaux, et médico-sociaux au sujet de la prévention.¹⁶⁴ D'une manière plus générale, on ne peut passer à côté de l'influence nouvelle acquise par la prévention. Ne serait-ce que par l'observation sommaire de la loi, qui comprend un titre III consacré à la prévention et à la santé publique, comportant pas moins de 35 articles.¹⁶⁵ Comme le souligne Danièle Cristol, l'ARS devient une « *pièce maîtresse du rééquilibrage entre soins et prévention* ». ¹⁶⁶

Le schéma régional et interrégional d'organisation des soins (SROS) existait déjà antérieurement ; il avait apporté une dimension régionale à la carte sanitaire. La loi conserve cet outil mais le modifie dans son fonctionnement. Le SROS est divisé en deux parties : hospitalière et ambulatoire.¹⁶⁷ La première est opposable et relative aux établissements de santé et aux activités de soins et d'équipements matériels lourds. La seconde est relative à

¹⁶¹ ARS Alsace, *Projet Régional de Santé d'Alsace 2012-2016*, p 5.

¹⁶² Art R.1434-3 CSP.

¹⁶³ Flajolet, p 50.

¹⁶⁴ Ibid.

¹⁶⁵ D. Cristol, 'Prévention et santé publique dans la loi HPST, RDSS, n°5/2009, p 831. Cette ampleur qualitative est due à la pression parlementaire, qui a déposé nombre d'amendements. Au départ, le projet de loi ne comptait que 4 articles.

¹⁶⁶ Ibid, p 835

¹⁶⁷ ARS Alsace, *Projet Régional de Santé d'Alsace 2012-2016*, p 5.

l'offre sanitaire des autres professionnels et établissements de santé : médecins libéraux, centres de santé, pôles de santé, laboratoires de biologie médicale, entre autres.¹⁶⁸ Le SROS a pour but d'assurer une bonne coordination des soins pour le patient par une plus grande entente entre offreurs de santé.¹⁶⁹ Autrefois instrument phare de la planification sanitaire, le SROS a perdu de sa superbe avec l'intégration au sein du PRS malgré l'ajout du domaine ambulatoire. Il n'est plus qu'un outil parmi d'autres.

Un de ces outils est justement le dernier schéma régional : le schéma régional d'organisation médico-social (SROMS). Celui-ci prend en compte les schémas départementaux d'organisation sociale¹⁷⁰, mais surtout les besoins spécifiquement régionaux définis dans le PSRS.¹⁷¹ On note trois champs d'action, qui ressemblent quelque peu à ceux du SROS. Il y a, en premier lieu, l'évaluation des besoins de prévention, d'accompagnement et de prise en charge médico-sociaux pour les personnes en situation d'handicap ou non autonomes (avec la considération de facteurs démographiques, économiques ou épidémiologiques). Ensuite, il s'agit de déterminer l'évolution de l'offre médico-sociale souhaitable en fonction de l'offre disponible. Le législateur précise enfin les modalités de coopération entre les acteurs de santé pris dans un sens large dans le cadre de cette organisation.¹⁷²

Ces schémas sont eux-mêmes appliqués par l'intermédiaire des programmes régionaux de santé. Il est indiqué qu'ils traduisent les actions et prévoient les financements de ces programmes, pour la mise en œuvre des PRS. Les programmes peuvent présenter un caractère transversal et impliquer plusieurs schémas différents.¹⁷³ Ils s'attachent à prévoir les résultats attendus, les indicateurs permettant de mesurer leur réalisation et le calendrier de mise en

¹⁶⁸ Art R.1434-4 CSP.

¹⁶⁹ Ibid.

¹⁷⁰ Sénat, *Projet de loi relatif à l'action sociale et médico-sociale*, 2012, art 13.

¹⁷¹ Art R.1434-6 CSP.

¹⁷² Ibid.

¹⁷³ Art R.1434-7 CSP.

œuvre des actions prévues.¹⁷⁴ Ils sont, dans les grandes lignes, similaires entre les ARS, même si ces dernières se doivent de prendre compte les spécificités locales. On peut dénombrer cinq types de programmes : le programme régional de gestion du risque (PRGDR), le programme d'accès à la prévention et aux soins des plus démunis (PRAPS), le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC), le programme télémédecine, et les programmes territoriaux de santé.¹⁷⁵

L'application du PRS qui englobe de nombreux secteurs, implique de nombreuses missions, avec une largesse d'intervention pour l'ARS et donc pour l'Etat. Avec cette extension aux domaines ambulatoires et médico-sociaux, l'agence a besoin d'une stratégie adaptée. Mais pour mener ces missions à bien, il a fallu trouver le bon échelon de pilotage tant pour l'application des politiques publiques sanitaires que pour la régulation de l'offre de santé.

§2. Le choix de l'échelon régional avec un ancrage territorialisé

L'étendue et l'importance des missions de l'agence régionale de santé, avec ses deux attributions principales que sont le pilotage des politiques publiques en matière de santé et la régulation de l'offre de soins, n'est plus à démontrer. Mais une interrogation demeure : pourquoi avoir investi le champ de la région. Car nous parlons bien d'agence « régionale » de santé, tout comme parlions naguère d'agence « régionale » de l'hospitalisation. L'administration a fait ce choix-ci, qui lui semble plus cohérent. Cela s'inscrit dans un mouvement plus global de réforme de l'Etat et de décentralisation. L'acte I de la décentralisation, avec les lois de 1982-1983, tout comme l'acte II entre 2002 et 2004, donne une grande importance à la région, en lui octroyant un rôle de planification.¹⁷⁶ On rappelle aussi que la réforme de l'administration territoriale de l'État (RÉATE), dans le cadre de la

¹⁷⁴ Ibid.

¹⁷⁵ Site national de l'ARS, *La stratégie* : <http://www.ars.sante.fr/La-strategie.102280.0.html> (29.04.2013).

¹⁷⁶ J. Waline, *Droit Administratif*, 23^{ème} édition, Dalloz, 2010, p 97.

RGPP, fait de la région l'échelon de droit commun pour l'exécution des politiques publiques.¹⁷⁷ La loi HPST – issue de la Révision Générale des Politiques Publiques, respecte également cette logique, aux dépens du département. Ce processus qui a conduit les pouvoirs publics à choisir l'échelon de la région pour le pilotage des politiques sanitaires (A). Mais ce pilotage ne peut être conduit sans une territorialisation accrue, effectuée par les agences afin de se rapprocher au plus près des différents acteurs de la santé (B).

A. L'échelon régional, le plus pertinent pour le pilotage

A priori, le fait qu'un pilotage des politiques publiques se fasse à l'échelon de la région peut rentrer dans une logique compréhensible. Quand l'Etat veut déléguer des compétences de pilotage, surtout pour un domaine aussi sensible que celui de la santé, on peut comprendre qu'elle opte pour la région en lieu et place du département. Pour bien manœuvrer, il faut avoir une plus grande hauteur de vue. C'est aller un peu vite en besogne et oublier que, comme le rapporte le professeur Jean Waline, « *les services départementaux de l'Etat ont longtemps été l'échelon de base des services déconcentrés de l'Etat* ». ¹⁷⁸ Il a été nécessaire de mettre fin à un modèle départementaliste (1), préalablement à l'avènement de la régionalisation de la santé (2).

1. La fin du modèle départementaliste

Créant de formidables remous dans l'organisation du système de santé, la loi dite Bachelot provoque une autre conséquence, celle-ci plus inattendue : le remodelage du rapport de force entre départements et régions, tout particulièrement en ce qui concerne l'action sociale et médico-sociale.

¹⁷⁷ Kamel, p 1012.

¹⁷⁸ Waline, p 80.

*La gouvernance régionale de la santé dans le cadre de la réforme de l'Etat
L'exemple alsacien.*

Le département effectivement dispose, depuis le premier train de la décentralisation, de l'essentiel de l'aide sociale.¹⁷⁹ Certes, les financements sont d'origine diverses, l'Etat conserve quelques compétences, et l'intervention de la justice dans le cadre de l'aide sociale à l'enfance (ASE)¹⁸⁰ incite les administrations déconcentrées à organiser des compétences conjointes. Mais on observe une cristallisation des compétences au profit du département.¹⁸¹ Ce mouvement ne se fit pas de manière linéaire. Il y eut une période dans les années 80 et 90 où, avec les politiques de « luttés contre les exclusions », l'on recourut à des formes d'organisation conjointes entre les deux circonscriptions administratives que sont le département et la région.¹⁸² De nouveaux transferts de compétences sont ensuite décidés : coordination en matière de politique du 3^{ème} âge, prise en charge du handicap avec la création des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), et pilotage de la politique d'action sociale sur son territoire. L'article 49 de la loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales (codifié à l'article L.121-1 du CASF) affirme les compétences de droit commun du département en ce domaine.¹⁸³ Robert Lafore évoque même un « *département-providence* » à ce sujet.¹⁸⁴

L'élan pour le département stoppe net dans la seconde moitié de la décennie 2000. Ceci est particulièrement prégnant avec la mise en place de la RéATE. A cette aune, le décret n° 2010-146 du 16 février 2010 modifiant le décret n° 2004-374 du 29 avril 2004 relatif aux pouvoirs des préfets, à l'organisation et à l'action des services de l'Etat dans les régions et départements a deux conséquences principales : d'une part, la transformation de la chaîne hiérarchique des services déconcentrées avec les attributions confiées au préfet de région ;

¹⁷⁹ Loi n° 82-623 du 22 juillet 1982 modifiant et complétant la loi n° 82-213 du 2 mars 1982 relative aux droits et libertés des communes, des départements et des régions et précisant les nouvelles conditions d'exercice du contrôle administratif sur les actes des autorités communales, départementales et régionales.

¹⁸⁰ Le service de l'aide sociale à l'enfance est un service départemental chargé de venir en aide aux mineurs et à leur famille par des actions contre la maltraitance. Ces missions sont listées à l'article L.221-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles.

¹⁸¹ R. Lafore, 'Les « territoires » de l'action sociale : l'effacement du modèle « départementaliste »?', *RDSS*, p 6.

¹⁸² Attention ici à ne pas confondre département collectivité territoriale et département circonscription administrative.

¹⁸³ Art L.121-1 CASF.

¹⁸⁴ R. Lafore, 'La décentralisation de l'action sociale, l'irrésistible ascension du « département-providence »', *RFAS*, 2004, p 19.

d'autre part, le remodelage des services territoriaux avec la fusion des anciennes directions tant régionales que départementales en de nouvelles entités.¹⁸⁵ Sur le terrain de l'action sociale, de nouveaux services de l'Etat sont à dénombrer : la Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS), la Direction départementale de la protection des populations (DDPP) dans les départements comptant moins de 400 000 habitants et la Direction départementale de la cohésion sociale (DDCS) pour ceux dont la population est plus élevée. Dans un mouvement de mutualisation des services, la réorganisation se fait au détriment des départements : quand il n'y a pas suppression des antennes départementales, elles deviennent de simples relais des directions régionales.¹⁸⁶ Surtout, le découplage entre le médico-social et le social a fortement nui à l'importance de l'échelon départemental. L'ARS reprenant les missions et les structures de la DDASS, on ne percevait plus d'intérêt à garder des compétences départementales pour le social. Deux structures se partagent ces compétences : l'ARS pour le médico-social, les DRJSCS et leurs émanations départementales.¹⁸⁷

Concomitamment, le déclin de l'influence départementale laisse place à un gain de pouvoir de la région dans le domaine sanitaire.

2. La consécration de la régionalisation

La région, nouveau centre déconcentré du pilotage des politiques sanitaires ? Si l'idée est généralement bien acceptée de nos jours, le processus ne s'est pas fait en un jour.

L'idée est en fait assez ancienne. Elle date de 1968, avec le projet de loi porté par Jean-Marcel Jeannerey, ministre des Affaires Sociales. Ce projet très ambitieux avait pour but de créer et de réformer l'organisation et le fonctionnement des hôpitaux devenus lieux de formation des futurs médecins. Précurseur, le gouvernement avait dans l'idée de créer une

¹⁸⁵ Lafore, 'Les « Territoires » de l'action sociale : l'effacement du modèle « départementaliste »?', p 7.

¹⁸⁶ Ibid.

¹⁸⁷ Ibid.

véritable planification sanitaire (deux ans avant la loi Boulin), mais surtout d'initier une régionalisation des services communs aux hôpitaux à travers de nouveaux rôles dévolus aux centres hospitaliers régionaux. L'initiative n'ira pas jusqu'à son terme à cause des événements de mai 1968.¹⁸⁸

Or cette régionalisation de la santé a progressé depuis lors, étape par étape. Sans mentionner la création des DRASS en 1977, on peut aller en 1991, avec la création du SROS, avec la loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme sanitaire. L'article 4 institue ces schémas régionaux de l'organisation sanitaire, avec des comités idoines chargé de les établir.¹⁸⁹ La régionalisation des décisions sanitaires se retrouve notamment dans la sollicitation d'avis du CROS de la part du ministre et du préfet avant de construire la carte sanitaire.¹⁹⁰

Mais un pas encore plus grand sera fait avec l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, qui crée l'ARH.¹⁹¹ Pourquoi avoir choisi l'échelon régional ? La réponse est (partiellement) donnée dans un rapport explicatif sur l'ordonnance Juppé remis au Président de la République. Il y est mentionné que la volonté d'asseoir un pilotage régional – pour le moment hospitalier, et non sanitaire – entre dans un souci de cohérence et d'efficacité. Pour rassembler les responsabilités relatives à l'hospitalisation publique et privée, il est mieux de réunir les compétences de l'Etat et de l'Assurance Maladie au sein d'une agence régionale.¹⁹² On voit difficilement comment une agence départementale pourrait assumer la gestion d'un CHR par exemple.

¹⁸⁸ Clément, *Histoire des réformes hospitalières sous la Ve République*, p 51-52.

¹⁸⁹ Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme sanitaire, art 4.

¹⁹⁰ Clément, *Histoire des réformes hospitalières sous la Ve République*, p 234.

¹⁹¹ Ordonnance No 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

¹⁹² Rapport au Président de la République relatif à l'ordonnance N° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, p 4.

La loi HPST, au lieu de revenir sur cette régionalisation de la santé¹⁹³, au contraire la renforce et la porte aux nues. L'exposé aux motifs illustre cette volonté de territorialisation : on souhaite mettre en place une gestion unique de la santé, avec le renforcement au domaine sanitaire, ambulatoire et médico-social. Une gestion transversale par un acteur unique au plan régional est une condition nécessaire pour la réussite de la réforme.¹⁹⁴ Ainsi, une des orientations majeures de l'agence est de « *renforcer l'ancrage territorial des politiques de santé : l'agence régionale de santé permettra, dans le cadre des orientations fixées au niveau national, de mieux adapter les politiques de santé aux besoins et aux spécificités de chaque territoire* ». ¹⁹⁵ De fait, le décloisonnement de la santé publique fait en sorte que la structuration de l'offre de soins a pris un nouveau sens, plus englobant. Cet agrandissement est non seulement sectoriel, mais également territorial. Le « *territoire pertinent* » pour les nouvelles activités concernées devient donc l'espace régional.¹⁹⁶

Maintenant qu'est consacrée la région (et non le département) comme niveau pertinent du pilotage sanitaire, dans le cadre d'un mouvement plus vaste de régionalisation, il faut s'attacher à l'examen détaillé de la territorialisation du pilotage de l'ARS.

B. La mise en exergue des territoires de santé

Le pilotage de politiques sanitaires implique un maillage adapté du territoire. Les différentes réformes hospitalières montrent que cet ancrage a été évolutif, changeant. Mais une donnée n'est pas contestée : celle que la territorialisation est indispensable pour la bonne régulation de l'offre de santé. La notion de territoire de santé n'est pas apparue dans le droit

¹⁹³ Qui, entretemps, a persévéré, comme le démontre la création des Missions Régionales de Santé ou les Groupements Régionaux de Santé.

¹⁹⁴ Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative, *Exposé des motifs du projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires*.

¹⁹⁵ Ibid, art 27.

¹⁹⁶ D. Tabuteau, 'Politiques de santé et territoire', *RDSS*, Hors-série "Territoire et santé", 2009, p 7.

positif avec la loi du 21 juillet 2009, avec l'ordonnance du 4 septembre 2003.¹⁹⁷ Cette notion remplace, comme outil de planification sanitaire, le secteur sanitaire issu de la loi Boulin de 1970.¹⁹⁸ L'étude générale de cette nouvelle territorialisation consécutive à la loi HPST (1) précèdera l'application concrète de cette approche, symbolisée par les communautés hospitalières de territoires (2).

1. L'émergence de la nouvelle territorialisation de la santé

Selon certains, la santé publique relèverait d'une analyse géopolitique.¹⁹⁹ Le territoire fait l'objet de représentations contradictoires des acteurs, qui sont au cœur de rivalités de pouvoir et de débats politiques. Jusque dans les années 90, les inégalités géographiques en matière de santé sont restées inconnues ; c'est l'essor de schémas sanitaires qui ont contribué à rendre l'information publique et accessible.²⁰⁰ On découvre alors la mesure des inégalités en termes d'accès aux soins. On peut relever cinq types de difficultés : éloignement géographique des professionnels de santé (créant les fameux « déserts médicaux »), caractère aléatoire et fragile de la permanence des soins, files d'attentes pour certaines consultations de premier recours, difficultés financières et problèmes de discrimination (notamment pour les bénéficiaires de la couverture médicale universelle.)²⁰¹ Une approche « par le territoire », c'est-à-dire par l'observation des territoires, constitue une réelle avancée pour la connaissance des besoins en santé. Une carte bien dessinée est souvent très explicative d'une situation donnée.²⁰²

¹⁹⁷ Ordonnance N° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation, art 5.

¹⁹⁸ Moquet-Anger, p 45.

¹⁹⁹ Le terme « géopolitique » peut s'entendre dans un sens qui dépasse le cadre national, comme le font très souvent les médias. Il peut néanmoins tout à fait impliquer l'étude du territoire à un niveau national, voire infranational, qui se bornerait à démontrer l'impact du territoire sur les politiques, en l'occurrence de santé.

²⁰⁰ B. Giblin, 'Santé Publique Et Territoires', *Hérodote*, La Découverte, n°143, 2011, p 3.

²⁰¹ M. Bernier, *Rapport d'information n°1132 au nom de la mission d'information sur l'offre de soins sur l'ensemble du territoire déposé par la commission des affaires culturelles, familiales, et sociales*, Assemblée nationale, octobre 2008, p 11.

²⁰² Giblin, p 8.

La structuration du système de santé a souvent été balbutiante, hésitante.²⁰³ La question de la lisibilité a été en grande partie réglée avec l'arrivée de l'ARS. Le territoire devient le périmètre d'accès privilégié aux soins avec la loi HPST. La région étant la circonscription administrative la plus pertinente pour le pilotage de l'ensemble des politiques sanitaires, la mise en œuvre doit se retrouver à un échelon plus bas afin d'embrasser plus efficacement la lutte contre les inégalités.²⁰⁴ Toute la difficulté réside dans la définition du territoire.

Plusieurs notions furent essayées. L'une d'entre elles fut celle du « bassin de santé », qui insistait particulièrement sur le découpage du territoire en fonction de flux hiérarchisés de patients.²⁰⁵ La notion qui va nous occuper à présent est encore en vigueur aujourd'hui est celle du « territoire de santé ». L'ordonnance du 4 septembre 2003 qui la met à jour ne comporte pas de définition légale, laissant aux autorités régionales le soin d'en dessiner les contours.²⁰⁶ La circulaire du 5 mars 2004 n° 101 de la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) recommande elle seulement d'« *emprunter une voie innovante dans la définition de territoires de santé.*»²⁰⁷ Un éclairage sera apporté par la doctrine. Bernard Bonicci esquisse une définition : « *le territoire de santé est une étendue géographique où la population résidente peut disposer d'une offre de soins de qualité* ».²⁰⁸

Le territoire de santé est plus à entendre comme un ensemble ; son étendue est donc à géométrie variable. L'article L.1434-16 du Code de la Santé Publique énonce de leurs périmètres qu'ils peuvent être infrarégionaux, régionaux ou interrégionaux.²⁰⁹ Les limites sont établies par l'autorité régionale de santé pour les activités relevant du SROS, et par le ministre chargé de la santé pour l'échelon interrégional.

²⁰³ Didier Tabuteau utilise à ce sujet l'expression « puzzle sanitaire » pour qualifier l'embrouillamini qui a longtemps caractérisé le système de santé. Tabuteau, p 7.

²⁰⁴ Moquet-Anger, p 46.

²⁰⁵ J-M. Amat-Roze, 'La territorialisation de la santé : quand le territoire fait débat', *Hérodote*, n°143 2011, p 19.

²⁰⁶ Moquet-Anger, p 47.

²⁰⁷ Circulaire DHOS/O/2004/101 du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération, p 2.

²⁰⁸ B. Bonicci, 'Etablissements de santé et territoire', *RDSS*, Hors-série "Territoire et santé", 2009, p 98 et s.

²⁰⁹ Art L.1434-16 CSP.

La loi HPST va conserver dans son giron les territoires de santé, tout en renforçant leur rôle. Ils deviennent les vecteurs locaux de l'application du pilotage infrarégional du système de soins.

2. Le pilotage infrarégional à travers les territoires de santé

L'extension du champ de la santé voulue en 2009 renforce les territoires de santé. L'article 118 de la loi (derechef), codifié à l'article L.1434-16 du Code de la Santé Publique, le prouve. « *L'agence régionale de santé définit les territoires de santé pertinents pour les activités de santé publique, de soins et d'équipement des établissements de santé, de prise en charge et d'accompagnement médico-social ainsi que pour l'accès aux soins de premier recours* ». ²¹⁰ La feuille de route est apparemment toute tracée, la marge de manœuvre pour les agences considérable. On convient cependant d'une obligation de moyens, à travers l'instauration de ces territoires, et d'une obligation de résultat, garantir effectivement l'égal accès aux soins pour tous. ²¹¹ Et l'établissement public doit faire avec l'avis du préfet de région, de la CRSA, et des présidents des conseils généraux pour les matières relevant de leurs compétences. ²¹²

Après que les ARS aient arrêté leurs territoires, trois observations s'imposent. Le nombre des territoires de santé passe de 159 territoires de santé (DOM compris), définis dans le cadre de l'élaboration des SROS de 3^{ème} génération à 108 territoires de santé ARS. On note aussi une évolution qualitative de cette nouvelle cartographie, avec plus de territoires interdépartementaux, mais également plus de territoires infradépartementaux. La répartition est au final plus homogène : on passe de 374 000 à 600 000 habitants par territoires. ²¹³

L'Alsace compte quant à elle quatre territoires de santé. Ces territoires s'inscrivent dans la

²¹⁰ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, art 18.

²¹¹ Moquet-Anger, p 48.

²¹² Art 1436-16 CSP.

²¹³ Site national de l'ARS, *Les ARS ont arrêté leurs territoires de santé*, <http://www.ars.sante.fr/Les-ARS-ont-arrete-leurs-terri.104153.0.html> (25/04/2013)

*La gouvernance régionale de la santé dans le cadre de la réforme de l'Etat
L'exemple alsacien.*

continuité des territoires de santé définis en 2005 dans le cadre du schéma régional d'organisation sanitaire et sont organisés autour de quatre centres hospitaliers de référence - Haguenau, Strasbourg, Colmar et Mulhouse.²¹⁴

Une innovation se retrouve dans la loi Bachelot, avec les conférences de territoires. L'article L.1434-17 du Code de la Santé Publique énonce que le directeur général de l'ARS constitue, dans chacun des territoires, une conférence de territoire, réunissant les différents acteurs du système de santé.²¹⁵ Le décret n° 2010-347 du 31 mars 2010 relatif à la composition et au mode de fonctionnement des conférences de territoire précise les choses (article 1). Il y a donc des représentants des établissements de santé, des établissements médico-sociaux, des médecins libéraux, et des autres acteurs de l'offre de santé. Mais on note surtout la présence de représentants des usagers.²¹⁶ Ces conférences vont donc faire office d'organes de démocratie sanitaire, des conférences territoriales de santé et d'autonomie en quelque sorte. Elles vont pouvoir mettre en cohérence le PRS avec les enjeux locaux, faire des propositions visant à le modifier.²¹⁷

Une dernière manifestation de cette territorialisation est la création des communautés hospitalières de territoires (CHT). Visés à l'article 22 de la loi (avec les articles L.6132-t et suivants du Code de la Santé Publique), les CHT incitent les établissements à se regrouper et à mettre aux points des stratégies communes et de mutualiser des moyens et des activités (à travers notamment l'utilisation de la télémédecine) avec l'élaboration d'un projet médical commun.²¹⁸ Ne concernant que les établissements de santé pour leur fonctionnement, les CHT sont organisés en holding, avec un établissement siège qui en assurera la gestion.²¹⁹ On voit à

²¹⁴ Site de l'ARS Alsace, *De nouveaux territoires de santé*, <http://www.ars.alsace.sante.fr/De-nouveaux-territoires-de-san.101396.0.html> (25.04.03). A voir en annexe.

²¹⁵ Art. L.1434-17 CSP.

²¹⁶ Décret n° 2010-347 du 31 mars 2010 relatif à la composition et au mode de fonctionnement des conférences de territoire, art 1.

²¹⁷ Art. L.1434-17 CSP.

²¹⁸ Loi n° 2009-879 Du 21 Juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, article 22.

²¹⁹ Clément, *Histoire des réformes hospitalières sous la Ve République*, p 477-478.

*La gouvernance régionale de la santé dans le cadre de la réforme de l'Etat
L'exemple alsacien.*

cette occasion que la territorialisation peut aussi impliquer l'organisation de l'offre de soins. Le pilotage régional et infrarégional est ainsi assuré de manière cohérente et efficace.

Le législateur a voulu, assez clairement, fonder l'organisation du système de santé sur deux préceptes. On souhaite, tout d'abord, installer une vision globale de la santé. Et ainsi donner à l'ARS la pleine mesure de ses moyens pour l'exécution de ses missions, qui touche autant aux secteurs hospitalier, ambulatoire, que médico-social. L'agence peut ainsi planifier, peaufiner sa stratégie d'ensemble. En outre, on vise à encourager la territorialisation de la gestion de la santé en région. Le niveau d'autorité est double dans le cadre de ce rapprochement. Il est régional quant à l'élaboration du pilotage global, infrarégional pour son application concrète.

Plus généralement, la loi HPST est d'une importance majeure, importance que nous commençons à réaliser aujourd'hui. Sans conteste une des réformes hospitalières les plus importantes (si ce n'est la plus importante) de la V^{ème} République, elle met en place une architecture nouvelle dans le domaine de la santé au niveau institutionnel et fonctionnel. Son apport le plus important reste sans conteste la création de l'Agence régionale de santé, dont on a vu l'imposante organisation institutionnelle et l'étendue des missions. Cet acteur est central et les différentes compétences montrent l'étendue de son pouvoir tout neuf. Et c'est l'Etat qui est le gagnant dans cette affaire, puisque l'agence est bien une entité déconcentrée en région. Il réussit au surplus le tour de force d'écarter l'Assurance Maladie de ses prérogatives et de ramener ses missions à la portion congrue.

Seulement, nous n'avons vu que les principes de ce pouvoir. Qu'en est-il vraiment sur le terrain ? Quelles sont les conséquences de cette puissance ? Nous serons alors amenés à étudier l'effectivité et l'étendue du pouvoir de l'ARS dans les faits, notamment à travers la gestion des établissements de santé.

CHAPITRE II. LES EFFETS DE L'ACTION DE L'ARS : UNE INSTITUTION TOURNEE VERS LA RATIONALISATION MAIS JOUISSANT D'UNE AUTONOMIE LIMITEE

Il nous revient, une fois les principes de la gouvernance sanitaire posés, de définir le cadre d'action de cette gouvernance. Dans un contexte de réduction de dépenses publiques et de rationalisation, un objectif s'affirme : faire plus avec moins de moyens. La Révision Générale des Politiques Publiques entre complètement dans ce dispositif. Elle préconise l'utilisation de nouveaux outils issus du secteur privé pour l'amélioration de la performance. Ce mouvement n'est pas propre au secteur de la santé ; il se remarque aussi dans les domaines régaliens. On a souvent glosé sur la « politique du chiffre » imposés aux gardiens de la paix.

Or, dans le domaine sanitaire, cette recherche de l'efficience a longtemps été un sujet tabou. La santé étant un bien particulier, on remarque une réticence à employer ici des outils de management. Cette période est révolue. Depuis les années 2000, les pouvoirs publics cherchent à adapter l'administration de la santé, pour rendre le service plus efficient. Un exemple topique est la création du dispositif de tarification à l'activité (T2A) avec le plan Hôpital 2007. Cette pratique repose sur une nouvelle nomenclature des activités de l'hôpital, avec le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), nécessaire à la mesure de l'activité et des ressources de l'établissement. On revient sur les principes régissant le financement des structures de soins : dotation globale pour les établissements publics et privés participant au service public hospitalier, avec des ajustements à la marge, tarification journalière pour les établissements privés.²²⁰ Le plan Hôpital 2007 va installer la T2A en 2005 (via un décret du 8 avril 2005). Les principes fondamentaux de la réforme sont une prise en charge financière adaptée à la nature des soins pratiqués ; on classe les tarifs selon les groupes homogènes de malades (GHM) du PMSI, et une reconnaissance des cas les plus lourds, avec

²²⁰ Devreese, p 230.

une facturation supplémentaire qui est possible.²²¹ Il y a cinq grandes modalités de financement : paiement au forfait pour la majorité des activités d'hospitalisation, paiement direct (pour l'hospitalisation à domicile par exemple), paiement en sus de certaines prestations, versement d'une enveloppe forfaitaire (urgences) et versement d'une enveloppe de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC).²²²

Ce processus de rationalisation voit son apogée avec la loi HPST. On renforce une nouvelle logique de performance, d'efficacité. Cela est perceptible à travers la création ou la mise en exergue de certains instruments, comme la contractualisation ou les nouveaux systèmes d'information de santé. La gouvernance interne de l'hôpital permet d'entrevoir un management plus proche de celui de l'entreprise, avec un contrôle plus prégnant de l'ARS (§1).

Mais l'application de la loi HPST doit aussi s'analyser autour de l'acteur lui-même, à savoir l'agence. Un pouvoir d'une entité s'estime à travers les relations qu'elle entretient avec les autres acteurs. Sur le plan régional, son champ d'action, le législateur a entendu favoriser le dialogue avec les deux principaux acteurs : les médecins et les usagers. Or, si dialogue il y a (à travers une forme de contractualisation avec les médecins tout d'abord, à travers le développement de la démocratie sanitaire avec les patients), on remarque que ces contre-pouvoirs n'en sont pas vraiment. L'ARS dispose d'une hégémonie dans ce domaine. Mais l'agence est elle-même soumise à l'Etat, au ministère de la santé, dont elle applique directement les directives. L'ARS est en somme une agence à fort pouvoir, mais à l'autonomie limitée (§2).

²²¹ Ibid, p 232.

²²² Décret n°2005-336 du 8 avril 2005 fixant la liste des missions d'intérêt général et des activités de soins dispensés à certaines populations spécifiques et donnant lieu à un financement au titre de la dotation mentionnée à l'article L.162-22-13 du Code de la Sécurité Sociale.

SECTION I. La promotion d'une voie productiviste de gestion

La quête de rentabilité au sein des hôpitaux n'est pas neuve. On peut dater ce mouvement aux années 90, et surtout aux années 2000, avec le plan Hôpital 2007, qui a entraîné la création de la T2A et du PMSI. Or, la réorganisation de l'offre de soins n'est pas terminée (car c'est au sein des établissements de santé que l'on remarque le plus les évolutions menées depuis plus d'une décennie maintenant). La loi HPST, une fois de plus, confirme et amplifie ce mouvement. Deux axes lui permettent d'atteindre l'objectif d'efficience. Cela passe par le renforcement d'une logique technique et scientifique dans la gouvernance des hôpitaux (§1). On recourt également à des outils inédits pour favoriser la performance des professionnels de santé (à savoir la contractualisation et les systèmes d'information de santé) (§2).

§1. Le renforcement d'une logique technoscientifique

Une nouvelle logique est en train d'émerger. Le domaine de la santé a longtemps été épargné par les velléités de rationalisation. Mais cela change. Le rapport Larcher souhaitait que la gestion de l'hôpital se rapproche plus de celle de l'entreprise : la maîtrise des dépenses et l'efficacité ne doivent pas, selon lui, être des gros mots.

Ainsi, pour reprendre l'expression de Jean-Marie Clément, on assiste au renforcement d'une « logique technoscientifique ». ²²³ L'idée sous-jacente est que seuls les spécialistes sont à même de gérer correctement : les directeurs d'établissements et, dans une moindre mesure, les professionnels de santé gagnent du galon au dépens des élus locaux (qui disposaient d'un monopole dans la gestion hospitalière). ²²⁴ La gouvernance hospitalière, avec la création de structures nouvelles remplaçant des instances passées, est radicalement bouleversée (A). Or, cette démarche, cette culture doit être contrôlée pour assurer son effectivité. A travers son

²²³ Clément, *Histoire des réformes hospitalières sous la Vème République*, p 487.

²²⁴ Ibid.

pouvoir de contrôle du fonctionnement des établissements, l'ARS et son directeur vérifie que cette logique de rationalisation est respectée (B).

A. Le bouleversement de la gouvernance hospitalière

Pour observer les effets de la nouvelle gouvernance de la santé, il convient au préalable de s'intéresser au fonctionnement institutionnel de l'hôpital. C'est le lieu où la volonté de rationalisation, organisée par l'agence régionale de santé, est la plus forte. La gouvernance des hôpitaux était la chasse gardée pendant très longtemps des élus locaux. Mais la transformation du conseil d'administration de l'hôpital en conseil de surveillance est un signal de leur perte d'influence (1). Ce déclin relatif se fait au profit des techniciens, des spécialistes (qu'ils soient médicaux ou administratifs), car le conseil exécutif laisse la place à un directoire, plus puissant (2).

1. L'effacement des élus locaux : du conseil d'administration au conseil de surveillance

Une avancée de la loi HPST concerne l'organe délibératif des établissements de santé. Celui-ci évolue même dans son libellé car nous passons d'un conseil d'administration à un conseil de surveillance. Le choix des termes usités est évidemment capital. Administrer n'est pas surveiller. Ce qui implique un amoindrissement du rôle des élus locaux dans la gouvernance de l'hôpital.

Rappelons que les élus locaux ont très longtemps été des acteurs de premier plan. Cet état de fait remonte à la Révolution Française. Le Consulat, le 25 floréal an IX (15 mai 1801), installe alors le maire de la commune où siège l'hôpital « président-né » d'une commission chargée d'administrer l'établissement.²²⁵ Cette influence de la commune va s'éteindre progressivement. Ce qui commence avec une loi du 21 décembre 1941, qui crée une nouvelle

²²⁵ Jean-Marie Clément, *Panorama critique des réformes hospitalières de 1789 à nos jours*, LEH, 2007, p 16.

*La gouvernance régionale de la santé dans le cadre de la réforme de l'Etat
L'exemple alsacien.*

autorité, le directeur, « *agent appointé par l'établissement* ». ²²⁶ La loi HPST modifie encore substantiellement l'essence de la gouvernance. Le conseil d'administration (qui était apparu avec la loi Boulin du 31 décembre 1970) disparaît au profit du conseil de surveillance. On n'écarte pas totalement les élus locaux mais ils sont marginalisés. Le conseil d'administration disposait d'un pouvoir de gestion et de direction : le conseil de surveillance ne détient maintenant qu'un pouvoir de contrôle sur le directoire. ²²⁷

La composition du nouveau conseil de surveillance est à examiner à l'article 9 de la loi HPST. Selon sa lettre, le conseil est composé comme suit :

- au plus 5 représentants des collectivités territoriales et de leur groupement (dont le maire de la commune siège de l'hôpital, et le président du conseil général),
- au plus 5 représentants du personnel médical et non médical de l'établissement,
- au plus 5 personnalités qualifiées, parmi lesquelles 2 sont désignés par le DGARS et 3 par le préfet du département (enfin, parmi les personnalités désignées par le préfet, 2 doivent être des représentants des usagers). ²²⁸

Outre les pertes de compétences, l'influence déclinante des hommes politiques se ressent au travers de la désignation du président du conseil. Autrefois, le président du conseil était de droit le maire de la commune où siège l'établissement. Maintenant, il est élu par les membres du conseil, parmi les élus locaux ou les représentants des usagers. La déconnexion politique est frappante. Si l'Etat, par l'entremise du directeur de l'ARS, ²²⁹ étend son emprise sur les établissements publics de santé, cela se fait également au détriment des collectivités locales. ²³⁰

Les attributions du conseil sont également énumérées à l'article 9. Il serait fastidieux de faire une liste à la Prévert. Mais notons tous de même, que de manière générale, il se

²²⁶ Clément, *Histoire des réformes hospitalières sous la Ve République*, p 485.

²²⁷ Ibid, p 491.

²²⁸ Loi n° 2009-879 du 21 Juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, art 9.

²²⁹ Directeur qui a une voix consultative et participe aux séances du conseil de surveillance.

²³⁰ Clément, *Histoire des réformes hospitalières sous la Ve République*, p 494.

prononce sur la stratégie et exerce un contrôle permanent de la gestion de l'établissement.²³¹
De plus, il délibère entre autres sur le projet d'établissement, sur le compte financier d'affectation des résultats, sur toutes mesures relatives la fusion d'établissement, le rapport annuel d'activité présenté par le directeur. Enfin, il est amené à donner son avis sur la politique d'amélioration continue de la qualité des soins et de la gestion des risques, les acquisitions et autres échanges d'immeubles, le règlement intérieur.²³²

Une autre instance consultative est concomitamment reconduite : la commission médicale d'établissement (CME). Représentant la communauté médicale de l'hôpital, elle contribue à la politique de qualité et de sécurité des soins (ce qui concerne aussi la prise en charge des usagers) A cet effet, elle propose au président du directoire un programme d'action assorti d'indicateurs de suivi.²³³

Mais, on le devine aisément, l'essentiel du pouvoir revient aux mains de l'exécutif, symbolisée par la création du directoire.

2. Le renforcement des techniciens : du conseil exécutif au directoire

Si la loi HPST parachève ce mouvement d'émancipation de l'exécutif, celui-ci n'est pas neuf. On peut apercevoir une telle avancée dès la loi du 31 décembre 1970 limitant les compétences du conseil d'administration. Mais la prégnance de cette volonté est essentiellement visible avec l'ordonnance du 2 mai 2005, créant le conseil exécutif. Les pouvoirs publics souhaitent ainsi donner plus de pouvoir aux médecins dans le processus de décision.²³⁴

L'innovation apportée par la loi de 2009 est notamment d'instituer un directoire, organe exécutif de l'établissement. Institué par l'article 10 (codifié à l'article L.6143-7-3 du

²³¹ Loi n° 2009-879 du 21 Juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, art 9.

²³² Ibid.

²³³ Loi n° 2009-879 du 21 Juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, art 6.

²³⁴ Clément, *Histoire des réformes hospitalières sous la Ve République*, p 499.

Code de la Santé Publique), il est présidé par le directeur, le président du CME en étant le vice président. Le directoire « *élabore avec le directeur et en conformité avec le contrat pluriannuel de moyens et d'objectifs, le projet médical d'établissement* »²³⁵, « *coordonne la politique médicale de l'établissement* ». L'article suivant précise son rôles consultatif au sujet de l'élaboration du projet médical et du projet d'établissement²³⁶, mais également son rôle de conseil auprès du directeur pour la conduite et la gestion de l'établissement.²³⁷

La composition du directoire se retrouve à l'article L.6143-7-5. Celle-ci diffère selon la taille et la nature de l'établissement concerné. Alors que le projet de loi prévoyait un organe à cinq membres pour les hôpitaux standard et sept pour les CHU, la loi porte respectivement ces nombres à sept et à neuf.²³⁸ Sont membres de droit le directeur de l'établissement, le président et le vice-président de la CME. Les autres membres sont nommés par le directeur, après information du conseil de surveillance ; ceux sont majoritairement issus du personnel médical.²³⁹ Malgré cela, les représentants du personnel médical se sentent dévalorisés au profit des administratifs.

En effet, le maitre à bord reste le directeur. La loi confirme l'accentuation faite au profit de l'exécutif. Il récupère les attributions de l'ancien conseil d'administration, hormis ceux conservés par le conseil de surveillance. L'article L.6143-7 du Code de la Santé Publique les énumère. Le directeur conduit désormais la politique générale de l'établissement. Il exerce son autorité sur l'ensemble des personnels après concertation²⁴⁰ avec le directoire, conclut le bilan pluriannuel, ordonnateur des dépenses et des recettes de l'établissement - déterminant de ce fait le programme d'investissement et fixant l'état des prévisions de recettes

²³⁵ Art. L.6143-7-3 CSP

²³⁶ L'article L.6143-2 du Code de la Santé Publique définit le projet d'établissement, qui est de fait l'exposé de la politique générale d'établissement. Ce projet d'établissement se base sur le projet médical, qui a une portée plus réduite et se cantonne, comme son nom l'indique au domaine médical et non aux domaines auxiliaires.

²³⁷ Art. L.6143-7-4 CSP

²³⁸ Couty, Kouchner, Laude, Tabuteau (dir), *La loi HPST: regards sur la réforme du système de santé*, p 47.

²³⁹ Art. L.6143-7-5 CSP

²⁴⁰ Le terme concertation montre bien que le directeur ne dispose pas d'un pouvoir absolu à l'égard du directoire. Comme le dit Jean-Marie Clément, il semble difficile pour lui de passer outre un avis défavorable dans ce genre de décisions.

et de dépenses (EPRD), et arrête l'organisation interne et le règlement intérieur.²⁴¹ Telles sont les principales prérogatives du directeur, qui devient ainsi un manager hospitalier, chargé de la bonne gouvernance de l'hôpital.

D'aucuns ont critiqué cette nouvelle vision managériale de l'hôpital. Le déclin des élus locaux et des médecins en est un des signes. On essaie d'instaurer, dans le monde de l'hôpital, une logique de rationalisation. Les managers doivent réellement gérer l'établissement comme une entreprise, ce qui va mettre invariablement les médecins de côté.²⁴² Cette vérité est d'autant plus frappante que l'agence exerce un véritable contrôle sur la direction et la gestion des établissements publics de santé.

B. Le pouvoir de contrôle étendu de la part des ARS

Les agences et les établissements de santé ne sont pas réellement placés sur un pied d'égalité. Il y a une assez nette supériorité des premières sur les secondes. Ainsi, le chamboulement de l'organisation institutionnelle hospitalière a une conséquence non incidente. La relation hiérarchique entre le directeur d'établissement et le DGARS apparaît plus distinctement dans les textes. Le directeur peut réellement influencer sur le fonctionnement de l'hôpital, pour rationaliser l'offre de soins. Il peut ainsi opter pour un pouvoir de contrôle direct, agissant sur le processus de décision (1) ou choisir un pouvoir de contrôle indirect, s'intéressant plus aux à-côtés et aux nominations des différentes personnalités (2).

1. Le contrôle direct de l'ARS sur les établissements

Ce contrôle direct sur le fonctionnement des établissements publics de santé se manifeste de plusieurs manières. Premièrement, le conseil de surveillance fait l'objet du contrôle du directeur général de l'ARS. Il assiste aux séances du conseil et dispose pour ce

²⁴¹ Art 6143-7 CSP.

²⁴² B. Mas, F. Pierru, N. Smolski (et al), *L'hôpital en réanimation: le sacrifice organisé d'un service public emblématique*, Savoir-agir, Croquant, 2011, p 108.

faire d'une voix consultative et peut se faire communiquer toutes pièces nécessaires à son droit de regard.²⁴³ Les décisions du conseil de surveillance en sus sont exécutoires dès réception par le directeur général, à l'exception de celles relatives à la convention constitutive des CHU, au rapport annuel présenté par le directeur et aux statuts des fondations hospitalières créées par les établissements publics de santé. Ces dernières ne sont exécutoires que si le DGARS n'a pas fait connaissance de sa décision de rejet dans un délai de deux mois suivant la délibération ou la réception de cette délibération.²⁴⁴

Or, cette vérification de la bonne gouvernance concerne aussi les actes pris par le directeur (article 10 de la loi HPST). Ses décisions sont exécutoires de plein droit dès réception par le directeur général de l'ARS à l'exception cette fois-ci de celles relatives au CPOM et celles à l'EPRD (après concertation avec le directoire). Ces dernières sont applicables seulement à partir d'un délai de deux mois suivant la réunion du conseil de surveillance délibérant à ce propos ou réception du document par le principal intéressé.²⁴⁵ De plus, le DGARS a la possibilité de déférer au tribunal administratif les délibérations et décisions qu'il estime illégales, sauf celles portant sur l'EPRD et le plan global de financement, réputées approuvées sauf opposition dûment motivée.²⁴⁶

Enfin, ce pouvoir de contrôle devient prééminent, exorbitant quand il s'agit de la mise sous tutelle d'établissements défaillants. Le directeur général peut effectivement demander à un établissement public de présenter un plan de redressement dans un délai d'un à trois mois lorsque la situation financière l'exige.²⁴⁷ Si aucune amélioration n'est constatée, le directeur général de l'agence, par une décision motivée et pour une durée maximale d'un an (reconductible une fois) peut placer l'hôpital sous administration provisoire.²⁴⁸ Ce cas d'administration provisoire est organisé par l'article L. 313-14-1 du Code d'Action Sociale et

²⁴³ Art. L.6143-5 CSP.

²⁴⁴ Ibid.

²⁴⁵ Art. L.6143-7 CSP.

²⁴⁶ Ibid.

²⁴⁷ Art. L.3143-3 CSP.

²⁴⁸ Ibid.

de la Famille (article 124 de la loi HPST). L'administration provisoire peut être mise en place par l'autorité compétente (c'est-à-dire une autorité de tarification), principalement lorsqu'il n'a pas été satisfait à une injonction ; mais ce cas de figure est également possible s'il y a refus de signature d'une convention de retour à l'équilibre financier.²⁴⁹ Pendant cette période de transition, les attributions du directeur et du conseil de surveillance sont assurées par des administrateurs provisoires. Le DGARS peut, au surplus, décider de suspendre le directoire.²⁵⁰ Cette procédure est très rarement appliquée. On peut malgré tout évoquer la mise sous administration provisoire du Centre Hospitalier Intercommunal (CHI) André Grégoire à Montreuil (Seine-Saint-Denis) par l'ARS Ile-de-France en 2012.²⁵¹ Mais ces cas demeurent exceptionnels. A notre connaissance, aucune mise sous administration provisoire n'est à signaler en Alsace depuis 2010.

Ce pouvoir de contrôle direct sur le fonctionnement des établissements de santé, qui va jusqu'à une véritable mise sous tutelle si nécessaire, est sans précédent pour les agences. Comparable au pouvoir du préfet à l'égard des collectivités territoriales (à travers le contrôle de légalité des actes), il montre que le directeur d'établissement a des comptes à rendre vis-à-vis de l'ARS et de son représentant. Seulement, ce dernier exerce également un pouvoir indirect sur le fonctionnement, avec la nomination des cadres hospitaliers.

2. Le contrôle indirect de l'ARS sur les établissements

L'ARS, et son directeur, participent au contrôle hospitalier également de manière indirecte, plus insidieuse dirions-nous. La procédure de nomination fait que les personnes titulaires se sentent redevables envers l'autorité qui les a ené là où ils sont aujourd'hui, et résistent difficilement aux différentes pressions exercées.

²⁴⁹ D. Lecat, 'L'administration provisoire des établissements sociaux et médico-sociaux', *Revue de droit sanitaire et social*, n°3/2010, p 433.

²⁵⁰ Couty, Kouchner, Laude, Tabuteau (dir), *La loi HPST: regards sur la réforme du système de santé*, p 357.

²⁵¹ ARS Ile-de-France, *L'ARS Ile-de-France décide la mise sous administration provisoire du Centre Hospitalier Intercommunal André Grégoire (Montreuil)*, <http://www.ars.iledefrance.sante.fr/L-ARS-Ile-de-France-decide-la.145558.0.html> (03.05.2013)

Nous l'avons évoqué, deux personnes qualifiées au sein du conseil de surveillance au sein du collège éponyme sont désignées par le directeur de l'ARS. Or, son emprise est plus grande encore, car il influe sur la nomination de la personne à la tête de l'EPS, à savoir le directeur d'établissement. La nomination de ce directeur montre qu'il existe bien un lien d'inféodation du directeur à l'égard de l'ARS. Si les directeurs de CHU sont nommés par décret conjoint du ministre de la Santé et du ministre de l'Enseignement Supérieur, les directeurs de CHR et des autres établissements publics de santé le sont par arrêté du Centre National de Gestion sur une liste comportant au moins trois noms de candidats dont la proposition revient au directeur général de l'ARS, après avis du président du conseil de surveillance.²⁵² Le directeur d'établissement est donc lié hiérarchiquement au DGARS, eu égard au processus de nomination dont ce dernier fait partie intégrante. Difficile alors au directeur d'hôpital de résister à un ordre émis en plus haut lieu, au sein de l'ARS. L'article 44 de la loi n° 2010-751 du 5 juillet 2010 relative à la rénovation du dialogue social et comportant diverses dispositions relatives à la fonction publique (modifiant en cela la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière) introduit une nouveauté intéressante. Le directeur peut nommer des personnes n'ayant pas la qualité de fonctionnaires.²⁵³ Le législateur, suivant les conclusions du rapport Larcher, souhaite renforcer l'attractivité et le dynamisme du secteur hospitalier à l'égard des personnalités issues du secteur privé.²⁵⁴

Par ailleurs, l'article 9-2 de la loi de 1986 est modifié afin de prévoir le détachement des directeurs d'établissement sur des contrats de droit public pour des missions temporaires. Ce détachement s'effectue sur proposition du directeur général de l'agence, afin de pallier le dysfonctionnement d'un établissement de santé.²⁵⁵ Cette situation ne rentre pas dans le cadre

²⁵² Clément, *Histoire des réformes hospitalières sous la Ve République*, p 504.

²⁵³ Loi n°2010-751 du 5 Juillet 2010 relative à la rénovation du dialogue social et comportant diverses dispositions relatives à la fonction publique, art 44.

²⁵⁴ Larcher, p 68.

²⁵⁵ Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, art 9-2.

de l'administration provisoire, mentionnée précédemment.²⁵⁶ Après accord du ministre chargé de la santé, le directeur général de l'ARS ou le préfet de département fixe la durée de la mission, limitée à deux ans, renouvelable un an. Le nombre de directeurs pouvant être détachés sur contrat est fixé à 10 sur l'ensemble du territoire.²⁵⁷

Enfin, il convient de signaler qu'un nouvel article 65-2 de la loi du 9 janvier 1986 a été créée, visant à détailler les modalités d'évaluation des personnels de direction, ainsi que la fixation de la part variable de leurs émoluments. Cette procédure est assumée par le directeur général de l'ARS, après avis du président du conseil de surveillance.²⁵⁸ C'est un pas supplémentaire qui est fait en faveur du contrôle effectif des établissements publics de santé par l'Etat.

Mais ce droit de regard, caractérisant cette emprise nouvelle dans le domaine de la santé doit s'accompagner d'outils de gestion. Ces outils prennent la forme de contrats et de nouveaux systèmes d'information, leviers utiles pour encourager cette culture de la performance que la réforme essaie d'inculquer aux professionnels de santé.

§2. L'avènement de leviers modernes pour favoriser la performance

De la volonté de rationalisation découle un impératif de performance. C'est précisément ce que veut encourager la RGPP. On améliore de fait la performance des administrations en instaurant des conditions favorables. On attribue un certain degré d'autonomie à certains établissements, tout en mettant en place des instruments capables de mesurer la qualité des services rendus, c'est-à-dire des indicateurs de performance.²⁵⁹

²⁵⁶ Ibid.

²⁵⁷ Décret n° 2010-885 du 27 juillet 2010 relatif au détachement sur un contrat de droit public des fonctionnaires dirigeant un établissement mentionné à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, art 4.

²⁵⁸ Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, art 65-2.

²⁵⁹ F. Lafarge, 'La révision générale des politiques publiques : objet, méthodes et redevabilité', *Revue française d'administration publique*, 2010/04, p 621.

Il est difficile d'appliquer ces préceptes au domaine de la santé. On assiste pourtant à l'émergence d'une nouvelle vision de l'hôpital - ici notre principal sujet d'étude. La réforme « Hôpital 2007 » avait amorcé le mouvement, avec de nouvelles techniques de gestion, avec la tarification à l'activité et le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), nomenclature des actes médicaux qui rend la T2A possible.

Cela ne nous surprendra pas : la loi HPST, dans un mélange de rupture et de continuité, renforce cette méthode. Elle consacre les réformes précédentes et sacre « l'hôpital-entreprise ». Deux axes vont à souligner : la généralisation de la contractualisation entre acteurs de l'offre de santé, pour une coopération *a priori* non contraignante (A), et la venue de nouveaux systèmes d'information (B), pour favoriser la performance des établissements.

A. La généralisation de la contractualisation

L'utilisation du contrat existait avant la loi de 2009. Elle est initiée avec l'ordonnance de 1996. Mais la loi HPST, à l'instar de bien d'autres domaines, amène son lot d'amélioration. Inspirée en droit ligne du *New Public Management*, le recours quasi systématique au contrat devrait être le symbole d'une relation d'égalité entre les parties. Mais, nous le découvrirons, il y a une dose d'unilatéralité au profit de l'agence, notamment avec les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) qu'elle conclut avec les établissements de santé au niveau externe (1). Mais la chaîne de réaction étant ce qu'elle est, l'agence exerce également un contrôle indirect à travers la contractualisation interne au sein des établissements (2).

1. Le CPOM entre l'ARS et les établissements : une relation inégale

*La gouvernance régionale de la santé dans le cadre de la réforme de l'Etat
L'exemple alsacien.*

Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ne date pas de 2009, mais de 1996.²⁶⁰

Les établissements sont maintenant routiniers de cet outil de coopération. Seulement, la loi HPST apporte des nouveautés et renforce le dispositif.

Les textes établissent que les CPOM « *déterminent les orientations stratégiques des établissements de santé ou des titulaires de l'autorisation [d'activités de soins ou d'équipements matériels lourds] et des groupements de coopération sanitaire sur la base du projet régional de santé (...), notamment du schéma régional d'organisation des soins (...) ou du schéma interrégional...* ». ²⁶¹ Ils constituent de fait la déclinaison opérationnelle des différents schémas régionaux de prévention au niveau de l'offre hospitalière de santé. Dans les EPS, sa signature relève désormais de la compétence du directeur, en concertation avec le directoire.²⁶² Le contrat est signé pour une durée de 5 ans, sur laquelle l'établissement s'engage à exécuter ladite mission pour assurer la continuité du service public.²⁶³ Ayant un caractère obligatoire, le renouvellement du CPOM doit être anticipé.²⁶⁴ Comme l'indique Marie-Laure Moquet-Anger, les modalités de renouvellement rappellent celles établies pour les autorisations, actes administratifs unilatéraux. L'idée sous-jacente est que, entre les deux parties, le directeur de l'ARS a une voix prépondérante au chapitre, avec une part importante d'unilatéralité.²⁶⁵

Son contenu, quant à lui, reprend en grande partie des éléments du précédent dispositif. On note ainsi la présence de clauses relatives à la politique nationale d'innovation médicale, aux engagements en vue de la transformation de ses activités et de ses actions de coopération, aux activités de soins palliatifs, aux objectifs quantifiés des activités de soins et d'équipements de matériels lourds, aux objectifs en matière de qualité et de sécurité des soins,

²⁶⁰ Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996.

²⁶¹ Art. L.6114-2 CSP.

²⁶² Art. L.6143-7-1 CSP.

²⁶³ Moquet-Anger, p 156.

²⁶⁴ Le refus du renouvellement ou même de la signature du CPOM doit être motivé : CAA Marseille, 24 février 2005, N°00MA01682, Société Gériastar.

²⁶⁵ Moquet-Anger, p 117.

aux objectifs de maîtrise médicalisée des dépenses, d'évolution et d'amélioration des pratiques, aux transformations de l'organisation et de gestions d'établissement et à la politique sociale et culturelle de l'établissement.²⁶⁶ D'autres éléments nouveaux figureront également au CPOM. Un exemple intéressant est la planification des modalités d'activités de clinicien hospitalier²⁶⁷, en fixant leur nombre, leur nature et leur spécialité. Cela agrandit la palette des DGARS, qui pourront réguler l'offre de santé, pour ce type de contrat spécifiquement, des établissements publics (en agissant sur leur nombre maximal par exemple).

L'exécution peut très bien se dérouler normalement, Mais, en cas de difficulté, le législateur a prévu deux types de procédures. La première est l'instauration de pénalités financières. Elles sont proportionnelles à la gravité du manquement, mais ne peuvent excéder 5% des produits reçus par l'établissement (hors sanctions consécutives aux contrôles de la tarification à l'activité).²⁶⁸ Mais cela peut aller plus loin. En cas de manquement grave du cocontractant, l'ARS peut décider unilatéralement de résilier le contrat.²⁶⁹

En Alsace, l'ARS disposait, à compter de la date d'adoption du PRS, d'un délai réglementaire de six mois pour négocier et signer les CPOM avec les 77 établissements de santé publics et privés et les titulaires d'autorisation d'équipement médical lourd d'Alsace. Portée en deux temps, la démarche s'est achevée en février 2013. Ces contrats feront l'objet d'une évaluation annuelle par l'agence.²⁷⁰

Une autre version de la contractualisation est interne à l'institution hospitalière, avec une tutelle extérieure de l'ARS : elle concerne le contrat de pôle.

2. Le contrat de pôle : un instrument de management

²⁶⁶ Art L.6114-2 et L.6114-3 du CSP.

²⁶⁷ Le clinicien hospitalier est un praticien hospitalier (médecins, odontologistes, pharmaciens) doté d'un statut spécial, établi par voie réglementaire. Ils peuvent contracter avec les établissements pour être recrutés sur des emplois ayant des difficultés à être pourvus (art. L.6152-3 du CSP).

²⁶⁸ Art. L.6114-1 du CSP.

²⁶⁹ Ibid.

²⁷⁰ ARS Alsace, *Rapport d'activité 2012*, p 20.

L'organisation du système en pôles de santé a été institutionnalisée en 2005, avec une ordonnance du 2 mai, en remettant en cause la sempiternelle division en services.²⁷¹ Mais cette réforme reste transitoire. En tous cas, jusqu'au 21 juillet 2009, qui en définit le régime. L'article L.6146-1 du Code de la Santé Publique indique qu'ils sont créés par le directeur conformément au projet médical d'établissement, après avis du président de la CME.²⁷² La répartition des pôles d'activité clinique et médico-techniques, selon la dénomination officielle, est laissée à la discrétion du directeur. Mais la loi HPST a prévu que les DGARS peuvent autoriser les établissements à ne pas créer de pôles d'activités quand cela est justifié par la nature de l'effectif médical de l'établissement.²⁷³ Le directeur d'établissement nomme les chefs de pôle à partir d'une liste élaborée par le président de la CME.²⁷⁴ Cette nouvelle organisation répond à une triple logique de déconcentration des pouvoirs du directeur, de simplification de gestion et de contractualisation interne.²⁷⁵ Ce qui correspond parfaitement à la démarche induite par la RGPP, visant à un management plus entrepreneurial.

Mais ce management est tributaire d'un nouvel instrument : le contrat de pôle. Défini à l'article 13 de la loi HPST, il détermine les objectifs et moyens du pôle. Son élaboration repose sur le projet médical, qui est mis en cohérence, en toute logique, avec le projet médical d'établissement.²⁷⁶ Le chef de pôle remet, dans le cadre du contrat un descriptif des activités, des résultats et de l'évaluation au directeur. La somme des différents contrats de pôle participe à l'édiction du projet médical d'établissement et, partant, au contrat pluriannuel avec l'ARS. Cette contractualisation interne rejoint ainsi la contractualisation externe ; le directeur d'établissement peut, d'une part, lier et impliquer les effectifs au CPOM et, d'autre part, intégrer le CPOM, et donc l'ARS, au projet médical d'établissement. Ainsi, on entre dans une

²⁷¹ Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé, art 1.

²⁷² Art L.6146-1 du CSP.

²⁷³ Moquet-Anger, p 241.

²⁷⁴ Art L.6146-1 al. 4 du CSP.

²⁷⁵ Couty, Kouchner, Laude, Tabuteau (dir), *La loi HPST: regards sur la réforme du système de santé*, p 359.

²⁷⁶ Art. L6145-16 CSP.

logique cyclique, où s'entremêlent et s'entrechoquent les acteurs et les influences pour l'apport de l'offre de soins hospitaliers.²⁷⁷

On peut s'apercevoir que le contrat de pôle devient un véritable outil de contrôle hiérarchique du directeur à l'égard du responsable de pôle. Les indicateurs d'activités et de résultats produits par les pôles renforcent le processus d'évaluation des pratiques professionnelles et d'accréditation des professionnels de santé.²⁷⁸ La loi Bachelot réécrit l'article L.6144-3 du Code de la Santé Publique : « *le CPOM comporte [...] des engagements d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins qui font suite à la procédure de certification.* »²⁷⁹ Les indicateurs de qualité sont donc compris dans le contenu du CPOM ; le directeur d'établissement dispose non seulement d'un pouvoir hiérarchique à l'égard des responsables de pôles, mais le directeur de l'agence régionale de santé peut également exercer un droit de regard, de manière indirecte, sur les pôles. Ce nouveau mode de management, traduisant le lien entre contractualisation interne et externe, révèle incidemment une chaîne hiérarchique, partant du responsable de pôle au directeur d'agence, avec le directeur d'établissement servant d'intermédiaire.

Les pôles de santé, 8 ans après leur création, ne satisfont pas entièrement aux missions qui leur ont été assignées. Dans un rapport de 2010, l'IGAS fait état d'un décalage entre les efforts entrepris en matière d'acculturation de la communauté médicale aux enjeux de gestion, et la portée réelle de cette nouvelle subsidiarité.²⁸⁰ On critique le manque d'allocation de moyens aux pôles pour exercer leurs nouvelles attributions. Surtout, il ne faut pas considérer ces nouvelles entités sous un angle uniquement économique, devant remplir des conditions

²⁷⁷ Couty, Kouchner, Laude, Tabuteau (dir), *La loi HPST: regards sur la réforme du système de santé*, p 360.

²⁷⁸ Ibid.

²⁷⁹ Art L.6144-3 CSP.

²⁸⁰ H. Zeggar, G. Vallet, O. Tercerie, *Bilan de l'organisation en pôles d'activité et des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé*, IGAS, 2010, p 3

d'équilibre financier, alors que le pilotage et l'éventuelle compensation des déficits doivent s'opérer au niveau de l'établissement.²⁸¹

Un problème inhérent aux relations entre pôles et directeur pâtit également d'un dysfonctionnement concernant le partage de l'information. Cette donnée majeure est prise en compte par la loi de 2009, avec l'instauration des systèmes d'information de santé.

B. Les systèmes d'information de santé

Le contrat n'est pas tout. D'autres moyens et leviers sont à disposition de l'agence et de son directeur pour faire la promotion d'une nouvelle voie de gestion, qui serait plus rationalisée et, partant, moins coûteuse. Une illustration intéressante est le développement des systèmes d'information de santé. Ces SIS sont certes des investissements non négligeables mais une fois amortis, ils rendent possible l'accès à un service de qualité et efficient. C'est notamment pensé pour pallier le problème prégnant des déserts médicaux. La téléconsultation peut se révéler un outil précieux dans les cas d'isolement de personnes âgées.²⁸² Les acteurs de coordination de la politique que l'on nomme « e-santé » (2) sont au nombre de deux : ce sont l'ASIP et l'ANAP (1).

1. Les acteurs: l'ANAP et l'ASIP

La modernisation du suivi des patients et des actes médicaux est patente. Pour coordonner les nouvelles techniques d'information, on a jugé utile de mettre en place des opérateurs publics, chargés d'accompagner les acteurs de la santé dans la voie de l'efficience. Ceci pour assurer à l'agence régionale de santé l'exercice de sa mission de pilotage, en rendant disponibles les informations nécessaires.²⁸³

²⁸¹ Ibid, p 5.

²⁸² C. Bourdaire-Mignot, 'Téléconsultation □: Quelles Exigences □? Quelles Pratiques?', *Revue de droit sanitaire et social*, 06/2011, p 1011.

²⁸³ Ministère de la Santé, *Hôpital, patients, santé, territoires – Une loi à la croisée de nombreuses attentes*, 2009, p 47.

*La gouvernance régionale de la santé dans le cadre de la réforme de l'Etat
L'exemple alsacien.*

Par conséquent, on assiste à la réorganisation des opérateurs publics chargés d'accompagner les acteurs de santé dans la quête de cette efficience. L'un de ces organismes est l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP). Ce groupement d'intérêt public fédère les missions et les compétences de trois entités : le Groupement pour la modernisation du système d'information hospitalier (GMSIH), la Mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier (MAINH), et la Mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier (MEAH). Son objectif est d'aider les établissements de santé et les agences régionales de santé afin d'appuyer leur recherche de la performance.²⁸⁴ Ainsi instituée par la loi Bachelot dans son article 18, le texte déclare en préambule que l'on se doit se préoccuper de l'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins pour le bénéfice des patients, mais aussi qu'on porte ensuite l'accent sur la modernisation de la gestion et, nécessairement, sur la maîtrise de la dépense.²⁸⁵ Sa création effective date du 23 octobre 2009, avec la publication au journal officiel de l'arrêté de sa convention constitutive.²⁸⁶

Les modalités de l'exercice de ses missions sont diverses. Nous ne serons pas surpris de découvrir qu'un des outils les plus prisés reste le contrat, avec le contrat de performance. Ce contrat s'intéresse à l'accompagnement de la transformation des établissements de santé pour améliorer leur performance, en tenant compte des spécificités propres.²⁸⁷ C'est un contrat tripartite (établissement, ARS, ANAP) qui se généralise à l'échelle de la France. C'est ainsi, que le 24 janvier 2013, les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg ont signé un tel

²⁸⁴ Site officiel de l'ANAP, *L'ANAP : une agence forte de l'expertise de trois entités* : <http://www.anap.fr/lanap/> (03.05.2013)

²⁸⁵ Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, article 18.

²⁸⁶ Arrêté ministériel du 23 octobre 2009 d'approbation de la convention constitutive de l'ANAP.

²⁸⁷ Site officiel de l'ANAP, *Mettre en œuvre des projets performance* : <http://www.anap.fr/lanap/> (03.05.2013)

contrat, afin de tenir un diagnostic détaillé des chantiers à examiner pour améliorer leur performance globale.²⁸⁸

Pour mettre en place cette démarche d'efficience, il faut avoir à sa disposition des instruments d'informations. Cette tâche est du ressort de l'Agence des systèmes d'information partagé (ASIP). Instauré par un arrêté du 8 septembre 2009 portant approbation de la convention constitutive d'un groupement d'intérêt public, ses missions concernent la mise en cohérence des systèmes d'information en santé (SIS)²⁸⁹ C'est également un GIP sous tutelle du ministère de la santé, fusion d'autres groupements fonctionnels, ceux chargés du dossier médical partagé et de la carte des professionnels de santé (Gip-Dmp et Gip-Cps), et de la partie interopérabilité du GMSIH.²⁹⁰ Ses principaux travaux sont le dossier médical partagé, la télésanté et la carte des professionnels de santé.

Encouragée par l'agence, la mise en avant de cette nouvelle technologie profite aux patients, au regard de la qualité des soins, mais également au management de l'offre de santé d'un point de vue externe. Il nous revient d'expliquer les modalités et les applications de cette politique d' « e-santé ».

2. L'application : la politique d' « e-santé »

L'avancée de la technologie est une donnée à prendre en compte dans la réorganisation de l'offre de soins. On a vu fleurir ces dernières années des outils utilisant les nouvelles techniques de l'information et de la communication (NTIC). Le fait est que les agences encouragent, voire facilitent l'accès des professionnels de santé à celles-ci. Ce que l'on appelle la politique d' « e-santé » englobe diverses applications.

²⁸⁸ ARS Alsace, *Les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg signent leur « Contrat Performance » avec l'ARS Alsace et l'ANAP*, 2012.

²⁸⁹ Arrêté du 8 septembre 2009 portant approbation de la convention constitutive d'un groupement d'intérêt public.

²⁹⁰ Ministère de la Santé, *Hôpital, patients, santé, territoires – Une loi à la croisée de nombreuses attentes*, 2009, p 48.

Un des instruments les plus emblématiques de ce mouvement est la télémédecine, utilisant les NTIC pour l'intérêt du patient. Apparue dans les années 90, elle s'est fortement développée lors de la décennie suivante. Il est intéressant que l'une des premières opérations de téléchirurgie, fortement médiatisée, a été réalisée en septembre 2001 entre une équipe chirurgicale située à New York et une patiente hospitalisée aux Hôpitaux Universitaires de Strasbourg.²⁹¹ Cette pratique a timidement fait son apparition dans la loi du 14 juillet 2004 relative à l'Assurance Maladie.²⁹² Mais elle sera réellement consacrée à l'article 78 de la loi LPST. Codifié à l'article L.6316-1 du Code de la Santé Publique « *elle permet d'établir un diagnostic, d'assurer, pour un patient à risque, un suivi à visée préventive ou un suivi post-thérapeutique, de requérir un avis spécialisé, de préparer une décision thérapeutique, de prescrire des produits, de prescrire ou de réaliser des prestations ou des actes, ou d'effectuer une surveillance de l'état des patients.* »²⁹³ Précisant quelque peu le champ d'application, le décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine énonce quelques exemples concrets d'utilisation de cette technique. Elle peut ainsi recouvrir la téléconsultation, la téléexpertise (pour solliciter un avis d'un confrère à distance), la télésurveillance médicale (pour assurer le suivi d'un patient), la téléassistance (pour l'aide à la réalisation d'un acte médical), et la réponse médicale.²⁹⁴

Son organisation relève, pour partie, de la compétence du directeur de l'ARS. La télémédecine fait partie intégrante des programmes régionaux dont l'application est à la charge de l'agence. N'oublions pas que les modalités d'application de cette méthode peuvent également être étayées dans les CPOM reliant l'ARS aux établissements de santé ou dans des contrats formés directement entre l'organisation et les médecins libéraux.²⁹⁵

²⁹¹ Pour l'anecdote, cette opération a été baptisée opération Lindbergh, en l'honneur du célèbre aviateur ayant traversé l'Atlantique en avion. Site de l'IRCAD, *Le geste chirurgical a traversé l'Atlantique !* : <http://www.ircad.fr/event/lindbergh/> (09.05.13)

²⁹² Luc Grynbaum, 'La Responsabilité Des Acteurs de La Télémédecine', *Revue de droit sanitaire et social*, 06/2011, p 966.

²⁹³ Art L.6316-1 CSP.

²⁹⁴ Décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine, art 1.

²⁹⁵ Ibid

L'arrivée des NTIC et de la politique d' « e-santé » a aussi modifié l'organisation de l'offre de soins *stricto sensu* en profondeur. Un projet porteur est à ce titre le dossier médical partagé (DMP). Géré par l'ASIP, le DMP retrace l'entièreté de l'histoire médicale d'un patient via un serveur informatique. Toutes les interventions médicales, les actes chirurgicaux sont retranscrits et mis à disposition sur internet : c'est un véritable « carnet de santé informatisé ».²⁹⁶ L'Alsace est particulièrement impliquée dans le déploiement du DMP : le GCS Alsace e-santé, né en 2007, a été l'un des pionniers dans le domaine. S'investissant autour des hôpitaux universitaires de Strasbourg et du centre hospitalier de Saverne, le groupement a contribué à l'essor du DMP. En 2011, plus de 10 000 DMP avaient été délivrés.²⁹⁷

La mise en œuvre des nouveaux systèmes d'information de santé, tout comme la contractualisation d'ailleurs, sont de nouvelles cordes à l'arc de l'agence. Ils ne font qu'agrandir son pouvoir d'action, déjà important. L'est-t-il réellement ? Les contrepouvoirs existent sur le papier. Il faut analyser alors si leur effectivité est assurée. De plus, même si le champ d'action est agrandi, on dépend toujours de quelqu'un pour l'application de ses missions ; ce qui va impliquer la question de la hiérarchie et de l'autonomie de l'agence.

SECTION II. Une agence puissante et aux ordres

Pour mener à bien ses missions, l'agence régionale de santé doit avoir des leviers à sa disposition. La contractualisation, les nouveaux systèmes d'information, pour ne citer que ces outils, lui permettent d'exercer toute son influence pour remplir ces deux principaux objectifs que sont la régulation de l'offre de soins et le pilotage des politiques publiques. A travers

²⁹⁶ Site du DMP, *Votre carnet de santé informatisé* : <http://www.dmp.gouv.fr/> (09.05.13)

²⁹⁷ Rapport d'activité de l'ASIP 2011, p 27.

l'étude de ces différents points, nous avons entr'aperçu l'étendue du nouveau pouvoir que détient l'ARS. Mais cela n'est pas suffisant.

En effet, l'ARS, dans le domaine de la santé, est un acteur essentiel, incontournable. L'agence régionale de l'hospitalisation qui l'a précédé possédait une certaine aura, mais celle-ci se limitait à la gestion hospitalière. L'agence peut-elle s'immiscer dans l'installation des médecins libéraux dans les déserts médicaux, autoriser la création d'un établissement d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes (EHPAD) ; car elle s'occupe également des secteurs médico-social et ambulatoire. La doctrine spécialisée n'est pas unie à ce sujet, mais une majorité d'auteurs penchent pour la thèse de la toute-puissance de l'ARS. Force de frappe matérialisée par la multitude de prérogatives attribuées au directeur général de l'agence.

Or, afin d'apprécier cette notion de pouvoir, deux aspects doivent être mis en évidence. Il faut tout d'abord évaluer les contrepouvoirs qui peuvent éventuellement s'opposer à la voix du DGARS et être les étendards d'une vision alternative de la gouvernance régionale de la santé (§1). Ensuite, il s'agit d'être attentif au degré d'autonomie de l'agence par rapport au pouvoir central. Car son rôle est, à première vue, d'appliquer à l'échelon de la région, des politiques décidées à Paris. On étudiera la marge de manœuvre de l'agence à ce sujet (§2).

§1. La faiblesse des contrepouvoirs venant des professionnels de santé et des patients

« Pour qu'on ne puisse abuser du pouvoir, il faut que, par la disposition des choses, le pouvoir arrête le pouvoir. »²⁹⁸ Ce trait d'esprit de Montesquieu illustre la nécessité que tout pouvoir ait un contrepouvoir efficace. Ceci est valable aussi pour les agences régionales de santé. Les précédents développements ont démontré leur importance dans le domaine de la

²⁹⁸ Montesquieu, *De l'esprit des lois*, Flammarion, 1748, p 112.

santé. L'ARS met en place la stratégie sanitaire, autorise la création d'établissements, influe sur le fonctionnement de ces établissements.

Il faudrait, en tout état de cause, que des acteurs puissent discuter, voire remettre en cause l'action des agences quand celle-ci semble inappropriée ou inadéquate. Les collectivités territoriales ont d'ores et déjà été laissées sur le bord de la route par la perte d'influence des élus locaux dans la gouvernance hospitalière et le poids relatif qui est le leur au sein des conférences régionales de santé et d'autonomie. Cela prouve encore une fois que la réforme de 2009 est plus de l'ordre de la déconcentration que de la décentralisation. Même si l'emploi du terme déconcentration est excessif car les ARS disposent d'une autonomie financière et de la personnalité juridique.²⁹⁹ Ce rôle de surveillance est dévolu à deux types d'acteurs : les professionnels de santé, qui sont naturellement les plus compétents pour donner leur avis sur les politiques de santé (A) et les patients, dans le cadre de la démocratie sanitaire (B). Même si, nous le verrons, la tâche de former un contrepoids aux agences est assez compliquée.

A. L'influence relative des professionnels de santé

On note à l'Assemblée Nationale la présence, depuis les élections législatives de 2012, de 34 médecins. Etonnement, ils sont plus nombreux par exemple que les fonctionnaires des grands corps de l'Etat.³⁰⁰ Cela prouve qu'ils sont influents dans la prise de décision, qu'ils sont en possibilité de faire pencher la balance en leur faveur. De nombreux professionnels de santé sont intervenus pour la préparation de la loi HPST. Pensons notamment à Gérard Larcher ou à Yves Bur, avec leurs rapports respectifs. Or, ils possèdent une marge de manœuvre assez limitée en ce qui concerne l'action des agences. Comme nous le verrons par la suite, ce ne sont pas les médecins qui dictent ses missions. Ils sont, tout au plus, des collaborateurs avisés des managers. Ainsi, il existe des mesures pour encadrer l'activité des

²⁹⁹ Couty, Kouchner, Laude, Tabuteau (dir), *La loi HPST: regards sur la réforme du système de santé*, p 368.

³⁰⁰ Site officiel de l'Assemblée Nationale : http://www.assemblee-nationale.fr/13/tribun/xml/cat_soc_prof.asp# (25.05.13)

médecins (1), alors que leur influence, essentiellement au sein des établissements de santé, tend à se réduire (2).

1. L'encadrement de l'activité des médecins

Il est vrai que l'autonomie des professionnels de santé n'est plus à démontrer. Ils ont pendant longtemps peu subi les répercussions des politiques publiques en matière de santé. Mais les réformes successives ont peu à peu entamé leur indépendance. Un des principaux champs d'action de l'agence dans ce domaine est la lutte contre la désertification médicale.

Cela remonte à la première réduction du *numerus clausus* due à un arrêté du 23 octobre 1971, fixant le nombre d'étudiants admis à passer en deuxième année à près de 8000 sur une échelle nationale.³⁰¹ Le résultat a été un grand déficit de professionnels libéraux : le quota a été réduit à 3500 entre 1992 et 2000 ; même si il a été revu à la hausse depuis 2004 pour revenir au dessus de la barre des 8000 à la fin de la décennie 2000.³⁰²

La loi HPST utilise l'outil de la contractualisation pour lutte contre la sous-médicalisation. On tient compte de la carte démographique d'implantation des médecins pour décentraliser les flux d'internes en fonction des spécialités. Car un constat empirique nous montre que les médecins s'installent généralement dans la région du CHU qui les a formés.³⁰³ La nouveauté apportée par le législateur est l'instauration d'une nouvelle forme de contractualisation pour y remédier.

Pour être plus précis, il crée deux nouveaux types de contrats. L'article 43 de la loi HPST prévoit la création d'un contrat santé solidarité. Le DGARS peut, après avis du CRSA notamment, proposer aux médecins exerçant déjà dans des zones sur-dotées de répondre aux

³⁰¹ Arrêté du 21 octobre 1971 fixation pour l'année universitaire 1974-1975 du nombre des étudiants susceptibles d'être accueillis pour leur formation clinique et pratique dans les services hospitaliers relevant tant des centres hospitaliers et universitaires et des centres de soins, d'enseignement et de recherche dentaire que des établissements avec lesquels lesdits centres ont passé convention.

³⁰² Clément, *Histoire des réformes hospitalières sous la Ve République*, p 514-515.

³⁰³ Ibid, p 514.

besoins de santé de la population des zones sous-dotées.³⁰⁴ Des sanctions financières sont pensées, si les professionnels de santé refusent de signer un tel contrat ou s'ils ne respectent pas les obligations contenues dans ses stipulations.³⁰⁵ Le second contrat est un contrat d'engagement de service public, visant également à rétablir une plus grande égalité territoriale dans l'accès aux soins. La différence est que cela concerne les jeunes étudiants et les jeunes internes. Selon l'article 46, on leur garantit le versement d'une allocation mensuelle supplémentaire, s'ils promettent d'exercer dans des zones sous-dotées et s'ils appliquent les tarifs conventionnés.³⁰⁶

Mais qu'en est-il de l'efficacité de ses mesures ? Car il semble que les médecins voyaient l'arrivée de ces contrats d'un mauvais œil, surtout l'aspect coercitif de ceux-ci. La proposition de loi dite Fourcade revient sur ce contrat santé solidarité, enjoignant les médecins à s'acquitter d'un montant forfaitaire en cas de non-respect du contrat (en son article 3). La sanction financière est tout bonnement supprimée³⁰⁷ Il n'y aura par la suite aucun amendement revenant sur le retrait de cet aspect du contrat, et la loi sera finalement votée le 10 août 2011.³⁰⁸ Le contrat d'engagement de service public continue lui à être appliqué. L'ARS Alsace a ainsi défini des zones prioritaires où les jeunes médecins doivent s'engager. 5 cantons sont identifiés pour l'année 2012-2013 : 2 cantons dans le Bas-Rhin (La Petite-Pierre et Saales) et 3 cantons dans le Haut-Rhin (Saint-Amarin, Masevaux et Dannemarie).

Les médecins sont ainsi encadrés par l'ARS – même si cela reste dans le registre du volontariat – pour la répartition géographique de l'offre de soins. Mais s'il est un secteur où les professionnels de santé ont perdu de leur influence, c'est la gouvernance de l'offre de soins.

³⁰⁴ Loi N° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires art 43.

³⁰⁵ Ibid.

³⁰⁶ Loi N° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires art 46.

³⁰⁷ IRDES (Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé), *Loi Bachelot Hôpital, Patients, Santé et Territoires*, 2012, p 39.

³⁰⁸ Loi n° 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi HPST du 21 juillet 2009.

2. La mise à l'écart des médecins de la gouvernance hospitalière

Nous l'avons vu : la gouvernance hospitalière s'effectue maintenant sous l'égide des managers, des directeurs d'établissement. Leur montée en grade correspond à la rétrogradation des élus locaux. Or, les professionnels de santé ont aussi perdu de leur influence. Les directeurs étant sous la tutelle des directeurs d'agence, ils n'ont de compte à rendre qu'à ces derniers, et non aux médecins, chirurgiens et autres professionnels médicaux.

Les médecins ont été intégrés aux débats préparatoires de la loi. Ils avaient difficilement acceptés l'idée de cette nouvelle gouvernance. Mais la réalité fait qu'ils ne sont pas les principaux maîtres du co-pilotage des hôpitaux. Ils se retrouvent actuellement à devenir des prestataires obligés de services limités (de soins ou de gestion).³⁰⁹ La T2A a, en outre, renforcé la concurrence entre médecins. Les professionnels de santé sont censés être les avocats de leurs patients. Mais cette nouvelle tarification les oblige à faire des arbitrages économiques (le choix de la personne à soigner, avec quels moyens, avec quels coûts et quel niveau de prestation), choix que se refuse à faire le politique. Car le choix des prestations offertes influe sur le financement reçu par l'établissement. Les médecins ne portaient pas grande importance aux considérations économiques de leur activité. Mais ils sont aujourd'hui devenus des gestionnaires en puissance et doivent faire face à l'adage « la santé n'a pas de prix, mais elle a un coût ».³¹⁰ Les professionnels de santé n'ont pas du tout la même conception des qualités requises pour exercer leur métier que le gestionnaire. Le médecin apprécie son autonomie d'action, la confiance du patient, l'autorégulation par ses pairs, alors que le manager recherche la standardisation des procédures et la formalisation des contrôles et des objectifs. L'entrée du professionnel de santé dans une logique plus gestionnaire accroît en quelque sorte ses prérogatives, mais diminue son influence. Il s'éparpille dans des tâches qui

³⁰⁹ M. Eynaud, « Contribution à la réflexion sur la réforme de l'hôpital. À propos des limites de la loi HPST », *L'information psychiatrique* 2/2009 (Volume 85), p. 117.

³¹⁰ F. Pierru « Hospital Inc. », *Enfances & Psy* 2/2009 (n° 43), p. 103.

ne sont pas les siennes, et qui seront toujours mieux effectuées par les gestionnaires dont c'est le rôle premier.³¹¹

Un autre dispositif restreint le pouvoir des médecins : celui des pôles de santé. Dans le système ancien, il y avait des équilibres de pouvoirs. Les chefs de service disposaient d'une réelle indépendance et d'une réelle responsabilité. Ils étaient nommés par le directeur en fonction de leurs compétences médicales, mais conservaient une sphère de responsabilité professionnelle. Maintenant, ils doivent plus sacrifier leur activité de soins à proprement parler pour s'impliquer dans la gestion hospitalière. Le président du CME est certes le directeur adjoint de fait. Mais les responsables de pôles deviennent aussi des managers, alors que c'est n'est pas leur fonction à la base.³¹² Ils doivent superviser le travail des professionnels dont ils sont les supérieurs hiérarchiques, les incitant à plus d'efficacité à travers les contrats de pôle. Mais une chaîne hiérarchique apparaît, reléguant les médecins au bas de l'échelle – en-dessous des administratifs que sont les directeurs d'établissement.

Des problèmes émaillent et entachent l'activité des pôles. On constate premièrement que, dans plusieurs établissements, l'absence de délégation de gestion et la centralisation des décisions ont pu être comprises comme une régression par les professionnels. Surtout, la mise en œuvre de cette réorganisation institutionnelle a généré des tensions sur le terrain. La théorie semble simple, vue des ministères. L'application l'est beaucoup moins. L'augmentation de l'offre de soins se fait à effectif constant, et sous la contrainte de l'ONDAM. Les personnels ont du mal à dégager du temps pour leurs missions de gestion. Ce qui entraîne des tensions, des conflits au sein des hôpitaux.³¹³

La conclusion pourrait être que les médecins voient leur activité de plus en plus encadrée, leurs conditions de travail chamboulées et leur influence s'estomper au profit des managers. Ils

³¹¹ Ibid.

³¹² G. de Pourville « La crise d'identité des médecins face au nouveau management de l'hôpital », *Le journal de l'école de Paris du management* 6/2010 (N°86), p. 27.

³¹³ P-H. Bréchat et al. « Des pôles d'activités hospitaliers entre gestion de la crise et mise en œuvre d'une politique de santé publique », *Santé Publique* 5/2010, p. 577.

ne forment pas un réel contre-pouvoir à l'ARS. Ce rôle est-il tenu par la « démocratie sanitaire » ?

B. La timidité de la démocratie sanitaire

Longtemps, les usagers ont été mis à l'écart des politiques publiques de santé. On considérait que la matière était trop complexe pour les associer à la prise de décision. Mais les tenants du *New Public Management* estiment que, pour obtenir un service de qualité, les patients doivent avoir leur mot à dire. Le concept de démocratie sanitaire naît réellement avec la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.³¹⁴ Christian Saout, dans la revue *Santé Publique* la décrit comme étant « *un ensemble de règles protectrices des droits individuels, d'une part, et des droits collectifs, d'autre part.* »³¹⁵ Les droits individuels peuvent être de nouvelles garanties de droit à l'information, de consentement, d'accès au dossier médical alors que les droits collectifs se matérialisent par un droit de participation et de représentation des associations dans la gouvernance des établissements de santé. C'est dans cette logique que l'on crée la Conférence Régionale de Santé et d'Autonomie avec la loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance Maladie.³¹⁶ La loi de 2009 renforce encore ses compétences. La CRSA est un véritable organe de réflexion, de débats (1) mais ses pouvoirs effectifs restent faibles (2).

1. Un organe de réflexion et de débats

Selon l'article 118 de la loi HPST, la conférence régionale de la santé et de l'autonomie est « *chargée de participer par ses avis à la définition des objectifs et des actions*

³¹⁴ Loi N° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

³¹⁵ C. Saout, La régionalisation de la santé: une chance pour la démocratie sanitaire?, *Santé Publique*, 2010/2, p 110.

³¹⁶ Loi N° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, article 49.

*de l'agence dans ses domaines de compétences.»*³¹⁷ L'article L.1432-4 du Code de la Santé Publique précise la pensée du législateur. Pour concourir à l'élaboration de la politique sanitaire en région, la CRSA dispose de l'autonomie des moyens de fonctionnement, moyens mis à disposition par l'agence. Comme évoqué plus haut, la conférence peut émettre des propositions au directeur sur les politiques menées et donner un avis sur le PRS.³¹⁸

La CRSA implique de nombreux acteurs. La lettre de la loi laisse encore une fois une certaine marge de manœuvre aux régions. En Alsace, 93 membres composent la CRSA, répartis en 8 collèges : conférences de territoires, usagers, partenaires sociaux, acteurs de la cohésion et de la protection sociale, acteurs de la prévention et de l'éducation pour la santé, offreurs de services en santé et personnalités qualifiées.³¹⁹ En dehors des séances plénières, les attributions dévolues à la CRSA sont exercées de plein-droit par la commission permanente. La CRSA compte également 4 commissions spécialisées : une commission de prévention, la commission de l'organisation des soins, la commission de prise en charge et accompagnements médico-sociaux et la commission relative aux droits des usagers du système de santé.³²⁰ Enfin, le décret n° 2010-346 du 31 mars 2010 prévoit la création de deux commissions de coordination, chargées d'assurer la complémentarité et l'interaction des différents acteurs (Etat, collectivités territoriales, organismes de sécurité sociale) dans le champ de la prévention et de l'organisation des établissements médico-sociaux.³²¹ La CRSA se réunit sur convocation du directeur, et l'agence fournit des informations aux commissions spécialisées (par exemple sur les autorisations de création d'établissements et les CPOM).³²²

Le principal rôle de la conférence est donc d'animer le débat public en matière de santé. Il se réunit plusieurs fois au cours de l'année, et définit des lignes directrices, des

³¹⁷ Loi N° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires art 118.

³¹⁸ Art L.1432-4 CSP.

³¹⁹ ARS Alsace, *Rapport d'activité 2012*, p 33.

³²⁰ Ibid.

³²¹ Décret n° 2010-346 du 31 mars 2010 relatif aux commissions de coordination des politiques publiques de santé, art 1.

³²² Devreese, p 104.

thèmes pour les débats à suivre. Chaque région, chaque CRSA discute de ses propres sujets, spécifiques aux besoins et aux attentes des patients. En Alsace, la conférence s'est réunie trois fois en session plénière pour réfléchir aux sujets suivants : dépassements d'honoraires et respect des tarifs conventionnés,³²³ nouveau plan santé-environnement, rapport annuel sur les droits des usagers. Mais l'un des principaux axes de réflexion reste la lutte contre les accidents vasculaires-cérébraux (AVC). Du fait de sa culture et de son histoire, l'Alsace est particulièrement touchée par des problèmes d'hypertension, et de diabète. La conférence a donc décidée, au courant de l'année 2012, de faire de la lutte contre ce fléau une priorité. Cela passe par des campagnes de prévention (montrant les premiers signes annonciateurs d'un AVC), le repérage des facteurs de risque et la conduite à suivre (comme l'appel au 15).³²⁴

De nombreux défis étaient à suivre lors du renforcement des compétences de la conférence. Or, même si les discussions peuvent avoir une influence sur l'action de l'agence et de son directeur, la CRSA pâtit du faible pouvoir décisionnel dont elle dispose.

2. L'absence de pouvoir décisionnel

Formidable boîte à idées, la CRSA n'a néanmoins pas de pouvoir effectif. Son rôle consultatif permet éventuellement de donner des idées au directeur pour l'application des politiques sanitaires en région.

On a pu douter de l'autonomie réelle de la CRSA à l'égard de l'agence. Ainsi on a pu se demander si l'agence allait contrôler les missions et les axes de discussions des conférences. Les doutes avaient trait aussi à la prise d'information : les CRSA pourront-elles disposer des informations nécessaires à l'évaluation du respect des droits des usagers ? Enfin, des interrogations plus pratiques et concrètes affleuraient, comme le délai pour former un

³²³ Qui sont des thématiques brûlantes en Alsace, comme me l'a confirmée Sylvaine Gaulard, directrice de la direction de la promotion de la santé et de la prévention à l'ARS Alsace.

³²⁴ ARS Alsace, *Rapport d'activité 2012*, p 37.

*La gouvernance régionale de la santé dans le cadre de la réforme de l'Etat
L'exemple alsacien.*

avis.³²⁵ De manière générale, la CRSA a besoin de moyens et de financement important pour que la démocratie sanitaire ne se cantonne pas à de l'incantatoire.³²⁶

Un premier bilan a été effectué en 2012, à l'occasion de la Conférence Nationale de Santé. Les résultats sont plutôt encourageants, pour une démarche de concertation qui reste naissante. La représentation des différents acteurs (usagers en premier chef, mais également élus et professionnels de santé) est satisfaisante, permettant le croisement de regards et de cultures différents.³²⁷ On loue également le caractère participatif et non réglementaire de la concertation C'est-à-dire que l'on n'hésite pas à discuter de projet en amont, dans les services de la CRSA sans que cela soit l'objet d'un avis ou d'une saisine (rencontres informelles entre le DGARS et le directeur de la CRSA, implication de membres de la CRSA à l'élaboration du PRS etc.) Cette état de fait a été divulgué par les directeurs d'agence et confirmé par les présidents des conférences.³²⁸

Mais la principale caractéristique de la CRSA est aussi son principal frein. Cet organe n'est que consultatif, et n'a aucune influence effective sur l'action des DGARS. Dans les faits, les directeurs suivent souvent les avis de la conférence, mais ils ont tout à fait la possibilité de passer outre. Une idée serait d'améliorer le suivi des avis rendus. Deux pistes sont évoquées par la Conférence Nationale de Santé : mettre en place de tableaux de bord de suivi des avis de la CRSA, et surtout rendre obligatoire une réponse des agences régionales de santé à l'avis. Dans cette optique, la directrice ou le directeur général(e) de l'Agence régionale de santé communiquerait à la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie les suites qui ont été réservées à ses avis et ses propositions dans un délai de 3 mois suivant leur transmission.³²⁹

³²⁵ B. Devictor « Les conférences régionales de santé et de l'autonomie (CRSA) : qu'en sera-t-il de la démocratie sanitaire en région ? », *Santé Publique*, 1/2010 p. 123-124.

³²⁶ Ibid, p 125.

³²⁷ Conférence Nationale de Santé, *Synthèse de l'avis du 29 novembre 2012 sur la démocratie sanitaire en région*, p 5.

³²⁸ Ibid, p 5.

³²⁹ Conférence Nationale de Santé, *Synthèse de l'avis du 29 novembre 2012 sur la démocratie sanitaire en région - Recommandations*, p 1.

On observe également qu'il existe deux domaines où la CRSA ne peut émettre d'avis : la santé au travail et la santé liée à l'environnement. Ces domaines étant loin d'être négligeables, cela entrave le travail des conférences. C'est pour cela qu'on propose également de joindre l'avis du CRSA au plan régional santé-environnement et au plan régional de santé au travail. Propositions pour l'instant non suivies d'effet.³³⁰

En résumé, ni les médecins, ni les usagers ne forment un réel contre-pouvoir à ce qu'on pourrait considérer comme une « toute puissance » de l'ARS sur le domaine de la santé. Pour pourvoir à ses deux missions, qui sont la régulation de l'offre de soins et le pilotage des politiques publiques de santé en région, elle dispose de leviers considérables. Mais l'agence elle-même ne jouit pas d'une autonomie totale : elle dépend, en de nombreux points, du pouvoir central.

§2. La prédominance du pouvoir central à l'égard des ARS

L'agence régionale de santé est un établissement public administratif, si l'on se réfère à la loi HPST du 21 juillet 2009. Cela implique une autonomie de gestion, avec des moyens, des personnels qui sont propres à l'agence. Mais cela ne signifie pas que l'agence travaille en autonomie totale par rapport à l'Etat central. Ce serait plutôt le contraire : le ministère énonce ses directives au directeur général de l'agence, qui ensuite se charge de la mise en œuvre à l'échelon régional. Une instance de contrôle nationale s'enquiert de la bonne exécution des missions planifiées, élaborées à Paris, le Conseil National de Pilotage (CNP). Ce dernier veille à la cohérence des politiques publiques de santé. Tout en validant les objectifs des agences et animant leur réseau.³³¹ La marge de manœuvre pour les antennes régionales existe, mais la règle est que l'on doit appliquer les mesures nationales.

³³⁰ Ibid, p 1.

³³¹ Art L. 1433-1 CSP.

De plus, le DGARS a beau être qualifié de « préfet sanitaire », il doit composer avec les autorités déconcentrées de l'Etat au niveau de la région et du département pour des domaines adjacents à celui de la santé. Ainsi, le pouvoir des ARS s'estompe avec la présence des préfets de départements et le préfet de région, même si une sorte de coopération est plus à l'ordre du jour (A). Sans oublier que l'agence, et notamment son directeur, est placée sous la tutelle du ministère de la santé (B), tant au niveau fonctionnel qu'organisationnel.

A. Les relations conflictuelles avec les autres représentants de l'Etat

L'arrivée d'un représentant de l'Etat en région pour s'occuper des questions de santé n'a pas forcément été vue d'un bon œil par les préfets. Il est vrai que les préfets de département se partageaient, avant cette intrusion, les compétences ayant trait à ce secteur. En particulier, le préfet de région disposait d'une compétence de principe pour le secteur sanitaire (hospitalier notamment), alors que le préfet de département était habilité à traiter les sujets liés au domaine médico-social. Le directeur de l'ARS est arrivé et s'est emparé de nombre de leurs anciens pouvoirs respectifs. Mais leur réaction a été différente. On note une certaine forme de coopération de la part du préfet de région, car les tensions se sont déjà manifestées dans le passé et éteintes depuis (1). Alors que le préfet de département subit depuis 2009 une perte d'influence qui est nouvelle, et dont il a plus de difficultés à se remettre (2).

1. La concurrence avec les préfets de département

On évoque souvent les relations, parfois houleuses, entre le directeur général de l'ARS et le préfet de région. C'est oublier que le DGARS doit aussi coopérer avec les préfets de départements dans certains domaines.

C'est notamment le cas des crises sanitaires. Un rapport d'information du Sénat de 2011 répond à une question parlementaire ayant trait à la clarification des compétences. Il

semble peu probable que, si une crise sanitaire survient, les deux acteurs ne soient saisis de la gestion de la sortie de crise. Les préfets de département ont conservé leurs missions de sécurité publique, en autonomie par rapport au préfet de région. Selon l'article 2215-1 du Code Général des Collectivités Territoriales, «*le représentant de l'Etat dans le département peut prendre, pour toutes les communes du département ou plusieurs d'entre elles, et dans tous les cas où il n'y aurait pas été pourvu par les autorités municipales, toutes mesures relatives au maintien de la salubrité, de la sûreté et de la tranquillité publiques.*»³³² Mais l'ARS ayant incorporé les DRASS et les DDASS, qui étaient auparavant placés sous l'autorité du préfet de département, les relations ont pu être un peu tendues. Mme Emmanuelle Wargon, secrétaire générale des ministères sociaux, concède que la coopération est peut être plus difficile entre les préfets de départements et les DGARS, vu que ces derniers ont encore une légère rancœur du fait de la perte de leurs compétences.³³³ Mais tout cela dépend des personnalités et des affinités professionnelles qui peuvent se nouer.

Un autre domaine où les agences et les préfets de département sont amenés à travailler ensemble est la veille sanitaire. En vertu de l'article L.1413-15 du Code de santé Publique, les professionnels de santé ont l'obligation de signaler à l'ARS, qui doit ensuite transmettre à l'InVS et au préfet de département, les évènements porteurs de menaces ou les présomptions de menaces pour la santé.³³⁴ Il y a un système de messagerie d'alerte mis en place dans chaque ARS, permettant d'assurer la communication avec les préfets de départements. C'est ainsi que les agences peuvent les renseigner sur les cas de méningite, dont la prévalence est, dans la région Alsace, supérieure à la moyenne nationale.³³⁵

Enfin, un dernier secteur où les deux acteurs doivent effectuer leurs missions de concert est celui de l'action médico-sociale. Le partage des compétences est complexe car il

³³² Art 2216-1 CGCT.

³³³ Sénat, *Rapport d'information fait au nom de la mission commune d'information sur les conséquences de la Révision générale des politiques publiques pour les collectivités territoriales et es services publics locaux*, 2010

³³⁴ Art L.1413-15 CSP.

³³⁵ Projet régional de santé d'Alsace 2012-2016, *Schéma régional de prévention*, p 48.

existe un flou dû à l'absence de définition des deux secteurs. On le rappelle : l'ARS est compétente pour le secteur médico-social, le département pour le secteur social. Cette confusion n'aide pas à apaiser les conflits sous-jacents, ni à aplanir les angles. A titre d'exemple, l'art L.315-14 du Code de l'Action Sociale et des Familles dispose que les établissements médico-sociaux, dont l'autorisation relève soit exclusivement de la compétence du DGRAS soit conjointement avec celle du président du conseil général, doivent transmettre leur délibérations. Dans ce cas précis, il est explicitement mentionné que le préfet du département perd son pouvoir au profit du directeur général.³³⁶ Mais l'extension du domaine sanitaire a d'autres conséquences. Ainsi, le directeur de l'agence arrête le SROMS³³⁷ et autorise la création d'établissements recevant un financement de l'Assurance Maladie.³³⁸

Il s'avère que les relations entre le directeur de l'ARS et le préfet de région sont nettement plus apaisées.

2. La coopération avec les préfets de région

Les DGARS et les préfets de région ne sont pas en concurrence, contrairement à ce que l'on pourrait penser. La principale raison à cette paix des braves est que la bataille a déjà fait rage, et a occasionné quelques dégâts.

Cela remonte à l'ordonnance Juppé de 1996 qui porte sur la création des agences régionales d'hospitalisation les ARH. La première réclamation a pour origine la nomination du directeur de l'ARH. Ce dernier ne peut en aucun cas être le préfet de région. Le nouveau « préfet de santé » pourrait faire de l'ombre au représentant actuel de l'Etat en région. Même si d'aucuns estiment que ce vocable est quelque peu excessif³³⁹, il n'est pas très éloigné de la réalité car l'enchevêtrement des compétences brouille les cartes et empêche d'avoir une vision

³³⁶ Art L.316-14 CASF.

³³⁷ Art L.1434-12 CSP.

³³⁸ Art L.313-3 CASF.

³³⁹ Les recteurs d'académie échappent également au contrôle préfectoral.

claire.³⁴⁰ Mais la vraie pomme de discorde est l'amointrissement des compétences de l'autorité préfectorale. La liste des nouvelles prérogatives récupérées par le DGARH est longue. Au sein de celle-ci, on trouve des compétences normatives (établissement de la carte sanitaire et du SROS), administratives (autorisation de création des établissements de santé), de nomination (renouvellement des chefs de service ou de département de ces établissements).³⁴¹

Mais le corps préfectoral n'en est pas resté là. Les préfets de région ont sonné la révolte quelques années plus tard, en août 2004. Trois lois successives ont fait bouger les lignes, avec la réorganisation du dispositif sanitaire. L'une particulièrement va retenir notre attention : celle du 13 août, redistribuant les rôles entre préfets de région et DGARH. Ainsi, le préfet met désormais en œuvre la politique régionale de santé, sous réserve des compétences attribuées à l'agence.³⁴² Le préfet est aussi chargé d'élaborer le PRSP (qui a précédé le PRS), après avis de la conférence régionale de santé (qui, elle, a précédé la CRSA), PRSP qui sera appliqué par le GRSP, dont il est le président du conseil d'administration.³⁴³

En 2009, la loi a voulu procéder à un rééquilibrage des forces en présence. L'extension du domaine sanitaire aux champs non hospitalier a encore réduit les prérogatives du préfet de région. Le directeur d'agence dispose d'une compétence de principe : « *il exerce, au nom de l'Etat, les compétences [...] qui ne sont pas attribués à une autre autorité* ». ³⁴⁴ Il hérite, en conséquence, des compétences exercées par l'ancienne commission exécutive des ARH, mais que le préfet de région n'a pas pu reprendre. Celles-ci concernent les autorisations de création, d'extension, de regroupement, ou de conversion des établissements de santé, ou les différents contrats conclus avec eux.³⁴⁵

³⁴⁰ Couty, Kouchner, Laude, Tabuteau (dir), *La loi HPST: regards sur la réforme du système de santé*, p 365.

³⁴¹ Ibid, p 365-366.

³⁴² Loi N°2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales.

³⁴³ Couty, Kouchner, Laude, Tabuteau (dir), *La loi HPST: regards sur la réforme du système de santé*, p 367.

³⁴⁴ Art L. 1432-2 CSP.

³⁴⁵ Ibid.

Or, le corps préfectoral remporte une victoire, car le préfet de région préside le conseil de surveillance des ARS. Il y a eu des débats au sein de la commission mixte paritaire lors de l'examen du texte de loi. Certains trouvaient étrange qu'un préfet surveille un autre préfet. Un amendement a introduit un nouvel article à la loi HPST, avec pour idée de nommer en Conseil des Ministres, à titre expérimental, une personnalité qualifiée à la tête du conseil de surveillance des ARS.³⁴⁶ Cette solution a finalement été toquée par le Conseil constitutionnel dans sa décision du 16 juillet 2009 au motif que ce dispositif méconnaissait l'article 37-1 de la Constitution.³⁴⁷

B. Une relation hiérarchique entre l'agence et le ministère de la santé

La question de l'autonomie des agences est souvent posée, mais la réponse est plus subtile et complexe qu'on ne le croit. Les directeurs ont, apparemment, un grand pouvoir d'action, à tel point qu'on leur envie leur nouveau pouvoir. Mais ils sont en quelque sorte soumis au pouvoir central, aux ministères qui leur dicte leur conduite. C'est pour cela qu'il est plus juste de parler d'autonomie que d'indépendance. Deux autorités limitent le pouvoir des agences régionales de santé. En premier lieu, l'agence ne décide pas seule des plans d'action qu'elle va mener en région, mais ces stratégies sont élaborées au niveau national, par le Conseil National de Pilotage ; l'agence « se borne » à appliquer ces stratégies à l'échelon régional (1). De plus, le ministère exerce un lien de subordination à l'égard des DGARS, lien étant plus hiérarchique que de tutelle (2).

1. L'application de stratégies décidées au niveau national

L'une des grandes nouveautés qui a marqué la transformation de l'ARH en ARS en 2009 est le changement de statut. L'ARH était un groupement d'intérêt public, c'est-à-dire un

³⁴⁶ Art L.1432-3 CSP.

³⁴⁷ Décision N°2009-584 DC du 16 juillet 2009.

*La gouvernance régionale de la santé dans le cadre de la réforme de l'Etat
L'exemple alsacien.*

organisme public crée par contrat par la volonté des pouvoirs publics.³⁴⁸ L'ARS est quant à elle un établissement public administratif³⁴⁹, et bénéficie de ce fait d'une autonomie financière et d'une personnalité juridique.³⁵⁰

Mais l'agence ne décide pas seule des politiques publiques qu'elle doit conduire. Ces politiques sont préparées, et élaborées en plus haut-lieu : elles sont préparées par les ministères concernés. L'article L.1431-1 du Code de Santé précise bien que les agences sont placées sous la tutelle des ministres chargés de la santé, de l'assurance maladie, des personnes âgées et des personnes handicapées.³⁵¹ L'article suivant dispose que le DGARS exerce ses compétences « *au nom de l'Etat* », dans la limite de ses attributions.³⁵² Cela montre que l'autonomie est, dans les faits, assez limitée.

Les stratégies sanitaires sont le fait du Conseil National de Pilotage. Le CNP élabore des plans d'actions que les agences doivent appliquer à l'échelon de la région. Ils tiennent compte évidemment des spécificités de leur région, de leurs territoires ; mais la majorité de leur action est décidée au sein de cette instance. Le CNP se charge de la cohérence des missions menées, afin qu'aucun quiproquo, aucune incompréhension ne puisse constituer une entrave.³⁵³

La fixation des objectifs est assurée par le contrat pluriannuel d'objectif et de moyens liant les agences à l'Etat. Ce contrat est accompagné d'indicateurs chiffrés, permettant de mieux mesurer la performance.³⁵⁴ En Alsace, un CPOM a été signé entre l'Etat et l'ARS pour la période 2010/2013.³⁵⁵ Les 4 axes principaux de ce contrat sont : l'amélioration de l'espérance de vie en bonne santé (ce qui passe en l'occurrence par la lutte contre la mortalité prématurée, le dépistage contre le cancer colorectal, la vaccination contre la rougeole) ; la

³⁴⁸ Couty, Kouchner, Laude, Tabuteau (dir), *La loi HPST: regards sur la réforme du système de santé*, p 365.

³⁴⁹ Art L.1431-1 du CSP.

³⁵⁰ Ibid, p 368

³⁵¹ Art L.1433-1 CSP.

³⁵² Art L.1433-2 CSP

³⁵³ Ibid.

³⁵⁴ Ibid.

³⁵⁵ Ars Alsace, *Rapport d'activité 2011*, p 11.

promotion de l'égalité devant la santé (lutte contre les zones sous-dotées en médecins libéraux, et diminution des écarts d'équipement médico-social entre les deux départements), le développement d'un système de santé de qualité, accessible et efficient (efficacité dans l'installation des places médico-sociales, notamment les services et les mesures du plan Alzheimer) ; et l'optimisation de la gestion des ressources de l'ARS (maintien de l'équilibre entre les agents de l'assurance maladie (1/4 environ) et de l'État (3/4 environ)).³⁵⁶ Le CPOM fait l'objet d'une évaluation annuelle. Chaque service de l'agence vérifie que les objectifs qualitatifs et quantitatifs sont atteints, et propose des idées pour améliorer encore ce qui doit l'être.³⁵⁷

Cette dépendance de l'agence est également due au fait qu'une véritable relation hiérarchique existe entre le directeur et le ministre.

2. La relation hiérarchique entre le directeur et le ministre

La nature de la relation entre le directeur de l'agence et le ministre chargé de la santé semblait assez floue. La nomination du DGARS se fait en conseil des ministres (à l'instar des préfets). La première série de nomination s'est effectuée en 2010, avec un décret du 1er avril 2010 portant nomination des directeurs généraux des agences régionales de santé.³⁵⁸

La question du lien hiérarchique reliant les directeurs aux ministres de la santé n'est cependant pas réglée. On pouvait légitimement se demander dans quelle mesure les ministres étaient en mesure de donner des instructions au directeur de l'agence. Il a fallu attendre plus de deux ans après la mise en fonction des agences pour obtenir une réponse concrète. Celle-ci nous est délivrée par le Conseil d'Etat, dans deux arrêts du 12 décembre 2012 « Syndicat des médecins inspecteurs de santé publique » et « Syndicat national des établissements et résidences privés pour les personnes âgées ». Dans les deux cas ici présentés, les syndicats

³⁵⁶ Ibid.

³⁵⁷ Ibid.

³⁵⁸ Décret du 1er avril 2010 portant nomination des directeurs généraux des agences régionales de santé.

formait des recours contre des circulaires ministérielles (l'une relative à la gestion des astreintes effectuées par les personnels des ARS, l'autre relative à l'orientation des choix budgétaires des EHPAD). La haute juridiction estime ici que l'article L.1432-2 du Code de Santé Publique donne aux DGARS une compétence de principe, sauf quand elles ont été attribuées à une autre autorité au sein de ces agences.³⁵⁹ Par suite, sauf disposition législative contraire, les ministres peuvent, dans le cadre de leurs attributions respectives³⁶⁰, « *leur adresser des instructions pour toutes les compétences qu'ils exercent au nom de l'Etat* ». ³⁶¹

Or, ce pouvoir hiérarchique connaît des limites. Dans la seconde affaire, le juge administratif estime que la première partie de la circulaire rentre dans les attributions du ministre (la détermination des astreintes). Mais la seconde partie de la circulaire, en ce qu'elle donne un pouvoir d'organisation des services au ministre doit être annulée. Seul le directeur de l'agence régionale de santé, qui est le chef de service, a un pouvoir d'organisation sur ses services, sans qu'il puisse recevoir des instructions d'une quelconque autorité hiérarchique.³⁶² Le fondement jurisprudentiel de cette solution est l'arrêt Jamart de 1936, arrêt où le Conseil d'Etat dote tout chef de service d'un pouvoir d'organisation de ses services.³⁶³

On peut conclure que pèse sur le directeur d'agence plus une relation hiérarchique qu'une relation de tutelle. L'autorité de tutelle est, en principe, dépourvue du pouvoir d'instruction, en conséquence aucun ordre quant à la manière dont l'établissement public doit exercer ses attributions ne peut être donné au directeur.³⁶⁴ Si elle peut nommer le dirigeant, dans le cadre de l'ARS le directeur général exerce ses pouvoirs « au nom de l'État ». ³⁶⁵ Il en résulte que le cas de l'agence de santé est particulier. Son statut est hybride, mais, à choisir, il pencherait plutôt vers un lien hiérarchique qu'un lien de tutelle (étant donné les modalités de

³⁵⁹ Art L.1432-2 CSP.

³⁶⁰ Cela concerne donc dans la grande majorité des cas le ministre chargé de la santé.

³⁶¹ CE, 12 décembre 2012, Syndicat national des établissements et résidences privés pour les personnes âgées (n° 350479).

³⁶² CE, 12 décembre 2012, Syndicat des médecins inspecteurs de santé publique (n°354635).

³⁶³ CE, Section, 7 février 1936, Jamart (n° 43321)

³⁶⁴ D. Guignard, 'L'Agence Régionale de Santé, son directeur général et le pouvoir hiérarchique des ministres', *Droit administratif*, n° 4, Avril 2013, comm. 32.

³⁶⁵ A. Laude, B. Mathieu, D. Tabuteau, *Droit de la santé*, 3e édition, PUF, Paris 2012, p. 175.

nomination du directeur, et les directives ministérielles données). Ces directives sont en effet très nombreuses, et les experts recommandent de limiter leur usage pour laisser aux directeurs plus de latitude pour conduire leur action de façon autonome. La Cour des Comptes estime que plus de 300 directives ont été adressées, en 2010 et 2011, aux DGARS, soit plus d'une par jour ouvrable.³⁶⁶ Mais ceux-ci ont plus de possibilité de négocier, de se dégager des marges de manœuvre à travers le principal canal de communication qu'est le CPOM. Pour reprendre la formule de Vincent Vioujas, l'autonomie des agences est certes encadrée, mais elle est protégée.³⁶⁷

³⁶⁶ Vincent Vioujas, 'L'autonomie des agences régionales de santé : premières précisions jurisprudentielles', *La Semaine Juridique Administrations et Collectivités territoriales*, n° 5, 28 Janvier 2013, p. .2022

³⁶⁷ Ibid.

CONCLUSION

La loi HPST du 21 juillet 2009 a été le déclencheur d'un changement considérable dans le domaine de la santé en région, mais aussi du domaine de la santé tout court. L'institution des agences régionales de santé est le symbole de la volonté nouvelle de l'Etat de prendre la main dans ce secteur autrefois délaissé. Plusieurs partis-pris ont été décidés : le regroupement des services, le choix de l'échelon régional, l'extension du domaine sanitaire. Avec pour conséquence l'incitation à une plus grande rationalisation et à une plus grande efficacité de l'offre de soins – ce qui a impliqué l'utilisation de nouvelles techniques de management. Même si l'on découvre que l'agence n'est que le relais du ministère de la santé, et qu'elle ne possède pas une réelle autonomie de fait.

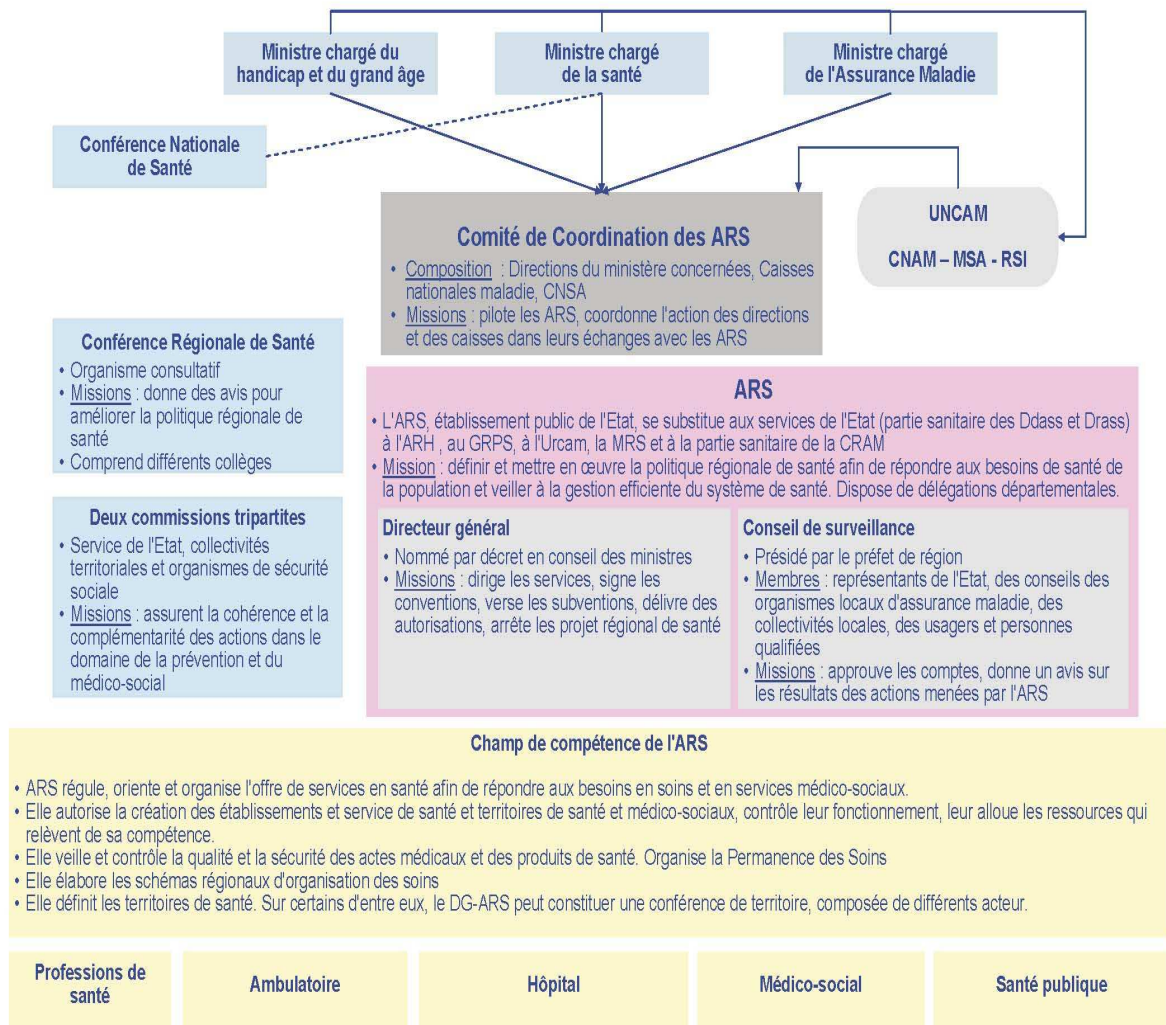
Malgré tout, l'ARS est devenu, en l'espace de quelques mois, l'acteur incontournable du système de santé régional. Il gère de main de maître l'offre de soins ambulatoire, hospitalière et médico-sociale, tout en pilotant les politiques publiques de santé en région. Le directeur général de l'agence est l'étendard de ce gain de pouvoir, de part des compétences qui lui sont personnellement attribuées. Grâce à cette réforme, on peut affirmer que l'Etat est devenu le garant de la politique de santé en région. Pensée dans le cadre de la Révision générale des Politiques Publiques, d'aucuns estiment que la loi HPST en est la plus importante des déclinaisons.

Mais, il convient de penser à l'avenir de la loi HPST et des ARS. Avec l'élection d'un nouveau président en 2012, la RGPP est déjà été remodelée pour devenir la Modernisation de l'Action Publique (MAP). On change de libellé, mais la logique reste. Quant à la loi HPST, sa modification est en route. Mais gageons que, quelle que soit le contenu d'une éventuelle nouvelle réforme, elle ne transformera pas radicalement la gouvernance sanitaire actuelle, qui est faite pour durer.

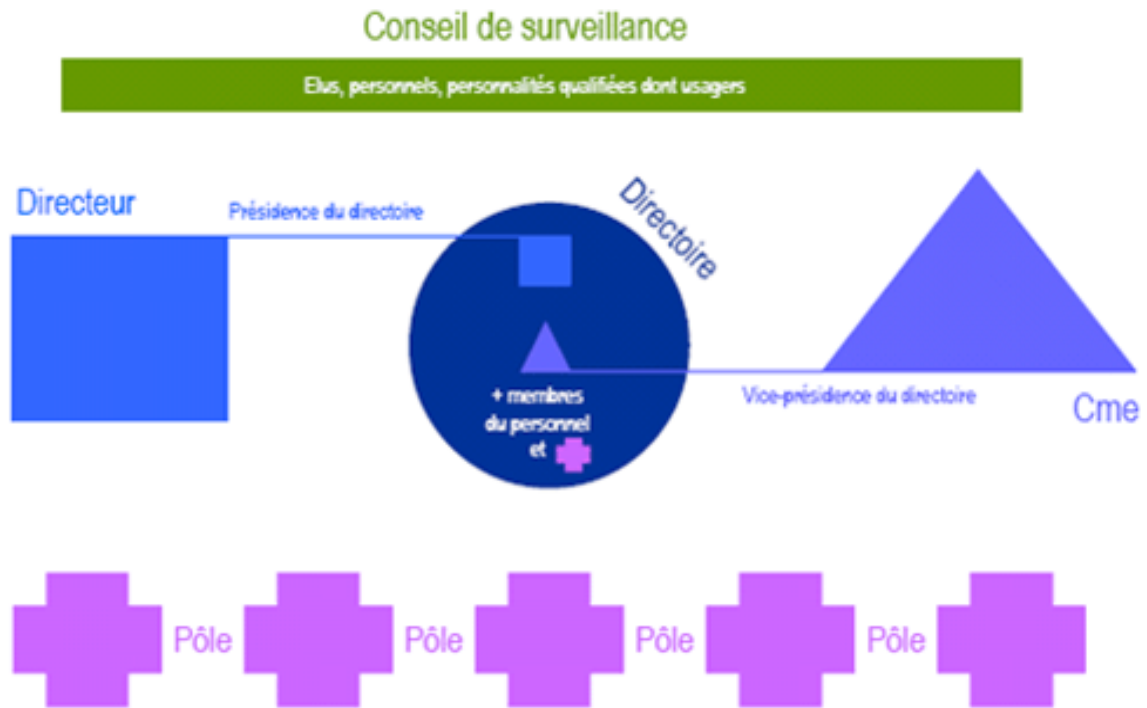
ANNEXES

Gouvernance de l'ARS

Les ARS : gouvernance, organisation et domaines d'interventions



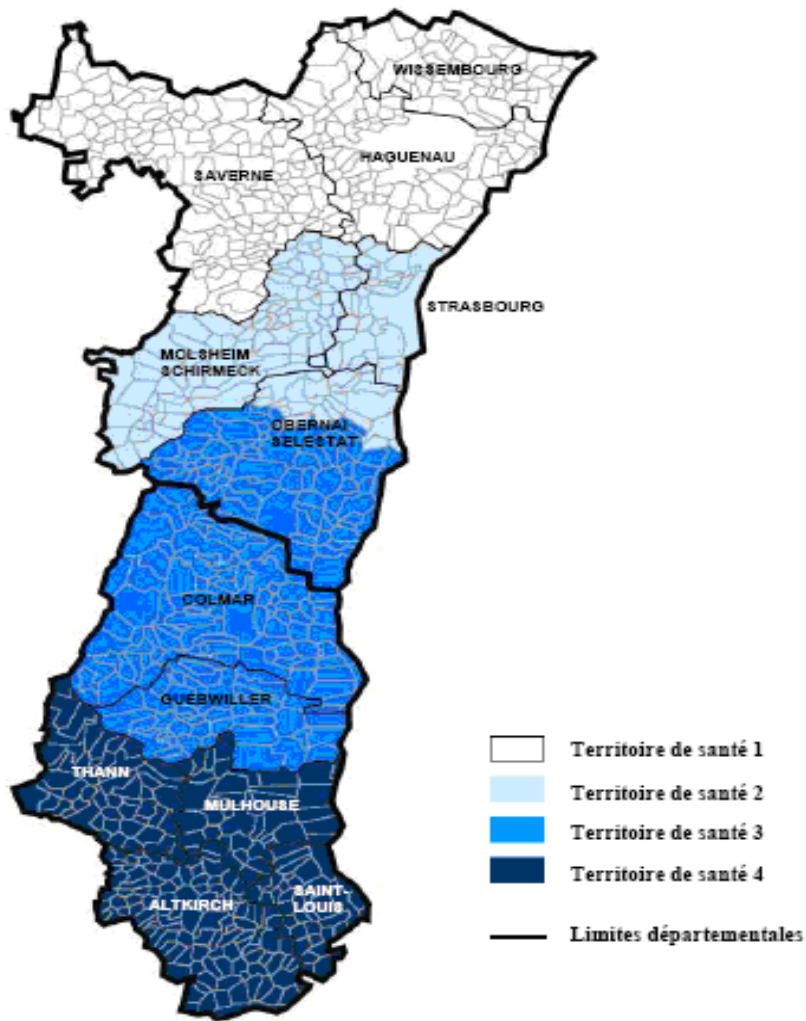
Gouvernance interne de l'hôpital



Source : Ministère de la Santé

Les territoires de santé en Alsace

Les territoires de santé en Alsace



IRS Alsace
Rôle Observation et Analyse des Données de Santé
septembre 2010

TABLE DES ABREVIATIONS

ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux
ARH : Agence régionale de l'hospitalisation
ARS : Agence régionale de santé
ASIP : Agence des Système d'Information Partagé
ASE : Aide Sociale de l'Enfance
CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CASF : Code de l'Action Sociale et de la Famille
CHI : Centre Hospitalier Intercommunal
CHR : Centre Hospitalier Régional
CHT : Communautés Hospitalières de Territoires
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CME : Communauté Médicale d'Etablissement
CNP : Conseil National de Pilotage
CNSA : Conseil National de Solidarité et d'Autonomie
CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CRAM : Caisses régionales d'Assurance Maladie
CROS : Comité Régional D'Organisation des Soins
CRSA : Conférence Régionale de la Santé et d'Autonomie
CSP : Code de Santé Publique
CSS : Code de Sécurité Sociale
DDASS : Directions Départementales des Affaires Sociales et Sanitaires
DDCS : Direction Départementale de la Cohésion Sociale
DDPP : Direction Départementale de la Protection des Populations
DGARS : Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé
DGFIP : Direction Générale des Finances Publiques
DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
DiRAM : Direction Régionale de l'Assurance Maladie
DIRECCTE : Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi
DMP : Dossier Médical Partagé
DRAAF : Direction Régionale de l'Alimentation, de l'Agriculture et des Forêts
DRAC : Direction Régionale des Affaires Culturelles
DRASS : Directions Régionales des Affaires Sociales et Sanitaires
DREAL : Direction Régionale de l'Environnement, de l'Aménagement et du Logement
DRJSCS : Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale
EGOS : Etats Généraux de l'Organisation des Soins
EHPAD : Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EPA : Etablissement Public Administratif
EPRD : Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses
EPS : Etablissement Public de Santé

*La gouvernance régionale de la santé dans le cadre de la réforme de l'Etat
L'exemple alsacien.*

GCS : Groupement de Coopération Sanitaire
GIP : Groupement d'Intérêt Public
GMSIH : Groupement pour la Modernisation du Système d'Information Hospitalier
GRSP : Groupements Régionaux de Santé Publique
HAS : Haute Autorité de Santé
HPST : Hôpital Patients Santé Territoires
INSEE : Institut National de Statistique et des Etudes économiques
INPES : Institut National de Prévention et d'Education à la Santé
InVS : Institut national de Veille Sanitaire
IRCAD : Institut de Recherche contre les Cancers de l'Appareil Digestif
LFSS : Loi de Financement de la Sécurité Sociale
MAP : Modernisation de l'Action Publique
MDPH : Maisons Départementales des Personnes Handicapées
MAINH : Mission nationale d'Appui à l'Investissement Hospitalier
MEAH : Mission d'Expertise et d'Audit Hospitalier
MIGAC : Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation
MRS : Missions Régionales de Santé
MSA : Mutuelle Sociale Agricole
OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Economique
ONDAM : Objectif National de Dépenses de l'Assurance Maladie
PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
PRAM : Plan Régional d'Assurance Maladie
PRAPS : Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins
PRGDR : Programme Régional de gestion du Risque
PRIAC : Programme Interdépartemental d'Accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
PRSP : Plan Régional de Santé Publique
RéATE : Réforme de l'Administration Territoriale de l'État
RGPP : Révision Générale des Politiques Publiques
RSI : Régime Social des Indépendants
SGAR : Secrétariat Général des Affaires Régionales
SIS : Systèmes d'Information en Santé
SOSMS : Schéma d'Organisation Sociale et Médico-Sociale
SROS : Schéma Régional de l'Offre de Soins (ou d'organisation des soins)
SROMS : Schéma Régional de l'Offre Médico-Social
SRP : Schéma Régionale de Prévention
T2A : Tarification A l'Activité
URCAM : Unions Régionales de Caisses d'Assurance Maladie

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	4
Chapitre I. Les principes de la nouvelle gouvernance sanitaire : un pilotage étatique des politiques de santé publique au niveau régional.....	9
Section I. Une organisation institutionnelle décloisonnée et rationalisée.....	10
§1. Le regroupement de services éparpillés.....	10
A. Un millefeuille administratif sanitaire et social.....	11
1. <i>L'agence régionale de l'hospitalisation, une agence insuffisamment unificatrice.....</i>	<i>11</i>
2. <i>Les autres organismes chargés de la santé et de l'action sociale en région</i>	<i>14</i>
B. Une unification institutionnelle pour plus de lisibilité.....	18
1. <i>La nécessité de décloisonnement des services.....</i>	<i>19</i>
2. <i>La mise en place des ARS pour plus de lisibilité.....</i>	<i>21</i>
§2. La gouvernance et les moyens de l'ARS.....	24
A. Une agence soumise à un double contrôle.....	25
1. <i>Le directeur général de l'ARS : un véritable préfet sanitaire.....</i>	<i>25</i>
2. <i>Les influences du directeur : le conseil de surveillance et la conférence régionale de santé et d'autonomie.....</i>	<i>27</i>
B .La mise à disposition de moyens importants.....	30
1. <i>Les moyens financiers des agences.....</i>	<i>30</i>
2. <i>Les moyens matériels et humains des agences.....</i>	<i>32</i>
Section II. Le pilotage des politiques de santé publique au niveau régional.....	33
§1. Une approche extensive de la santé publique.....	34
A. La détermination extensive du domaine sanitaire.....	35
1. <i>La nouvelle définition égalitaire du soin.....</i>	<i>35</i>

*La gouvernance régionale de la santé dans le cadre de la réforme de l'Etat
L'exemple alsacien.*

2. <i>Des champs de compétence renforcés pour ses nouvelles missions.....</i>	<i>37</i>
B. Une stratégie adaptée à ses missions.....	40
1. <i>Le projet régional de santé : véritable cadre d'action de l'ARS.....</i>	<i>40</i>
2. <i>L'application de la stratégie à travers les schémas et les programmes.....</i>	<i>42</i>
§2. Le choix de l'échelon régional avec un ancrage territorialisé.....	45
A. L'échelon régional, le plus pertinent pour le pilotage.....	46
1. <i>La fin du modèle départementaliste</i>	<i>46</i>
2. <i>La consécration de la régionalisation.....</i>	<i>48</i>
B. La mise en exergue des territoires de santé.....	50
1. <i>L'émergence de la nouvelle territorialisation de la santé.....</i>	<i>51</i>
2. <i>Le pilotage infrarégional à travers les territoires de santé.....</i>	<i>53</i>
Chapitre II. Les effets de l'action de l'ARS : une institution tournée vers la rationalisation mais jouissant d'une autonomie limitée.....	56
Section I. La promotion d'une voie productiviste de gestion.....	58
§1. Le renforcement d'une logique technoscientifique.....	58
A. Le bouleversement de la gouvernance hospitalière.....	59
1. <i>L'effacement des élus locaux : du conseil d'administration au conseil de surveillance.....</i>	<i>59</i>
2. <i>Le renforcement des techniciens : du conseil exécutif au directoire.....</i>	<i>61</i>
B. Le pouvoir de contrôle étendu de l'ARS.....	63
1. <i>Le contrôle direct de l'ARS sur les établissements.....</i>	<i>63</i>
2. <i>Le contrôle indirect de l'ARS sur les établissements.....</i>	<i>65</i>
§2. L'avènement de leviers inédits pour favoriser la performance.....	67
A. Le renforcement de la contractualisation.....	68

*La gouvernance régionale de la santé dans le cadre de la réforme de l'Etat
L'exemple alsacien.*

1. <i>Le CPOM entre l'ARS et les établissements : une relation inégalitaire</i>	68
2. <i>Le contrat de pôle : un instrument de management</i>	70
B. Les systèmes d'information de santé.....	73
1. <i>Les acteurs : l'ANAP et l'ASIP</i>	73
2. <i>L'application : la politique d'« e-santé »</i>	75
Section II. Une agence puissante et aux ordres	77
§1. La faiblesse des contre-pouvoirs venant des professionnels de santé et des patients.....	78
A. L'influence relative des professionnels de santé.....	78
1. <i>L'encadrement de l'activité des médecins</i>	80
2. <i>La mise à l'écart des médecins de la gouvernance hospitalière</i>	81
B. La timidité de la démocratie sanitaire.....	84
1. <i>Un organe de réflexion et de débats</i>	84
2. <i>L'absence de pouvoir de décisionnel</i>	86
§2. L'importance de l'Etat à l'égard des ARS.....	88
A. Les relations avec les autres représentants de l'Etat.....	89
1. <i>La concurrence avec les préfets de département</i>	89
2. <i>La coopération avec les préfets de région</i>	91
B. La relation hiérarchique entre l'agence et le ministère de la santé.....	93
1. <i>L'application de stratégies décidées au niveau national</i>	93
2. <i>La relation hiérarchique entre le directeur et le ministre</i>	95
CONCLUSION	98
ANNEXES	99
TABLES DES ABREVIATIONS	102

TABLE DES MATIERES.....	104
SOURCES ET BIBLIOGRAPHIE.....	108

SOURCES

Entretiens

- Emmanuel Gouault, directeur adjoint de la CARSAT Alsace
- Sylvaine Goulaud, directrice de la protection et de la promotion de la santé au sein de l'ARS Alsace

Sites officiels

- ANAP: <http://anap.fr>
- ASIP: <http://asip.gouv>
- ARS: <http://ars.sante.fr>
- Assurance Maladie : <http://ameli.fr>
- IRCAD : <http://www.ircad.fr>
- Mutuelle Sociale Agricole : <http://www.msa.fr>
- Régime Social des Indépendants : <http://www.rsi.fr>

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages

Santé publique et droit de la santé

- Bergoignan-Esper, Claudine, Dupont, Marc, Paire, Christian, *Droit hospitalier*, Dalloz, 2007
- Clément, Jean-Marie, *Histoire des réformes hospitalières sous la Ve République*, Les Etudes Hospitalières, Les Etudes hospitalières, 2010
- Clément, Jean-Marie, *La nouvelle loi Hospital Patients Santé Territoires: Analyse, critique et perspectives*, Les Études hospitalières, 2009
- Clément, Jean-Marie, *Panorama critique des réformes hospitalières de 1789 à nos jours*, LEH, 2007
- Couty, Edouard, Kouchner, Camille, Laude, Anne, et Tabuteau, Didier (dir), *La loi HPST : regards sur la réforme du système de santé*, Presses de l'EHESP, 2009

*La gouvernance régionale de la santé dans le cadre de la réforme de l'Etat
L'exemple alsacien.*

- Devreese, Emmanuel, *Droit de la santé et réformes hospitalières*, Vie professionnelle, Demos, 2011
- De Forges, Jean-Michel, *Le Droit de La Santé*, Que Sais-je?, PUF, 2006
- Holcman, Robert, *Droit hospitalier: manuel de gouvernance hospitalière*, Les Indispensables, Berger-Levrault, 2010
- Laude Anne, Bertrand Mathieu, Tabuteau, Didier, *Droit de la santé*, 3e édition, PUF, Paris 2012
- Mas, Bertrand, Pierru, Smolski, Frédéric (dir.), *L'hôpital en réanimation: le sacrifice organisé d'un service public emblématique*, Savoir-agir, Editions du Croquant, 2011
- Moquet-Anger, Marie-Laure, *Droit hospitalier*, LGDJ, Lextenso, 2010
- Morelle, Aquilino, Tabuteau, Didier, *La santé publique*, Que Sais-je?, PUF, 2011

Autres

- Cornu, Gérard, *Vocabulaire juridique*, Association Henri Capitant, Quadrige-PUF, 9^{ème} édition, 2011
- Montesquieu, *De l'esprit des lois*, Flammarion, 1748
- Waline, Jean, *Droit Administratif*, 23^{ème} édition, Dalloz, 2010

Articles

Actualité et dossier en santé publique

- Bellanger, Martine, Jourdain, Alain 'Les agences dans le système de santé. un nouveau paysage institutionnel?', *Actualité et Dossier en santé publique*, n°74, 2001
- De Lacaussade, Gilles, 'Les agences régionales de santé: missions et organisation', *Actualité et Dossier en santé publique*, n°74, 2011
- Nicolas, Christian, 'Les Programmes Régionaux de Santé', *Actualité et Dossier en santé publique*, n°30, 2000

Enfances et psy

- Pierru, Frédéric, « Hospital Inc. », *Enfances & Psy* 2/2009

Droit administratif

- Guignard, Daniel, 'L'Agence Régionale de Santé, son directeur général et le pouvoir hiérarchique des ministres', *Droit administratif*, n° 4, Avril 2013, comm. 32.

Hérodote

*La gouvernance régionale de la santé dans le cadre de la réforme de l'Etat
L'exemple alsacien.*

- Amat-Roze, Jeanne-Marie, 'La territorialisation de la santé : quand le territoire fait débat,' *Hérodote*, n°143, 2011
- Bonnici, Bernard 'Etablissements de santé et territoire', *Hérodote*, Hors-série 2009
- Giblin Béatrice, 'Santé Publique et Territoires', *Hérodote*, La Découverte, n°143, 2011

La semaine juridique Administrations et Collectivités Territoriales

- Vioujas Vincent, 'L'autonomie des agences régionales de santé : premières précisions jurisprudentielles', *La Semaine Juridique Administrations et Collectivités territoriales*, n° 5, 28 Janvier 2013

Le journal de l'école de Paris du management

- De Pourville, Gérard « La crise d'identité des médecins face au nouveau management de l'hôpital », *Le journal de l'école de Paris du management* 6/2010 (N°86)

L'information psychiatrique

- Eynaud, Michel, « Contribution à la réflexion sur la réforme de l'hôpital. À propos des limites de la loi HPST », *L'information psychiatrique* 2/2009 (Volume 85), p. 117.

Revue de droit sanitaire et social

- Bourdair-Mignot Camille, 'Téléconsultation : Quelles exigences ? Quelles pratiques?', *Revue de droit sanitaire et social*, n°06/2011
- Cristol Danièle, 'Prévention et Santé Publique dans la loi HPST', *Revue de droit sanitaire et social*, n°5/2009
- De Lard, Brigitte, Tanguy, Hervé, 'Le nouveau pilotage régional du système de santé par les agences régionales de santé', *Revue de droit sanitaire et social*, n°06/2009
- Lecat, Donatien, 'L'administration provisoire des établissements sociaux et médico-sociaux', *Revue de droit sanitaire et social*, n°3/2010
- Grynbaum, Luc, 'La responsabilité des acteurs de la télémédecine', *Revue de droit sanitaire et social*, n°06/2011
- Tabuteau Didier, 'Politiques de santé et territoire', *Revue de droit sanitaire et social*, Territoire et santé, hors-série 2009
- Lafore, Robert, 'Les « territoires » de l'action sociale : l'effacement du modèle « départementaliste »?', *Revue de droit sanitaire et social*, n°1/2011

Revue française d'action sociale

*La gouvernance régionale de la santé dans le cadre de la réforme de l'Etat
L'exemple alsacien.*

- Lafore, Robert, 'La décentralisation de l'action sociale, l'irrésistible ascension du «département-providence»', *Revue française de l'action sociale*, n°4/2004

Revue française d'administration publique

- Lafarge, François, 'La révision générale des politiques publiques : objet, méthodes et redevabilité', *Revue française d'administration publique*, n°2010/04
- Lafarge, François, Le Clainche, Michel 'La Révision Générale des Politiques Publiques', *Revue française d'administration publique* n°2010/4
- Kamel, Wassim, 'La nouvelle organisation de l'Etat en région', *Revue française d'administration publique*, n°2010/4

Santé publique

- Bréchat, Pierre-Henri et al. « Des pôles d'activités hospitaliers entre gestion de la crise et mise en œuvre d'une politique de santé publique », *Santé Publique* n°5/2010
- Devictor, Bernadette, « Les conférences régionales de santé et de l'autonomie (CRSA) : qu'en sera-t-il de la démocratie sanitaire en région ? », *Santé Publique* n°1/2010
- Saout, Christian, 'La régionalisation de la santé: une chance pour la démocratie sanitaire?', *Santé Publique*, n°2/2010

Rapports

- ARS Alsace :

Projet Régional de Santé 2011 - 2015 - Plan Stratégique Régional, 2011

Projet Régional de Santé d'Alsace 2012-2016

Rapport d'activité 2011

Rapport d'activité 2012

- ARS Guyane, *Rapport d'activité 2011*

- ARS Ile de France, *Rapport d'activité 2011*

- Bernier, Marc, *Rapport d'information n°1132 au nom de la mission d'information sur l'offre de soins sur l'ensemble du territoire déposé par la commission des affaires culturelles, familiales, et sociales*, Assemblée Nationale, 2008

- Bur, Yves, *Rapport d'information, en conclusion des travaux de la mission sur les agences régionales de santé*, Assemblée Nationale, 2008

- Cour des Comptes, *La Sécurité Sociale*, 2004

*La gouvernance régionale de la santé dans le cadre de la réforme de l'Etat
L'exemple alsacien.*

- Conférence Nationale de Santé :

Synthèse de l'avis du 29 novembre 2012 sur la démocratie sanitaire en région

*Synthèse de l'avis du 29 novembre 2012 sur la démocratie sanitaire en région -
Recommandations*

- EGOS, *Etats généraux de l'organisation de la santé (EGOS) synthèse des travaux des 2
journées nationales (8 février et 9 avril 2008)*, Ministère de la Santé, 2008

- Flajolet, André, *Mission au profit du gouvernement relative aux disparités territoriales des
politiques de prévention sanitaire*, Assemblée Nationale, 2008

- Institut de Recherche et d'Etudes en Economie de la Santé (IRDES), *Loi Bachelot Hôpital,
Patients, Santé et Territoires*, 2012

- Larcher, Gérard, *Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital*,
Sénat, 2008

- Ministère de la Santé, *Rapport au président de la république relatif à l'ordonnance no 96-
346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée*, 1996

- Ministère de la Santé, *Hôpital, patients, santé, territoires – Une loi à la croisée de
nombreuses attentes*, 2009

- OCDE, 'Heath at a Glance 2011: OECD Indicators', *OECD Publishing*, 2011

- Rapport annuel du Conseil d'Etat, *Les agences: une nouvelle gestion publique?*, 2012

- Ritter, Philippe, *Rapport sur la création des agences régionales de sante (ARS)*, Sénat, 2008

- Sénat *Rapport d'information fait au nom de la mission commune d'information sur les
conséquences de la Révision générale des politiques publiques pour les collectivités
territoriales et les services publics locaux*, 2010

- Zeggar, Hayet, Vallet Guy, Tercerie, Oriane, *Bilan de l'organisation en pôles d'activité et
des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé*, IGAS, 2010

Textes officiels

Lois

- *Loi N° 82-610 du 15 juillet 1982 d'orientation et de programmation pour la recherche et le
développement technologique de la France*

- *Loi N° 82-623 du 22 juillet 1982 modifiant et complétant la loi n° 82-213 du 2 mars 1982
relative aux droits et libertés des communes, des départements et des régions*

- *Loi N° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction
publique hospitalière*

*La gouvernance régionale de la santé dans le cadre de la réforme de l'Etat
L'exemple alsacien.*

- *Loi N°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme sanitaire*
- *Loi N° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé*
- *Loi N° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique*
- *Loi N° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie*
- *Loi N°2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales.*
- *Loi N° 2004-1343 du 9 décembre 2004 sur la simplification du droit*
- *Loi N° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires*
- *Loi N°2010-751 du 5 juillet 2010 relative à la rénovation du dialogue social et comportant diverses dispositions relatives à la fonction publique*
- *Loi N° 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi HPST du 21 juillet 2009*

Ordonnances

- *Ordonnance N° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée*
- *Ordonnance N° 96-344 du 24 avril 1996 portant mesures relatives à l'organisation de la sécurité sociale*
- *Ordonnance N° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation*
- *Ordonnance N° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé*

Codes

- Code de l'Action Sociale et des Familles
- Code de la Santé Publique
- Code de la Sécurité Sociale
- Code Général des Collectivités Territoriales

Exposé des motifs et projets de lois

*La gouvernance régionale de la santé dans le cadre de la réforme de l'Etat
L'exemple alsacien.*

- Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative, *Exposé des motifs du projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires*, 2008
- Sénat, *Projet de loi relatif à l'action sociale et médico-sociale*, 2000

Décrets

- *Décret n°64-793 du 30 juillet 1963 portant réorganisation et fixant les attributions des services extérieurs de l'Etat chargés de l'action sanitaire et sociale*
- *Décret n° 85-1353 du 21 décembre 1985 relatif au Code de la Sécurité Sociale*
- *Décret n°2009-1484 du 3 décembre 2009 relatif aux directions départementales*
- *Décret n°2009-1540 du 10 décembre 2009 relatif à l'organisation et aux missions des directions régionales de la jeunesse*
- *Décret n° 2010-348 du 31 mars 2010 relatif à la conférence régionale de la santé et de l'autonomie*
- *Décret n° 2010-346 du 31 mars 2010 relatif aux commissions de coordination des politiques publiques de santé*
- *Décret n° 2010-336 du 1er avril 2010 portant nomination des directeurs généraux des agences régionales de santé.*
- *Décret n° 2010-786 du 8 juillet 2010 relatif au pilotage national des agences régionales de santé.*
- *Décret n° 2010-885 du 27 juillet 2010 relatif au détachement sur un contrat de droit public des fonctionnaires dirigeant un établissement mentionné à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière*

Arrêtés

- *Arrêté du 8 septembre 2009 portant approbation de la convention constitutive d'un groupement d'intérêt public.*
- *Arrêté ministériel du 23 octobre 2009 d'approbation de la convention constitutive de l'ANAP.*

Circulaires

- *Circulaire N°DHOS/O/2004/101 du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération*

Jurisprudence

*La gouvernance régionale de la santé dans le cadre de la réforme de l'Etat
L'exemple alsacien.*

Conseil Constitutionnel

- *Décision n° 2009-584 DC du 16 juillet 2009*

Conseil d'Etat

- *CE, Section, 7 février 1936, Jamart (n° 43321)*

- *CE, 12 décembre 2012, Syndicat des médecins inspecteurs de santé publique (n°354635).*

- *CE, 12 décembre 2012, Syndicat national des établissements et résidences privés pour les personnes âgées (n° 350479).*

Cour administrative d'appel

- *CAA Marseille, 24 février 2005, N°00MA01682, Société Gériastar.*