

Loi « Hôpital, patient, santé et territoire » : Des Agences régionales de santé à responsabilités limitées ?

Par Gérard ARCÉGA

Président honoraire association des anciens élèves de l'EN3S

On semble avoir en France une conception parfois curieuse de la régionalisation : faute de décentraliser la gestion du système de santé (mais comment régionaliser ce qui dans les faits n'est peut-être pas vraiment une « gestion » ?), on a plus ou moins régionalisé en 1997 l'Assurance maladie avec les URCAM (Unions régionales des Caisses d'Assurance maladie), ou la tutelle étatique avec les ARH (Agences régionales de l'hospitalisation), les deux étant censés être réunis prochainement dans les Agences régionales de santé, les ARS. Pire encore, on envisage (et même on a testé dans certaines régions), une décentralisation véritable mais partielle en demandant, par exemple, aux Elus de participer aux investissements hospitaliers, mais seulement aux investissements. Cette situation ne peut qu'accroître les revendications de ces derniers, sur-légitimées par cette participation aux investissements, mais nullement freinées par l'inflation de dépenses pérennes de fonctionnement et surtout de personnels, que ces revendications ne manquent généralement pas d'entraîner.

Mais régionaliser une inorganisation ne fait jamais que constituer une inorganisation régionale. Les projets actuels se veulent plus ambitieux. Les rapports du parlementaire Yves Bhur et du Préfet Philippe Ritter, avaient proposé de fondre dans une Agence régionale de santé l'ensemble des structures qui ont en charge actuellement les secteurs ambulatoires, hospitaliers et même le secteur médico-social. On a supposé que la création d'un exécutif régional fort, qui reprendrait la plupart des responsabilités actuellement dispersées au sein de plusieurs instances, permettrait de résoudre les problèmes : mais la « force » peut-elle remplacer une organisation défaillante ?

Aucun des deux rapports ne s'est penché spécifiquement sur la gestion des revenus de remplacement, dont la gestion est actuellement éclatée entre quatre institutions au moins (les Cram, les Cnam, les Assedic et les caisses de retraite dite « complémentaires »). Personne n'évoque une responsabilisation effective dans la perception et la gestion des recettes par les futures ARS. Comment se fera le lien entre le prélèvement et la dépense ? Faut-il en déduire que les acteurs qui dépensent l'argent des cotisations resteront toujours irresponsables du recouvrement des recettes et de l'équilibre de l'ensemble ?

Il y a deux méthodes pour mettre en œuvre des restructurations sanitaires : la méthode « amont », qui est celle par exemple des Scandinaves : on donne l'offre de soins à gérer aux Elus régionaux, à charge pour eux de les financer (hors une part de mutualisation nationale). Dans ce cas les Elus, contraints d'offrir le meilleur service au meilleur coût, car ils en payent les conséquences fiscales et électorales, conduisent eux-mêmes les restructurations avec un certain entrain. L'autre méthode est la méthode dite « aval », c'est la méthode française : on dilue les responsabilités, et on nomme des sortes de super préfets sanitaires en les sommant aujourd'hui de mettre en œuvre des restructurations douloureuses, qu'on leur demandera demain pour ce qui concerne les hôpitaux d'interrompre pour cause de manifestations, avec à leur tête des Elus locaux qui n'ont aucun intérêt à voir disparaître des emplois locaux qu'ils ne financent pas. La création des ARS telle qu'elle est envisagée ne change rien à cette affaire, si ce n'est qu'elle renforce un peu le barrage « aval », sans trop d'illusions à se faire si on est un peu clairvoyant, quand on connaît la puissance des groupes de pressions de toute nature, le plus souvent soutenus par les médias. Au demeurant, comme on pouvait s'y attendre, le Parlement propose déjà des mesures pour encadrer le pouvoir des gestionnaires.

Le projet : des Agences régionales de santé multipolaires, et une gouvernance hospitalière recentrée autour de l'exécutif

Le projet de Loi prévoit que Les ARS disposeraient des compétences actuelles des ARH, du volet sanitaire et médico-social des services de l'Etat, et de certaines compétences de l'Assurance maladie. Leurs organes de gestion en seront le Directeur général, le Conseil de surveillance, présidé par le Préfet de région et composé de représentants de l'Etat, de conseillers des caisses du régime général, et d'administrateurs du RSI et de la MSA, de représentants des collectivités territoriales, de personnalités qualifiées et de représentants des usagers. Ce conseil de surveillance serait doté de prérogatives limitées : « il émet annuellement un avis sur les résultats de l'action menée par l'Agence ». Ces prérogatives ont paru tellement limitées que les parlementaires tentent évidemment de les renforcer. La conférence régionale de santé a un rôle de proposition, elle émet un avis sur le plan régional stratégique de santé et elle a compétence pour évaluer les conditions dans lesquelles sont appliqués et respectés les droits des personnes malades et des usagers du système de santé.

Les Agences devaient établir un projet régional de santé, et un programme pluriannuel régional de gestion du risque « avec les organismes et services d'Assurance maladie » de son ressort. Ce programme est « déterminé conjointement par le directeur général de l'agence et les directeurs des organismes et services d'Assurance maladie dans le respect des dispositions régissant leurs compétences ». Ce programme « reprend les actions devant être mises en œuvre par les organismes et services locaux d'Assurance maladie et définies par leur organisme national ». Il n'est pas impossible après tous les débats, que les ARS se contentent finalement de décliner des programmes nationaux.

Le projet de Loi prévoyait également de réorganiser la gouvernance hospitalière, sans asseoir pour autant la gestion des établissements sur un support politique régional légitime, ce qui la condamne donc à toutes les limitations possibles qui vont être exigées par tous les groupes de pression. Les compétences du directeur sont significativement renforcées, mais risquent bien d'être finalement très encadrées par les médecins et les Elus, et la liste n'est pas limitative.

Les ARS ainsi conçues auront-elles des responsabilités limitées ?

Peut-on dire que les ARS géreront vraiment le système de santé ? Ou va-t-on se limiter à reconduire en un seul lieu des compétences actuelles, limitées à la gestion plus ou moins serrée de l'offre d'un côté, et au suivi toujours difficile des dépenses de santé de l'autre ?

On notait un renforcement de quelques outils d'incitation à la restructuration hospitalière tel que le rôle de coordination de l'évolution du système hospitalier par redéploiement de services, d'activités ou d'équipements hospitaliers donné au directeur de l'ARS. Il n'est pas impossible que les restructurations en cause soient finalement abandonnées à la bonne volonté des établissements. La Loi prévoyait également un renforcement de l'utilisation du numerus clausus. Le nombre d'internes à former par spécialité serait déterminé par arrêté ministériel, compte tenu de la démographie médicale dans les différentes spécialités et de l'évolution au regard des besoins de prise en charge spécialisée. Ce n'est pas la première fois qu'on tente une telle mesure : la dernière tentative qui remonte aux années 80, avait succombé aux manifestations. Celle-ci aurait déjà succombé aux pressions médicales. Au demeurant, on ne distinguait pas exactement dans le projet de Loi les possibilités que peut donner l'instauration d'un « schéma régional d'organisation des soins » en matière de gestion régionale de l'offre médicale ambulatoire.

La création d'agences qui auraient en charge la plupart des compétences dispersées aujourd'hui entre plusieurs acteurs mettrait certes un peu de cohérence dans ce système. Mais ces agences, qui auraient en tout état de cause des compétences guères plus élargies que celles dont disposent les institutions actuellement en place, risquent fort, (même et surtout avec des directeurs dotés de pouvoir peut-être un peu plus importants) de subir de fortes pressions locales (et même nationales), et d'être confrontées en permanence à ce qu'un des rapports appelait le « marchandage de la répartition des enveloppes ».

Si les dépenses dérivent toujours, qui en sera responsable ? Les directeurs des ARS ? Peut-on raisonnablement considérer que quelques hommes seront demain à eux seuls tenus pour responsables du déficit de la Sécu ?

Les débats se sont au départ cristallisés presque essentiellement sur les enjeux de pouvoir entre les services de l'Etat et ceux de l'Assurance maladie. Sous l'impulsion de la direction actuelle de la Caisse nationale, les caisses ont commencé à obtenir une diminution ou une stabilisation des dépenses qu'elles ont eues pour objectif de maîtriser. En sera-t-il de même sous la tutelle des ARS ?

Limites et confusions de la responsabilité des ARS telles que prévues par la Loi

Des responsabilités enchevêtrées

A ce jour encore, l'Etat répartit les finances des établissements de soins par l'intermédiaire des ARH. Il est censé être responsables de toutes les dépenses ambulatoires non déléguées à l'Assurance maladie; enfin il gère l'offre de soins à travers les divers *numerus clausus* et les SROSS, ainsi que les grands équilibres financiers proposés au vote parlementaire.

En pratique, les hôpitaux sont gérés sur le terrain par des directeurs nommés par l'Etat, mais responsables devant un conseil d'administration jusqu'alors présidé par les Elus, et financés par l'Assurance maladie. La gestion de l'offre de soins s'est heurtée à des oppositions diverses avec les résultats que l'on sait. Quant à l'Assurance maladie, il y a une ambiguïté de plus en plus grande dans les rôles respectifs des partenaires sociaux et de la direction nationale, nommée par l'Etat. Les directeurs de Caisse primaire ont toujours été un peu étonnés de voir des représentants de la Cour des Comptes, qui critiquent beaucoup les dérives de leur Institution, en prendre à l'occasion la direction, et encore plus de voir des membres de cabinet ministériels, nommés par les gouvernements à la tête de la CNAMTS, devenir soudainement des défenseurs convaincus de la gestion par les partenaires sociaux, quand ils ne vont pas ensuite défendre les intérêts des assureurs privés ou de la Mutualité.

Dans tout cela qui était responsable, de quoi au juste et qui est légitime ? Cet enchevêtrement de responsabilités, encore plus confus, si on y ajoute le rôle des assurances complémentaires, a pour conséquence qu'il est difficile d'imputer la responsabilité des dérives des dépenses à tel ou tel acteur, les professionnels de santé et les gestionnaires des établissements profitant des divisions et de ses incohérences, et chacun accusant l'autre d'en être la cause.

Les URCAM et les ARH, qui ont été ajoutées au puzzle existant sans en revoir la construction, se sont donc rapidement heurtées à des obstacles incontournables, en dépit de la qualité de leurs équipes. Les premières se sont un peu enlisées dans la bureaucratie consécutive à la complexité des instances et les secondes ont été limitées dans leur action par les pressions sociales, politiques ou médiatiques, les cantonnant à des restructurations effectives peut-être, mais dont on peut se demander si elles ont été à la mesure des enjeux.

Les futures ARS vont-elles améliorer cette situation ? En dépit de la fuite en avant vers le renforcement des pouvoirs exécutifs, et malgré le rassemblement au sein de la même instance de la plupart des décideurs plus ou moins dépouillés de leurs prérogatives actuelles, il est à craindre que les mêmes causes produisent les mêmes effets.

Quelle collaboration possible entre ARS et CPAM ?

Premier constat, une nouvelle fois on ne régionalise pas tout à fait la gestion d'un système de santé, mais les instances de tutelle de l'Etat, et les Assureurs para-publics.

Deuxième constat, on régionalise sans responsabiliser les Elus régionaux au passage, ce qui n'est pas le moindre des paradoxes. Il s'agit, comme on le disait autrefois, non point d'une décentralisation, mais d'une sorte de déconcentration administrative.

Troisième constat : les ARS auraient du mettre dans le même panier, celui du conseil de surveillance, tous les acteurs plus ou moins concernés : Le Préfet de région, qui préside, des représentants de l'Etat, des Conseillers des caisses du régime général, et d'administrateurs du RSI et de la MSA, des représentants des collectivités territoriales, des personnalités qualifiées et des représentants des usagers et des représentants du personnel avec voix consultative. Ce conseil de surveillance était doté de prérogatives limitées : « il émet annuellement un avis sur les résultats de l'action menée par l'agence ». Bien évidemment ces prérogatives risquent fort d'être élargies par les parlementaires. La

conférence régionale de santé pour sa part a un rôle de proposition, elle émet un avis sur le plan régional stratégique de santé. En pratique, et comme on a déjà pu le constater, cet exercice peut surtout consister à faire remonter les demandes pressantes des différents groupes de pression de la région, qui cherchent légitimement à faire prioriser le secteur sanitaire qu'ils ont en charge ou dont ils représentent les intérêts.

Il est évidemment difficile d'écartier entièrement des ARS les acteurs qui sont actuellement investis – au moins formellement – d'un certain nombre de responsabilités dans la gestion. Il n'est d'ailleurs pas certains qu'ils vont se satisfaire d'un strapontin offert dans un conseil de surveillance présidé par le Préfet, qui donne un avis annuel. Parallèlement on a bien du laisser subsister à côté des ARS un réseau de Caisses primaires difficiles à nationaliser purement et simplement, même si on envisage de dépouiller au passage les CRAM de toute responsabilité dans le domaine de la santé. Il va donc falloir mettre en œuvre un exercice d'équilibriste afin que les Caisses primaires participent à la fois à un Plan de gestion du risque régional décidé par les ARS, et à un plan de gestion du risque national impulsé par la CNAMTS. Peut-on dire que les responsabilités sont désormais claires ? Le directeur de l'ARS devait avoir un rôle prépondérant, face à un conseil de surveillance et une conférence régionale de santé dont les rôles semblaient, au moins dans le projet initial, assez académiques, et face à des Caisses primaires qu'il devra instrumentaliser en partageant avec la CNAMTS, sans qu'on sache le poids politique qu'auront réellement les futurs directeurs de l'organisme national dans cette construction. Si on affaiblit les directeurs nationaux, ce qui n'est pas très difficile au moment de leur nomination, alors qu'ils dépendent déjà beaucoup plus de l'Etat que des partenaires sociaux, la messe est dite pour les Caisses primaires qui seront vite, si on peut se permettre le néologisme, « Agenceregionalisées ».

Tiendra-t-on vraiment pour responsables quelques dizaines d'hommes des futurs déficits de la Sécurité sociale ? Et si ce n'est pas le cas, qui le sera ?

Médecine de ville : Que pourrait être une véritable gestion régionalisée, tant en recettes qu'en dépenses ?

Une gestion des dépenses, mais aussi des recettes

Dans les pays où les systèmes de santé sont financés par l'impôt, les citoyens qui veulent prendre une assurance complémentaire privée parce qu'ils trouvent l'offre de soins publique trop rustique, cotisent en plus des impôts qu'ils payent. Mais ils peuvent difficilement remettre en cause leur contribution au service public de santé, car elle est noyée dans un impôt général. Si en France on rend la CGS ou les cotisations progressives, et si de surcroît on applique un peu trop témérairement des franchises côté dépenses aux seules classes moyennes ou aisées, au-delà d'un certain seuil, le risque de remise en cause de la solidarité devient grave.

Si on fiscalise le prélèvement qui finance la médecine de ville, on le rend progressif en écartant ce risque de remise en cause de la solidarité : il est alors noyé dans l'impôt direct, voire dans la TVA, qui comporte dans les faits une part de progressivité liée aux facultés de consommation de chacun. Mais quel que soit le choix, insistons sur la nécessité d'inclure l'actuelle cotisation dite patronale dans l'opération. La TVA sociale pourrait donc s'appliquer à ce secteur, mais à ce secteur seulement, la question étant ensuite posée de son affectation à la région ou à l'Etat ... ou aux caisses.

Les produits d'une TVA dite « sociale » pourraient être au moins partiellement régionalisés, les dépenses de santé étant de toute façon proportionnelles à la population et à la richesse d'un territoire. Le financement peut aussi rester national, ce qui oblige alors à mettre en œuvre le difficile exercice de la « répartition des enveloppes », auquel même les Espagnols ont renoncé, au profit d'une décentralisation du prélèvement.

Cela étant dit en préalable côté recettes de la médecine libérale, qu'en est-il côté dépenses ?

Un conventionnement régional

Les comparaisons internationales n'apportent que peu d'enseignement, car la majorité des pays qui ont une gestion « régionale » gère en réalité un système de santé en direct : il s'agit en général d'une version régionalisée du modèle britannique, avec des variantes plus ou moins importantes, s'agissant notamment du rôle des médecins généralistes, qui peuvent d'ailleurs rester libéraux dans ce type de gestion. Et dans les quelques pays où les régions gèrent une médecine de ville restée libérale, une assemblée nationale des conseils généraux se charge généralement de négocier des conventions qui restent nationales. Mais ces pays ont la dimension d'une région française. Concrètement, la médecine

de ville régionalisée en France reste à imaginer et à décrire un peu plus précisément, ainsi que ses avantages présumés.

Et si on veut vraiment intégrer la gestion de la médecine de ville dans des ARS, plutôt que s'en tenir à un hypothétique renforcement de la gestion nationale du numerus clausus, ne faut-il pas oser en toute cohérence un conventionnement régional, avec des tarifs de consultation, voire des modalités de paiement des honoraires différents ? Des gestionnaires régionaux responsables du financement auraient une faculté de résistance beaucoup plus grande aux demandes d'allègement des contraintes d'installation et de choix de spécialité. C'est le seul moyen d'en faire un outil de régulation des installations, et donc de gestion de l'offre efficace à court terme. A condition de n'appliquer des règles nouvelles qu'aux générations d'étudiants en médecine à venir, les régions sous dotées pourraient offrir des honoraires plus élevés pour attirer des médecins, et les régions où l'offre est déjà trop importante pourraient limiter les installations en surnombre, facteurs déterminant de dérive des dépenses et des comportements (et même déconventionner sans drame, l'installation « ailleurs » étant désormais possible). Chaque région pourrait de même ajuster son offre de spécialités médicales en fonction des besoins.

Dans la situation actuelle, et tant qu'on ne se résout pas à accepter des modalités de conventionnement plus souples, il est difficile de ne pas conventionner tous les professionnels de santé d'office, car ceux qui seraient exclus du système auraient leur patientèle non prise en charge alors qu'elle a cotisé. Mais un conventionnement régionalisé serait déjà un premier pas vers un peu plus de souplesse dans la gestion du système, notamment pour les dépassements, les régions sur-dotées pouvant par exemple refuser de conventionner les demandes d'installation en secteur 2

Un directeur d'Agence régionale de santé, même avec des pouvoirs renforcés, se heurtera aux mêmes contraintes qu'on connaît aujourd'hui. Un conventionnement régional permettant des installations dans d'autres régions rend possible ce qui est aujourd'hui ne l'est pas : une gestion du risque incluant au moins un peu mieux la gestion de l'offre à travers une contractualisation des conditions d'installation. Pour aller au-delà, il faut un conventionnement à plusieurs étages, mais c'est là un autre sujet, qui doit faire l'objet d'un autre chapitre.

Etablissements hospitaliers : que serait une véritable gestion régionalisée ?

Sur l'autre champ de compétences, comment va-t-on amener des élus toujours pas responsabilisés et toutes les forces vives locales, à accepter les restructurations hospitalières quand elles sont nécessaires ?

En France, répétons que l'hôpital était censé être géré par les Elus qui président les conseils d'administration, qu'il est doté par les représentants de l'Etat et payé par les Cnam qui n'ont pas grand mot à dire dans cette affaire, ou du moins qui n'en avaient guère jusqu'à l'avènement de la T2A. Tant que les hôpitaux étaient financés par la dotation globale, on payait en effet non pas des soins, mais des murs et des personnels, et que l'hôpital soit vide ou plein ne changeait guère le montant de la facture. L'existence de trois responsabilités éclatées n'a évidemment pas favorisé une gouvernance efficace. La nouvelle gouvernance hospitalière, telle qu'envisagée par la Loi « patient, santé et territoire » a cherché encore et toujours à renforcer le barrage « aval » pour contenir le flot de dépenses, en donnant un peu plus de pouvoir à l'exécutif hospitalier. Il n'est pas certain que cette démarche, pour louable qu'en soient les intentions, change beaucoup la donne si tant est d'ailleurs que les groupes de pression et les parlementaires ne la réduisent pas à une fonction symbolique. Peut-être faudrait-il s'inspirer un peu de l'exemple des autres pays, dans lesquels l'hôpital est directement géré – mais aussi et surtout financé – par les collectivités locales, qui ont donc par construction, intérêt à offrir le meilleur service sanitaire au meilleur coût, le tout sanctionné par des élections. (Dans ce cas naturellement l'Etat contribue pour une part destinée à compenser les inégalités régionales.)

Les réticences actuelles des Elus à gérer le secteur de la santé, pourraient plus difficilement résister à la délégation d'une vraie responsabilité, incluant la gestion des recettes.

Enfin, côté financement, pour le secteur hospitalier, au contraire de la médecine de ville, l'important est que le prélèvement soit visiblement affecté aux dépenses, et que chaque citoyen en soit conscient : un prélèvement régionalisé est dans cette perspective l'outil adéquat.

L'Assurance maladie pourrait continuer d'exercer avec tous ses moyens, les contrôles sur les établissements qui peuvent lui être délégués au sein même des ARS. Mais quelque soit le financeur ou le gestionnaire du risque, il aura en face de lui un véritable interlocuteur gestionnaire et responsable en la personne des élus, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui, et ce qui risque à terme d'affaiblir toute action, celle des directeurs d'agence comme celle des Caisses. Mais cela veut dire qu'il faut, d'une façon ou d'une autre, les Elus dans les ARS, mais en leur conférant un véritable pouvoir de gestion.

Faut-il des ARS dotées de chambres à géométries variables ?

Certes, l'héritage est lourd et confus, mais le paysage va-t-il vraiment s'éclaircir avec la nouvelle Loi, et surtout avec la nouvelle Loi amendée ?

Comment donner à l'Etat son rôle d'arbitre (et non de gestionnaire), comment responsabiliser les Elus locaux au passage (sachant que ce genre d'occasion ne se présente pas souvent), comment garder de l'Assurance maladie les moyens et les compétences ?

Dans une régionalisation authentique, en toute cohérence, la gestion de la médecine de ville devrait être confiée, comme celle des hôpitaux, aux Elus régionaux, tel que cela se pratique dans les pays Scandinaves, aussi bien avec des professionnels de santé libéraux installés en ville, qu'avec des médecins salariés dans des dispensaires de soins. Tout est possible dans un monde sans Totems ni tabous.

Mais il semble difficile de brutalement écarter l'Assurance maladie, ses moyens et ses compétences, sauf peut-être en créant en contrepartie un grand pôle de gestion des salaires de remplacement, rassemblant Caisses, Assedic, et Caisses de retraites obligatoires et complémentaires. Pour autant, c'est le commencement de ce chemin qu'on prend en envisageant de transformer les CRAM en « CRARPST » (caisses régionales d'assurance retraite et de protection de la santé au travail), et en réduisant le rôle des partenaires sociaux à quelques sièges dans un « conseil de surveillance » aux pouvoirs très limités au sein des ARS. Mais si on doit faire tout cela, il faut revoir toute la gouvernance, afin de redonner aux acteurs de la démocratie sociale l'autonomie à laquelle ils peuvent prétendre pour gérer toutes les prestations en espèces, y compris celles qui sont actuellement dans le champ des caisses primaires. C'est là un autre sujet, qui doit faire l'objet d'un chapitre sur une gouvernance apaisée.

Dans l'attente, ou faute de mieux, pour parvenir à faire cohabiter les organismes d'Etat et l'Assurance maladie, tout en responsabilisant les Elus au passage, peut-être faudrait-il, si on veut vraiment créer des ARS, se résoudre à pérenniser quelque peu l'antique clivage entre la gestion hospitalière et celle de la médecine de ville, tout en éclaircissant les rôles et en assurant la coordination entre les deux mondes. Il n'est pas tout à fait impossible au demeurant qu'on exagère quelque peu le problème de la « coordination des soins ville hôpital », ce thème ayant l'avantage d'être consensuel, et peu engageant en terme d'action.

Peut-être pourrait-on s'insérer dans le puzzle existant et en cours de construction sans tout bouleverser, au moins dans un premier temps, non pas en décidant de mettre en place un « exécutif fort » avec un directeur d'ARS aux pouvoirs supposés plus ou moins importants comme on l'imagine, mais au contraire en ne laissant au représentant de l'Etat que la compétence régalienne de tuteur, au dessus des élus locaux ayant en charge une véritable gestion des hôpitaux (c'est-à-dire le prélèvement du financement, la tarification à l'activité, le paiement et le contrôle qui peuvent être contractualisés par les Elus avec les Caisses), et des représentants de l'Assurance maladie ayant en charge une véritable gestion de la médecine de ville, c'est à dire un conventionnement (voire même un financement) régionalisé et une gestion du risque, le tout pouvant être impulsé par la Cnamts, mais mis en oeuvre au plus près du terrain, qui est local. Dès lors que le directeur de l'ARS est plutôt situé dans une posture de tuteur et d'arbitre, et non de gestionnaire, les craintes pour chacun des acteurs de disparaître dans un objet administratif régional mal identifié peuvent être apaisées au profit d'un investissement important dans la gestion du secteur qu'ils auront en charge.

Les ARS peuvent réunir l'ensemble de ces acteurs dans un établissement unique, mais composé de chambres avec des majorités variables selon le secteur considéré, tous les acteurs étant néanmoins

présents partout, afin d'assurer la coordination tant réclamée de l'ensemble, et de gérer en commun le partage par délégation contractualisée des moyens de tous. Cette solution donnerait de la légitimité aux Caisses siégeant au sein des ARS, tout en permettant de continuer à bénéficier de leur souplesse d'action. Le directeur arbitrerait au nom de l'Etat les objectifs de santé publique, et la contractualisation des moyens réciproques entre les acteurs opérationnels.

Les Elus seraient gestionnaires et donc responsables de l'équilibre financier du secteur hospitalier (quitte donc à contractualiser au sein même de l'ARS le contrôle de la T2A avec les Caisses, qui disposent des moyens). L'Assurance maladie serait responsable de l'équilibre du secteur ambulatoire (en disposant désormais d'un outil de conventionnement régionalisé). L'Etat serait responsable de la coordination de l'ensemble et, au bout du compte, du bon fonctionnement des ARS, dans une organisation qui sera de toute façon complexe, mais qui doit au moins tendre vers la plus grande cohérence possible.

Dans cette construction, qui certes conserve pour partie les répartitions actuelles de pouvoir et leurs ambiguïtés, mais les précise plus clairement, on peut un peu mieux situer les responsabilités des uns et des autres : Si demain les hôpitaux ne sont pas restructurés et toujours en déficit, les Elus en seraient alors responsables, et en assumeraient les conséquences financières et électorales. Si demain la gestion du risque de la médecine de ville n'a pas de résultats, les responsables en seraient les acteurs de l'Assurance maladie. Si demain les acteurs concernés n'auraient pas su coordonner l'ensemble, et articuler la mise en œuvre de leurs moyens, les directeurs d'ARS et donc l'Etat en seront tenus pour responsables.

Gérard ARCEGA

Président honoraire association des anciens élèves de l'EN3S

12 mai 2009