

## **Dossier**

# **La nouvelle gouvernance en santé**

En octobre 2009, se tenait le Congrès de la Société française de santé publique sur le thème de la nouvelle gouvernance en santé. Ayant réuni près de 1 000 personnes, le congrès fut l'occasion pour les professionnels de la santé publique d'échanger autour de ce thème, notamment lors des conférences plénières.

La Revue *Santé publique* a souhaité poursuivre les débats engagés lors du congrès par la publication de cinq articles issus d'interventions en conférences plénières.

# Loi « Hôpital, patients, santé et territoires » (HPST) : des interrogations pour demain !

*Hospitals, patients, health and territories (the HPST bill): questions and issues for the immediate future!*

Didier Tabuteau <sup>(1)</sup>

Le secteur de la santé connaît depuis quelques années un véritable prurit législatif. De 2004 à 2009, le Parlement a voté une douzaine de lois consacrées à la santé ou à l'assurance maladie, sans compter les cinq lois de financement de la sécurité sociale (LFSS) et une loi organique relative aux LFSS [10]. De surcroît, neuf ordonnances réformant l'action sanitaire ont été publiées pendant la même période. Pourtant l'année 2009 restera marquée par l'adoption d'un texte emblématique. La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires <sup>(2)</sup> est déjà entrée dans l'histoire juridique et politique de la santé sous son sigle HPST, au point sans doute de priver Roselyne Bachelot du privilège de ministre éponyme.

La portée de la loi est patente [4]. C'est tout d'abord une loi volumineuse. Elle affecte à travers ses 91 pages de Journal Officiel et ses 135 articles des pans entiers de la législation sanitaire. Plus de 800 articles de différents codes et 12 lois sont modifiés, complétés ou cités par ses dispositions ! C'est surtout une loi ambitieuse comme en témoigne l'intitulé de ses quatre titres : modernisation des établissements de santé, accès de tous à des soins de qualité, prévention et santé publique et organisation territoriale du système de santé. Mais, c'est aussi une loi paradoxale et donc mystérieuse. Loi d'organisation, elle ne comporte que peu de dispositions relatives à la régulation du système et se présente comme une boîte à outils dont toutes les utilisations sont possibles. Avant d'en examiner les lignes de force, il est possible, dans un exercice de prospective, d'imaginer deux scénarios extrêmes d'application de la loi HPST.

## Deux scénarios pour une loi

### Le scénario de la renaissance

Dès l'été 2010 les ARS sont opérationnelles, les services de l'assurance maladie et de l'État se sont répartis harmonieusement grâce au talent des préfigurateurs. Les premiers projets régionaux de santé ont été portés par

(1) Responsable de la chaire santé de Sciences po et du Centre d'analyse des politiques publiques de santé de l'EHESP, codirecteur de l'Institut Droit et Santé de l'Université Paris Descartes. Vice-président de la Société française de santé publique.

Chaire santé Sciences Po, 13, rue de l'Université, 75007 Paris.

(2) N° 2009-879.

l'enthousiasme de la création des agences. En 2015, les schémas régionaux d'organisation des soins, de prévention et médico-social ont enfin équilibré les structures de santé et l'allocation des crédits de l'État et de l'assurance maladie. La politique de santé repose sur ses quatre pieds : la prévention, le secteur hospitalier, la médecine de ville, le médico-social.

La santé publique est devenue le pivot de la programmation en santé. La prévention des pathologies représente un tiers des interventions sanitaires. Depuis la loi de 2009, la lutte contre l'obésité, les maladies infectieuses, l'alcoolisme comme la prise en charge des maladies chroniques ont été transformées. Les équipes de prévention ont oublié les années noires où les crédits pour l'éducation pour la santé et la promotion de la santé s'étiolaient au gré des régulations budgétaires. Le traité de prévention [1] de François Bourdillon est devenu un best-seller !

Les effets sanitaires et financiers de cette politique volontariste se font sentir et les comptes de l'assurance maladie s'améliorent. L'offre hospitalière repose sur des pôles d'excellence constitués d'établissements publics ou privés. Les hôpitaux publics se sont progressivement rapprochés dans le cadre de communautés hospitalières de territoire et ont noué des partenariats avec les établissements privés pour assurer une offre de soins satisfaisante dans l'ensemble des territoires de santé. Un tiers secteur – les établissements privés d'intérêt collectif – s'est développé et représente désormais avec les hôpitaux et les cliniques l'un des pôles reconnus du triptyque hospitalier.

Quant à la médecine de ville, le schéma régional d'organisation des soins lui a permis de se réorganiser en profondeur. Des pôles de santé se sont constitués. Médecine générale de premier recours et médecine de second recours ont rationalisé l'accès aux soins. L'exercice individuel et isolé tend à disparaître. Des équipes de professionnels se sont réparties les tâches dans le cadre des coopérations interprofessionnelles prévues par la loi de 2009 et utilisent pleinement les ressources de la télémédecine, de sorte que les effets de la baisse de la démographie médicale ne se font plus sentir.

Le système de santé a changé de visage. Les conférences régionales de la santé de l'autonomie jouent le rôle de véritables « parlements sanitaires » où sont débattues en toute transparence les priorités régionales de la politique de santé. Quant aux unions régionales des professions de santé, elles sont entrées dans une démarche de cogestion de l'assurance maladie avec les caisses, sous l'égide du programme pluriannuel régional de gestion du risque mis en place par la loi de 2009. Le tiers payant s'est généralisé, les tarifs opposables sont redevenus la règle et l'assurance maladie retrouve un rythme de croisière malgré les vicissitudes économiques.

C'est un scénario possible ! Mais un autre scénario est envisageable.

### **Le scénario de la dérive**

L'année 2010 a été marquée par les conflits sourds qui ont jalonné la mise en place des ARS. Les tensions au sein des structures réorganisées par la loi de 2009 comme les oppositions entre les services de l'État et ceux de l'assurance maladie ont laissé des traces qui ont mis plusieurs années à s'estomper. Plusieurs préfigurateurs ont été remplacés au cours de la première année et

bien des agences ont été constituées dans un climat délétère. Les premiers projets régionaux de santé ont été un échec. Ils se sont le plus souvent résumés à des schémas régionaux de l'organisation hospitalière.

La suppression du service public hospitalier par la loi de 2009 a permis de dissocier les missions de service public et de les répartir, au gré des circonstances, entre des opérateurs publics ou privés plus soucieux de concurrence que de complémentarité. Dans ce maelström hospitalier, les établissements commerciaux ont tiré leur épingle du jeu. Ils se sont portés candidats pour toutes les missions de service public susceptibles de renforcer leur capacité d'attraction pour les activités les plus rémunératrices. Ils ont dans cette démarche, bénéficié de l'enlèvement des hôpitaux publics, entraînés dans des querelles sans fin pour la constitution de communautés hospitalières de territoires, qui sont rapidement devenues des assistances publiques régionales, bureaucratiques et peu réactives.

Ce, d'autant que les médecins hospitaliers, après avoir vécu la nouvelle gouvernance comme une remise en cause de leur rôle à l'hôpital ont, après quelques conflits localisés, commencé à quitter les établissements publics pour rejoindre les chaînes de clinique dont les activités se diversifiaient et qui de surcroît assuraient, de plus en plus, des missions de recherche et de formation, notamment des jeunes médecins. La « fuite des cerveaux » hospitaliers a bouleversé les équilibres institués par la réforme Debré. Quant au secteur privé non lucratif, il a progressivement été mis en extinction au terme d'une concurrence inégale avec un secteur commercial irrigué de fonds propres.

Les équipes de prévention et de santé publique ont été au fil du temps dissoutes dans les agences sous la pression de la maîtrise des dépenses de santé et de la course en avant de la réorganisation des soins. Les schémas régionaux de prévention ne représentent que cinq à six feuillets des centaines de pages des projets régionaux de santé et aucun crédit supplémentaire n'a été dégagé. Qui plus est, des études épidémiologiques et sociologiques montrent que la libéralisation de la publicité pour l'alcool sur Internet portée par la loi de 2009, a considérablement développé l'alcoolisme des jeunes. En matière de sécurité sanitaire, le bilan est sombre. À plusieurs reprises, des conflits de compétence entre préfets et directeurs des ARS ont provoqué de véritables catastrophes dans la gestion de crises sanitaires.

La médecine de ville est de plus en plus absente de certains territoires ou quartiers depuis l'échec en 2015 des « contrats santé solidarité » qui devaient permettre de répondre aux besoins de santé des zones défavorisées. Le refus des médecins de signer de tels contrats ou de s'acquitter de la contribution forfaitaire annuelle prévue a marqué la fin du régime conventionnel issu de la loi de 1971. Dans leur bras de fer avec les caisses d'assurance maladie, les unions régionales des professionnels de santé ont imposé la liberté tarifaire pour tous les praticiens libéraux.

Les assurances complémentaires sont devenues les gestionnaires de la médecine courante – hors hospitalisation et ALD –, qu'elles sont les seules à prendre en charge. Le programme pluriannuel régional de gestion du risque est désormais élaboré entre les assureurs complémentaires et les agences régionales de santé. La loi de 2009 apparaît comme le symbole de la dérive du système de santé.

C'est un autre scénario possible...

Ces deux fictions illustrent les difficultés que l'analyste peut rencontrer à la lecture de la loi. De nombreuses dispositions du texte peuvent en effet être interprétées, et appliquées, de manière extrêmement positive ou dramatiquement négative. La loi potentialise les évolutions possibles. Elle peut accélérer les indispensables transformations du système et des politiques de santé. Elle peut aussi faciliter les remises en cause du système de solidarité dans un contexte économique particulièrement sombre. Pour en éclairer les enjeux, trois questions peuvent être posées.

### Trois questions pour une réforme

**La région est-elle appelée à rester un cadre d'action sanitaire ou peut-elle devenir un cadre de décision ?**

*La tradition de la santé sans l'État*

La création des agences régionales de santé doit être replacée dans la construction historique du système de santé en France. Depuis la Révolution française, l'action sanitaire a été placée sous la responsabilité des municipalités. La loi fondatrice des 16 et 24 août 1790<sup>(3)</sup> confie aux corps municipaux la police sanitaire et la loi du 16 vendémiaire de l'an V affirme la compétence communale pour les hospices [5]. L'hygiénisme du XIX<sup>e</sup> siècle conforte ce choix et fait des communes le pivot de l'action sanitaire comme en témoignent les lois du 13 avril 1850 sur les logements insalubres<sup>(4)</sup>, du 5 avril 1884 sur l'organisation municipale<sup>(5)</sup> et du 15 février 1902 sur la protection de la santé publique<sup>(6)</sup>. L'État n'est présent que par exception pour intervenir en cas de carence des communes<sup>(7)</sup> ou prendre en charge les menaces épidémiques<sup>(8)</sup>.

La création d'une assurance maladie à base professionnelle par les lois du 5 avril 1928<sup>(9)</sup> et du 30 avril 1930<sup>(10)</sup> et surtout l'institution de la sécurité sociale par les ordonnances de 1945<sup>(11)</sup> organisent une nouvelle sphère d'autonomie pour le traitement des questions de santé. La démocratie sociale tient à distance le pouvoir politique. En fait l'émergence tardive de

(3) Le décret sur l'organisation judiciaire confie à la « *vigilance et à l'autorité des corps municipaux* » la police sanitaire.

(4) La loi relative à l'assainissement des logements insalubres confie aux maires le pouvoir exceptionnel de prescrire travaux d'assainissement et d'enjoindre aux propriétaires de les exécuter.

(5) La loi consacre les compétences de police municipale parmi lesquelles la protection de la « *salubrité publique* ».

(6) L'article 1<sup>er</sup> de la loi relative à la protection de la santé publique prescrit l'établissement de règlements sanitaires municipaux.

(7) La loi de 1902 habilite le préfet à établir, en cas de carence, par arrêté préfectoral un règlement sanitaire municipal.

(8) La loi du 3 mars 1822 relative à la police sanitaire confie au roi le soin de déterminer « par des ordonnances... 3<sup>o</sup> les mesures extraordinaires que l'invasion ou la crainte d'une maladie pestilentielle rendrait nécessaires sur les frontières de terre ou dans l'intérieur ».

(9) Loi du 5 avril 1928 sur les assurances sociales.

(10) Loi du 30 avril 1930 modifiant et complétant la loi du 5 avril 1928 sur les assurances sociales.

(11) Ordonnance n° 45-2250 du 4 octobre 1945 portant organisation de la sécurité sociale ; ordonnance n° 45-2454 du 19 octobre 1945 fixant le régime des assurances sociales applicable aux assurés des professions non agricoles.

l'État ne se produit que sous l'empire de trois facteurs circonstanciels. La construction des sanatoriums et des hôpitaux marque son entrée progressive au XX<sup>e</sup> siècle et donne leur légitimité aux premières esquisses d'un ministère de la santé à partir de 1920. Mais c'est en réalité dans la seconde moitié du XX<sup>e</sup> siècle, que, sous couvert de planification hospitalière, l'État développe une politique d'organisation du système de soins. La question récurrente de l'équilibre des comptes de l'assurance maladie justifie à partir de la fin des années 60 de régulières incursions de l'État sur le champ de l'assurance maladie. Des ordonnances de 1967 au plan Juppé, les pouvoirs publics s'imposent comme le principal acteur de la régulation du système. Enfin les drames de santé publique de la fin du XX<sup>e</sup> siècle provoquent une transformation sans précédent du système de santé publique et consacrent la responsabilité incessible de l'État en matière de sécurité sanitaire.

### *La région cheval de Troie du pouvoir d'État*

Dans ce contexte, la circonscription régionale va servir de levier pour le déploiement de nouvelles compétences opérationnelles pour les services de l'État [11]. Les réformes du système de santé se placent, à partir des années 1980 dans le sillage du mouvement de décentralisation qui permet à la région de s'imposer tardivement dans la géographie institutionnelle de notre pays<sup>(12)</sup>. Mais elles se cantonnent explicitement dans une déconcentration des pouvoirs d'État au niveau régional. À aucun moment, une décentralisation des compétences sanitaires n'est envisagée.

Pour autant, l'ampleur du mouvement de régionalisation de l'intervention sanitaire publique est tout à fait remarquable [12]. Pas de réforme sur la santé depuis vingt ans qui ne fasse une place de choix à la lettre « R » [7]. Création en 1991 des SROS et des comités régionaux de l'organisation sanitaire et sociale, en 1993 des unions régionales de médecins libéraux (URML), en 1996 des ARH, des URCAM et des conférences régionales de santé, en 1998 des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins, en 2002 des conseils régionaux de la santé et des commissions régionales de conciliation et d'indemnisation (CRCI), en 2004 des groupements régionaux de santé publique (GRSP), des plans régionaux de santé publique (PRSP) et des missions régionales de santé. À quoi il faut ajouter les lois de financement de la sécurité sociale pour 2000, 2004 et 2008 LFSS, qui, plus discrètement, ont ouvert la possibilité pour les caisses d'assurance maladie de conclure avec les médecins, au niveau régional, des accords de bon usage des soins<sup>(13)</sup>, des contrats de bonne pratique<sup>(14)</sup>, des contrats de santé publique<sup>(15)</sup> et des contrats individuels<sup>(16)</sup>. L'institution des agences régionales de santé par la loi de 2009 marque, de ce point de vue, l'aboutissement d'un long processus [2, 3].

La région apparaît ainsi comme l'instrument privilégié de l'affirmation de l'État dans la régulation et le pilotage du système de santé. Elle lui a permis

(12) Loi n° 72-619 du 5 juillet 1972, loi n° 82-213 du 2 mars 1982, loi n° 83-8 du 7 janvier 1983 et loi n° 2004-809 du 13 août 2004.

(13) Article L162-12-17 du code de la sécurité sociale.

(14) Article L162-12-18 du code de la sécurité sociale.

(15) Article L162-12-20 du code de la sécurité sociale.

(16) Article L162-12-21 du code de la sécurité sociale.

de s'organiser sans remettre en cause directement les compétences d'autres acteurs, héritées de l'histoire, notamment la présidence des conseils d'administration des hôpitaux par les maires et le rôle prééminent des caisses d'assurance maladie et des syndicats médicaux dans le système conventionnel issu du « Yalta de la médecine de ville » de 1971.

### *L'impossible autonomie des ARS*

Avec les agences régionales de santé, une nouvelle étape décisive est franchie. D'abord par la concentration des pouvoirs sanitaires régionaux de l'État dans une structure unique. L'ARS met fin à l'illusion d'une structure hybride entre l'État et l'assurance maladie que la constitution des agences régionales de l'hospitalisation, sous forme de groupement d'intérêt public unissant les deux partenaires, avait pu représenter. La nouvelle agence est un établissement public de l'État à caractère administratif. Elle est placée sous la tutelle des ministres chargés de la santé, de l'assurance maladie, des personnes âgées et des personnes handicapées. Son directeur général, nommé par le gouvernement, exerce ses pouvoirs « au nom de l'État ». Il conclut avec les collectivités locales, « pour le compte de l'État », les conventions prévues par la législation. Il exerce des pouvoirs régaliens d'inspection et de contrôle, notamment en matière de sécurité sanitaire.

Les pouvoirs ainsi exercés au niveau régional ne devraient pourtant pas se traduire par une autonomie réelle des agences. Les dispositions de la loi HPST instituant les ARS rappellent d'emblée que celles-ci 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 infra régional : – des objectifs de la politique nationale de santé (...) ». Quant au projet régional de santé, il doit s'inscrire « dans les orientations de la politique nationale de santé » et se conformer « aux dispositions financières prévues par les lois de finances et les lois de financement de la sécurité sociale ».

Un comité national de pilotage des agences régionales de santé est d'ailleurs mis en place par la loi. Il doit leur donner des « directives pour la mise en œuvre de la politique nationale de santé sur le territoire » et veiller à la cohérence des politiques qu'elles mènent. La question qui se pose est moins celle du partage des compétences entre l'échelon national et les agences que celle du rôle respectif des structures ministérielles et des organismes nationaux d'assurance maladie, représentés dans le comité de pilotage, dans l'élaboration et la définition des politiques mises en œuvre par les agences. La création d'une agence nationale de santé avait été envisagée lors de la préparation de la loi mais le débat parlementaire a fait long feu sur ce point. Quoi qu'il en soit, l'autonomie des agences devrait être très mesurée, ce d'autant que le contexte économique et financier des prochaines années ne pourra manquer d'accroître encore les exigences nationales en matière de restructuration du système et de maîtrise des dépenses de santé.

Enfin, les ARS pourraient être confrontées dans leur gestion quotidienne à des difficultés liées au partage des compétences entre leurs directeurs généraux et les préfets. Présidents du conseil de surveillance des agences, les préfets de région auront une relation ambiguë avec ces établissements publics d'un genre particulier. Ils seront bien sûrs appelés à se prononcer sur les projets régionaux de santé élaborés par les agences, mais surtout des

conflits de compétence pourraient naître en matière de sécurité sanitaire et de gestion de crise. Ces compétences, sensibles et qui engagent la responsabilité personnelle de leurs détenteurs, sont partagées entre les deux autorités. On peut s'interroger sur l'articulation qui pourra être trouvée dans un domaine où la maîtrise de l'ensemble de la chaîne de sécurité est une nécessité. Il est en particulier étonnant que le texte ait prévu de placer les services de l'agence, et non l'agence dans son ensemble, sous l'autorité du représentant de l'État, en cas de menace de crise sanitaire.

**La région sera-t-elle le territoire d'expérimentation d'un nouveau modèle pour le système de santé ou apparaîtra-t-elle comme la plaque tournante de la confusion des secteurs ?**

Le foisonnement des dispositions de la loi HPST explique sans doute les réactions contrastées des acteurs du système de santé. Aux enthousiasmes des tenants de la réforme ont répondu les inquiétudes de nombreux secteurs professionnels ou associatifs : crainte de voir les missions de prévention et de promotion de la santé éclipsées par les préoccupations liées à l'organisation des soins, interrogations sur la place du médico-social dans des agences à vocation sanitaire, doutes sur la pérennité du caractère indicatif du schéma d'organisation pour la médecine de ville, réactions des médecins hospitaliers en réponse à la volonté d'imposer un « patron » à l'hôpital, interrogations des directeurs d'hôpital devant l'émergence d'un directeur d'ARS tout-puissant...

*La volonté de rationalisation du système de santé*

Loi d'organisation, la loi HPST témoigne d'une volonté de rationaliser le système de santé. Cela s'exprime d'abord par le souci, dans la lignée de la révision générale des politiques publiques (RGPP), de réorganiser et simplifier les structures de pilotage du système de santé et d'assurance maladie. Le bilan de la loi est sur ce point patent. La création des ARS, des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail, et des unions régionales des professionnels de santé (URPS), s'accompagnera de la suppression des ARH, des URCAM, des GRSP, des missions régionales de santé, des CRAM et des URML !

À cela s'ajoute l'ambition planificatrice du texte qui prescrit l'établissement dans chaque région d'un projet régional de santé comportant trois schémas d'organisation sanitaire, l'un pour la prévention, un autre pour les soins et un troisième pour le secteur médico-social. Qui plus est, les ARS se voient confier la responsabilité d'établir avec les caisses d'assurance maladie et les organismes complémentaires un programme pluriannuel régional de gestion du risque. Au-delà de la planification des moyens, il s'agit donc de coordonner les actions menées en matière de gestion du risque, c'est-à-dire de régulation de l'accès aux soins et des pratiques professionnelles mais aussi de maîtrise des dépenses de santé. Enfin les agences disposeront de leviers contractuels, notamment avec les établissements de santé et les collectivités locales et elles bénéficieront des multiples instruments de coopération hospitalière institués ou renforcés par la loi de 2009, comme les communautés hospitalières de territoire.



L'objectif affiché est le rééquilibrage du système de santé et la coordination de ses acteurs. L'unité de pilotage pourrait ainsi favoriser le développement de politiques et programmes de prévention dans le cadre du schéma régional de prévention et améliorer la continuité des soins, grâce à l'inclusion de la médecine de ville dans le schéma d'organisation sanitaire. De même, la programmation du secteur médico-social devrait gagner en cohérence et moins pâtir du cloisonnement juridique et budgétaire qui le sépare du secteur sanitaire.

Dans le même esprit, les statuts juridiques reconnus aux soins de premier et de second recours, aux pôles de santé, à la télémédecine, à la coopération entre professionnels ou à l'éducation thérapeutique, pourraient à l'avenir servir d'accroche à de nouvelles dispositions législatives favorisant leur développement, notamment en structurant leur financement. Enfin il est possible d'espérer que la réorganisation en cours conduira à une mise en cohérence et une amélioration de l'efficacité des systèmes d'information.

#### *L'absence de régulation en médecine de ville*

L'ambition réformatrice de la loi laisse pourtant subsister de sérieuses interrogations sur l'amélioration de la régulation du système de santé, particulièrement sur le champ de la médecine de ville. De ce point de vue, le texte de 2009 paraît très éloigné des principes qui avaient inspiré le rapport santé 2010 [8], élaboré en 1993 sous l'égide de Raymond Soubie. Ce rapport du groupe « Prospective du système de santé », réuni dans le cadre du Commissariat général du Plan avait, en effet, imaginé un « modèle pour 2010 » reposant sur la création d'« agences régionales des services de santé ».

Ces agences devaient réunir l'essentiel des compétences des DRASS et des CRAM et exercer un « contrôle hiérarchique sur un réseau d'antennes départementales, héritant d'une partie des attributions des DDASS et des CPAM ». En revanche les missions de santé publique, notamment de surveillance et d'intervention épidémiologique devaient être exercées par des services déconcentrés de l'État réorganisés. La mission des agences était donc la régulation. Des enveloppes régionales de financement devaient être fixées, après péréquation entre les régions, et les agences devaient garantir leur respect au moyen, notamment, de contrats pluriannuels conclus avec les producteurs de soins sur la base d'une mise en concurrence. Les agences devaient pouvoir mettre en œuvre des modes de rémunération différents selon les professionnels et les programmes de soins.

Tel n'est pas l'objet de la réforme de 2009. Aucune disposition concrète n'est prévue pour la régulation, tant territoriale qu'économique, de la médecine de ville. Tout au plus les agences pourront-elles, au terme d'un délai de trois ans après l'entrée en vigueur du schéma régional d'organisation des soins, proposer des contrats santé solidarité aux médecins exerçant dans les territoires en surdensité médicale pour les inciter à contribuer à l'offre de soins dans les zones déficitaires. Le rôle des unions régionales des professionnels de santé n'est, de même, pas placé sous le signe d'un objectif de cogestion des dépenses de santé. Enfin, aucun partenariat avec les associations de patients n'est prévu en cette matière.

### *La confusion des secteurs hospitaliers et assuranciers*

Mais l'aspect le plus inquiétant de la loi HPST pour l'évolution du système tient sans doute à la réforme en profondeur du secteur hospitalier à laquelle elle procède. La loi abroge d'abord la notion de service public hospitalier, introduite dans la législation sanitaire par la loi Boulin de 1970 [6]. Le principe d'un service public, exercé par les établissements publics ou des établissements privés à but non lucratif, entièrement dédiés à cette mission, disparaît du code de la santé publique. Désormais les missions de service public, définies par la loi, peuvent être attribuées indistinctement et séparément à différents acteurs du système de santé.

Un phénomène de « vaporisation » des missions de service public, favorisant, le cas échéant, les établissements commerciaux, ne peut dès lors être exclu. L'attribution de missions de service public aussi structurantes que la permanence des soins, l'accueil des urgences, l'enseignement universitaire ou la recherche, sera à l'avenir un enjeu fondamental pour l'équilibre du système de santé. Les restructurations à venir du secteur hospitalier pourraient ainsi modifier non seulement l'offre de soins mais également les principes d'organisation du système.

La question sera d'autant plus sensible que la loi HPST donne aux ARS un pouvoir sans précédent sur les hôpitaux publics. Bien sûr avec le renforcement des pouvoirs de « coordination de l'évolution du système de santé » de l'ARS qui lui permettront notamment de prononcer des fusions hospitalières ou de prendre « toutes les mesures appropriées » pour obtenir une convention de communauté hospitalière de territoire ou de coopération. Mais surtout en raison du pouvoir quasi hiérarchique que la loi établit entre le directeur de l'agence régionale et les directeurs d'hôpital à travers les compétences de nomination, d'évaluation de notation et de rémunération, qui lui sont dévolues.

Enfin la réforme de 2009 s'inscrit dans la filiation des lois adoptées depuis 2004 qui tendent à renforcer la place des assurances complémentaires dans la gestion et de pilotage du système de santé. L'accroissement des restes à charge sous le coup de l'évolution des dépassements tarifaires, de la hausse du ticket modérateur et de la création des forfaits et franchise, modifie subrepticement mais inexorablement les équilibres établis entre l'assurance maladie et les organismes de protection complémentaire.

Plus significatif encore, la loi du 13 août 2004 a amorcé un mouvement d'institutionnalisation de leur rôle avec la création de l'Union Nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOAMC). Plus récemment la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a admis la participation des assurances complémentaires à la négociation et à la conclusion d'accords conventionnels<sup>(17)</sup>. Or, la loi HPST confirme ce rapprochement de l'assurance maladie obligatoire et des assurances maladie complémentaires en prévoyant explicitement une concertation au niveau régional avec les organismes complémentaires pour l'élaboration du programme pluriannuel régional de gestion du risque<sup>(18)</sup>.

---

(17) Article 36 de la loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008.

(18) Article L1434-14 du code de la santé publique résultant de la loi HPST.

## **La région sera-t-elle un tremplin pour la technocratie sanitaire ou le creuset de la démocratie sanitaire ?**

### *La constitution d'un pouvoir technico-sanitaire*

La concentration des compétences sanitaires de l'État au niveau régional, dans un établissement public doté de moyens significatifs, devrait permettre de constituer des services d'État aptes à embrasser les problématiques foisonnantes et sensibles de la santé publique et de l'assurance maladie. Quand on se souvient des drames provoqués par la faiblesse, pour ne pas dire l'indigence, des services de l'État dans les années 1980 [9] et de la « carence fautive » sanctionnée par le Conseil d'État dans l'affaire du sang contaminé comme de l'amiante, on ne peut qu'espérer que ce mouvement ira à son terme.

Pour autant, il est permis de s'interroger sur les conséquences de ce renforcement de l'administration de la santé sur les processus de décision sanitaire. Les agences seront, pour assumer des compétences au spectre très large, inévitablement appelées à développer des instruments de pilotage, des processus de modélisation des choix sanitaires, des indicateurs, des bases de données et des outils d'aide à la décision. La tentation sera d'autant plus grande qu'il leur faudra asseoir leur légitimité technique dans un dialogue exigeant tant avec les autorités nationales qu'avec les collectivités locales et les acteurs régionaux de la santé.

La démultiplication des exercices de planification, l'élaboration et la mise en œuvre des programmes pluriannuels de gestion du risque, accentueront encore la nécessité d'une technicisation de la décision, dans un contexte de tensions budgétaires tout à fait exceptionnelles en raison des effets de la crise financière et économique. Dans ce cadre, le souci de la concertation, de l'association des différentes parties prenantes à l'élaboration des programmes et des décisions, sera un facteur clé de la capacité des agences à remplir leurs missions d'intérêt général.

### *Les timidités de la démocratie sanitaire*

En présence d'un exécutif fort comme le seront les ARS, la question des contre-pouvoirs ne peut manquer d'être posée. Les décisions de politique de santé appellent, du fait de leurs conséquences sur la vie de la population et de leur importance pour la vitalité du contrat social, un débat démocratique. La démocratie politique comme la démocratie sociale, contribuent à cette fonction de délibération publique. Pourtant les débats nationaux, notamment l'occasion de l'examen des projets de loi de financement de la sécurité sociale, comme les consultations obligatoires prévues par le droit de la sécurité sociale, ne suffisent pas à assurer l'expression des acteurs du système de santé et, plus généralement, de la population.

La démocratie sanitaire, consacrée par la loi du 4 mars 2002 sur les droits des malades, doit permettre d'enrichir le débat démocratique et de favoriser la participation des professionnels comme des usagers aux processus de décision en matière de santé. À cet égard, la réforme des conférences régionales de santé, transformées en conférences régionales de la santé et de l'autonomie par la loi HPST, a suscité de réels espoirs. Cette instance, pouvait au niveau régional, devenir l'enceinte naturelle de discussion des problématiques et décisions relevant de l'agence régionale de santé. Le

projet de loi du gouvernement n'a pas emprunté cette voie. Toutefois le débat parlementaire a enrichi le texte et confié à la CRSA des missions nouvelles.

La CRSA, dont les avis seront rendus publics, disposera d'une compétence générale de proposition sur l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de la politique de santé dans la région. Elle sera consultée sur le plan stratégique régional de santé et pourra organiser les débats publics sur les questions de santé. Enfin elle évaluera, comme le faisait la conférence régionale de santé, les conditions dans lesquelles sont appliqués et respectés les droits des personnes malades et des usagers. Il reste que cette conférence ne sera pas obligatoirement saisie pour toutes les décisions importantes d'allocation de ressources ou d'autorisation d'activités prises par l'agence et qu'elle ne disposera pas de moyens propres, pourtant indispensables à l'exercice de ses missions en toute indépendance.

Enfin il faut souligner que la « régionalisation » de la santé prévue par la loi HPST n'ouvre à aucun moment la perspective d'une compétence du conseil régional en matière de santé. La représentation des collectivités régionales dans les nouvelles agences est même en retrait par rapport à celle prévue pour les ARH. Il faut pourtant s'interroger sur la place de la collectivité territoriale, dont les représentants bénéficient de la légitimité du suffrage universel, dans la définition et la mise en œuvre de la politique de santé régionale. Au-delà de la question de la représentation des conseils régionaux dans les nouvelles instances, il faut sans doute engager une réflexion sur leur rôle dans les processus de décision et, pourquoi pas, dans les mécanismes de financement.

Parce que les besoins de santé sont profondément ancrés dans les territoires, parce que les pratiques professionnelles comme les comportements individuels, dépendent largement de facteurs régionaux, les instances politiques régionales ne devraient pas être absentes des dispositifs qui préparent l'avenir du système de santé. L'approche nationale des questions de santé retenue depuis quelques décennies n'a pas empêché l'accroissement des inégalités territoriales et sanitaires dans notre pays. L'expérience du régime Alsace-Moselle montre pourtant que, sans remettre en cause l'unité nationale, des modes d'organisation différenciés peuvent être utilement et efficacement mis en œuvre.

## **Conclusion**

Il est bien difficile de résumer les apports de la loi HPST pour l'évolution du système de santé et de pronostiquer les évolutions qu'elle va induire. Cette loi est, comme cela a été dit, profondément paradoxale. Elle peut apparaître comme l'aboutissement d'un long processus avec la création des ARS ou l'extension de la planification sanitaire. En réalité elle pourrait aussi être le signe annonciateur d'un grand maelström sur le système de santé et l'assurance maladie. Une certitude en tout cas, elle appelle d'autres lois dans les années qui viennent. Puisse le débat public s'emparer des enjeux de la politique de santé. Malgré la technicité des dispositions de la loi HPST, le temps n'est plus aux forums d'experts.

**BIBLIOGRAPHIE**

1. Bourdillon F. *Traité de prévention*. Paris ; Médecine-Sciences, Flammarion, 2009: 421 p.
  2. Bras PL. La création des ARS, notre système de soins sera-t-il encore mieux gouverné. *Droit Social*, novembre 2009: 1126-35.
  3. Chauvin F. De l'agence régionale de l'hospitalisation à l'agence régionale de santé. *Revue Droit Sanitaire et Social*. Paris ; Dalloz, Hors série, mars 2009 : 65-76.
  4. Couty E, Kouchner C, Laude A, Tabuteau D. La loi HPST : regards sur la réforme du système de santé. Rennes ; Editions de l'EHESP, 2009: 420 p.
  5. Moreau J, Truchet D. *Droit de la santé publique*, Dalloz, 6<sup>e</sup> édition, 2004: 261 p.
  6. Laude A, Mathieu B, Tabuteau D. *Droit de la santé*, 2<sup>e</sup> édition, PUF, 2009: 752 p.
  7. Régions et santé. Paris ; Presses de sciences politiques, *Sève, les tribunes de la santé*, n° 12, automne 2006 : 110 p.
  8. *Santé 2010 : Equité et efficacité du système de santé : les enjeux*. – Groupe « Prospective du système de santé » présidé par Raymond Soubie. Commissariat général du Plan. – Paris : La Documentation française, 1993.
  9. Tabuteau D. Les contes de Ségur, les coulisses de la politique de santé (1988-2006), *Ophrys* 2006: 421 p.
  10. Tabuteau D. La politique de santé des lois d'août 2004 à la loi HPST. *Revue Droit Sanitaire et Social*. Paris ; Dalloz, n° 4, 07/2009: 593-658.
  11. Tabuteau D. Politique de santé et territoire. *Revue Droit Sanitaire et Social*. Paris ; Dalloz, Hors-série, mars 2009: p. 7.
  12. Territoire et santé. *Revue Droit Sanitaire et Social*. Paris ; Dalloz, Hors série, mars 2009: 128 p.
-