

Les Agences Régionales de Santé deux ans après : une autonomie de façade

Regional Health Agencies: only sham autonomy two years later

Christine Rolland¹, Frédéric Pierru²

➔ Résumé

La réforme des Agences régionales de santé en France est traversée, dès l'origine, par la tension entre deux rationalités contradictoires : celle, traditionnelle, de l'État planificateur et celle, plus récente, du *New Public Management*. De fait, la loi Hôpital Patients Santé Territoires de 2009 juxtapose ces logiques plus qu'elle ne les dépasse. À partir d'une enquête sociologique qualitative menée au niveau national et dans trois agences régionales de santé, cet article souligne les contradictions dans lesquelles sont prises les directions et l'encadrement de ces établissements publics administratifs et comment ceux-ci tentent de les accommoder dans leur activité professionnelle quotidienne. Officiellement enjointes d'être « innovantes » pour « territorialiser » les politiques de santé, les agences sont, dans les faits, prises dans une nasse de régulations et de contraintes qui les rapprochent, *nolens volens*, du modèle traditionnel de l'administration déconcentrée. À travers l'exemple des différents schémas de régulation, sièges régionaux/délégations territoriales, l'article montre comment les acteurs, malgré tout, tentent d'innover même si, au final, ils doivent « faire avec » la ligne de plus grande pente de retrait de l'État sanitaire des niveaux infrarégionaux et, plus généralement, de la centralisation et de la verticalisation croissantes de la gouvernance du système de santé.

Mots-clés : Agences régionales de santé ; Politiques nationales de santé ; Régulation ; *New Public Management* ; Enquête qualitative ; Sociologie.

➔ Summary

From the outset, reform of regional health agencies in France, has been torn between two conflicting approaches: traditional state planning and the more recent New Public Management. In fact, the "Hôpital Patients Santé Territoires" (Hospital Patients Health Territories) bill juxtaposes rather than supplants these conflicting approaches. Based on a sociological and qualitative survey conducted nationwide and in three regional health agencies, this article highlights the contradictions in which regional health agency management is entangled and how it tries to accommodate them in its everyday professional activity. Officially, and paradoxically, regional agencies are required to be "autonomous" and "innovative" to ensure more "territorialized" health policies, but in fact, they are caught in a meshwork of somewhat arbitrary national regulatory and budgetary controls that are very similar to the traditional French model of administration. In the light of the example of three different schemes of regional/territorial delegation regulations, this article shows how the various stakeholders are nevertheless trying to innovate even if, ultimately, they are faced with a more traditional, centralised healthcare system with decreased participation at the more local levels.

Keywords: Regional health agencies; National health policies; Regulation; *New Public Management*; Qualitative study; Sociology.

¹ LISST UMR 5193 – Université Toulouse 2 – CNRS – 5 allées Antonio Machado – 31000 Toulouse.

² CERAPS UMR 8026 – Université Lille 2 – CNRS.

Introduction

Fruit d'un « long processus de maturation politico-administrative » [1] amorcé par la création des DRASS¹ en 1977, poursuivi par les lois de décentralisation, confirmé notamment par la grande loi hospitalière de 1991 et célébré par le très « déconcentrateur » rapport Santé 2010 [2, 3], la réforme des Agences Régionales de Santé (ARS) a été promue à l'ombre de l'objectif d'adaptation de l'offre de soins aux « besoins locaux » et défendue contre la vision centralisatrice, jacobine, de la « gouvernance du système de santé » français. Réforme d'inspiration « girondine », la création des ARS devait attester de la volonté politique de contrecarrer le tropisme jacobin d'un État affirmant, dans le même temps, son emprise sur la dite gouvernance.

Un an après l'ouverture des ARS, a été dressé un premier bilan de cette réforme administrative d'ampleur, qui occupait originellement le centre de gravité de la loi Hôpital Patients Santé Territoires (HPST) de juillet 2009 avant d'être supplantée, dans le texte comme dans le débat public, par le « H » de la réforme de la gouvernance hospitalière. Il était beaucoup attendu en termes de réorganisation des rapports de force entre l'État central et l'échelon déconcentré de l'administration sanitaire. La réforme, parce qu'ambitieuse, s'est heurtée à de multiples obstacles institutionnels et politiques. Les objectifs de la régionalisation visaient tout autant le décloisonnement et la « territorialisation » de l'offre de santé que la réduction des dépenses publiques par la mutualisation des moyens humains et techniques sous la houlette de la Révision Générale des Politiques Publiques (RGPP). Après deux ans de fonctionnement des ARS, la réforme semble au « milieu du gué » [4, 5]. Alors que l'absence d'une politique nationale de santé capable de se donner et, surtout, de hiérarchiser des priorités, est toujours criante [6], comment sont conciliés en pratique le pilotage centralisé et les prodromes de régulation régionale par les personnels de ces agences publiques censément autonomes et pourtant très contraintes par des règles nationales ? L'argument, souvent entendu, de la jeunesse des ARS pour expliquer les carences et les contradictions de la réforme de 2009 ne semble pas totalement convaincant. La tension entre l'échelon national et régional n'est peut-être pas transitoire mais inscrite au cœur de la tension entre deux conceptions rivales de la régulation entre lesquelles la réforme n'a pas choisi et qu'elle s'efforce de concilier : l'une est technique et centralisatrice, l'autre

politique et déconcentratrice [7]. Si celle-ci se situe en droite ligne de la tradition, de plus en plus contestée, de l'État planificateur, celle-là s'inspire de son contraire, à savoir de la nouvelle rationalité qui irrigue tous les secteurs de l'action publique depuis au moins la LOLF (2001) : le *New Public Management* [8]. C'est aux agents des ARS qu'il incombe, dans leurs activités quotidiennes, de tenter une périlleuse conciliation de ces deux logiques antagonistes.

Notre propos vise donc à montrer que la création et le déploiement des ARS s'effectuent sous la régulation étroite de l'échelon central, qui, bien que fragmentée, reste surplombante. Plus précisément, le travail des agences se caractérise par une « autonomie paradoxale et contrôlée » [9, 10]. Du point de vue des agences, cette autonomie peut parfois être vécue comme un fardeau et non comme une opportunité à saisir. La tension entre autonomie affichée d'un côté, réglementations nationales étroites et contraintes sur les ressources matérielles et humaines de l'autre, apparaît de façon nette dans les choix opérés par les Directions Générales (DG) en matière d'organisation du niveau infra-régional, à savoir les délégations territoriales (DT).

Matériels et méthodes

Ce travail sociologique concernant la création et le fonctionnement des ARS s'inscrit dans une recherche collective financée par l'ANR (MUTORG-ADMI)². Une première phase a consisté à reconstituer les luttes et concurrences politico-institutionnelles qui ont structuré le processus d'élaboration de ce nouveau format administratif : outre l'exploitation de la littérature grise et des articles rédigés par les protagonistes de cette histoire, une vingtaine d'entretiens ont été menés avec des conseillers ministériels, des directeurs d'administration centrale, des membres du groupe projet ARS au ministère, des membres du Conseil National de Pilotage (CNP). Dans une deuxième phase, ont été réalisées trois monographies d'ARS basées sur des entretiens (20 en Aquitaine, 30 en Midi-Pyrénées, 20 en Picardie) menés auprès de personnel de différents statuts (fonctionnaires d'État, salariés sous convention de l'Assurance maladie, contractuels de droit public ou privé) et de différents corps professionnels (haut fonctionnaire, inspecteur des affaires

¹ Direction régionale des affaires sanitaires et sociales.

² MUTORG-ADMI : les mutations organisationnelles de l'administration française. Régulations, division du travail et coordination, projet financé par l'ANR, dirigé par P. Bezes (CERSA, CNRS-Université de Paris II).

sanitaires et sociales, médecin inspecteur de santé publique, ingénieur sanitaire, médecin-conseil, praticien hospitalier, directeur d'établissement de santé, etc.). Ces entretiens ont surtout concerné la direction et l'encadrement des ARS, et exceptionnellement les échelons hiérarchiques inférieurs.

La sélection des ARS enquêtées a été opérée en fonction de deux critères principaux : la taille de la région et des effectifs « fusionnés » ; le profil du préfigurateur, puis du DG ARS (expérience de l'administration de la santé ou non ; du secteur public ou privé). Deux autres limites, importantes, tiennent à la focale de l'enquête. En premier lieu, parce qu'elle a porté d'abord sur les enjeux politiques, institutionnels et professionnels des processus de fusion, celle-ci ne s'est intéressée qu'incidemment aux actions impulsées par les ARS et aux résultats obtenus par elles, notamment en matière de décloisonnement des politiques de santé. Autrement dit, la présente enquête a été orientée par un regard davantage centripète que centrifuge sur les ARS. En second lieu, elle fournit une photographie, à un moment donné, du processus de fusion : il ne s'est pas agi de comparer la performance relative des ARS à celle de la configuration administrative antérieure en matière de décloisonnement de l'offre de santé, ni de pronostiquer des évolutions censément inéluctables. Plus modestement, l'ambition était de repérer quelques lignes de plus grande pente initiées au moment de la fusion.

Résultats

Les ARS, des établissements « autonomes » mais sous surveillances et contrôles multiples

Bien qu'ayant le statut d'établissement public – solution qui permettrait de regrouper les différents services et institutions composant aujourd'hui les ARS – les agences sont considérées par nombre des cadres rencontrés comme largement soumises dans leur fonctionnement aux injonctions du cabinet du Ministre et des administrations centrales à l'instar des autres services déconcentrés de l'Etat. Plus précisément, les personnels des ARS ont le sentiment que l'État central entretient des relations à géométrie variable avec les agences, en fonction de son agenda du moment : « *on est un établissement public quand ça s'arrange le ministère* ». D'autres qualifient cette relation de politique de la « *patate chaude* », le ministère se satisfaisant de transférer aux agences les sujets sensibles sans leur donner de consignes claires : « *C'est débrouille-toi pour régler les problèmes avec un budget en*

baisse ». L'Etat « navigant entre laissez-faire et reprise en main » [4], la régionalisation de la politique nationale de santé s'effectue dans un mouvement de délégation de responsabilités (les ARS comme établissements autonomes) tout en maintenant, voire en renforçant, les contrôles (les ARS comme services déconcentrés).

L'emprise nationale exercée dès la phase de préfiguration

En janvier 2009, est lancé le recrutement des préfigurateurs, sous la houlette du Comité national de pilotage, en ayant recours à un cabinet de chasseurs de tête mandaté par le ministère, validé par un comité *ad hoc* présidé par l'ancien PDG de Peugeot SA³. Les postes de DG ont été fort attractifs puisque quelques 900 candidats ont répondu à l'offre d'emploi pour les 26 postes. Ceux-ci ont été « vendus » en mettant en avant le critère d'autonomie dont les DG disposeraient pour piloter leur agence. Il s'avère qu'ils ont souvent les mains liées et que leur autonomie d'action est assez étroitement bornée. Le 15 octobre 2009, débute la préfiguration avec pour feuille de route, à marche forcée : préparer la fusion des services (soit 9 000 agents, 84 % de l'État, 16 % de l'Assurance Maladie) pour le 1^{er} avril 2010. Fin décembre 2009, la direction du budget annonce de façon abrupte que le nombre de postes de direction doit être revu à la baisse. Les oppositions du secrétaire général de l'époque et du directeur général de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des travailleurs salariés (CNAMts) ne parviennent pas à faire annuler cette décision imposée par les budgétaires. Des propositions d'organisation commençaient pourtant à être avancées par les équipes de préfiguration, « *toutes ont dû revoir leur copie* » sauf l'Île-de-France qui a pu conserver toutes ses directions. Ici, c'est la direction de la stratégie qui est supprimée et remplacée par une « mission d'appui stratégique » ; là, c'est la direction de la santé publique qui est évincée de l'organigramme – à la place sont créés deux services déconnectés, un service de la prévention et de la gestion des alertes sanitaires et une sous-direction promotion-prévention de la santé. Autre exemple d'intervention du niveau central en matière d'organigramme des agences, pourtant supposé « à la main » des préfigurateurs : le CNP dit souhaiter limiter le nombre de niveaux hiérarchiques et s'oppose à la création d'un poste de directeur de cabinet, comme le demandait alors un préfigurateur. Plus généralement, l'interventionnisme du secrétariat général du ministère, relayé sur le terrain par des équipes de consultants, sera souvent

³ Finalement, le recrutement est assez « conservateur » du point de vue des équilibres institutionnels (seuls deux DG sont issus du secteur privé).

mal vécu par des équipes de préfiguration parfois confrontées à des conflits importants avec les services devant être fusionnés et devant bâtir une « maison commune » dans des délais très resserrés. Néanmoins, une rapide comparaison de quelques organigrammes d'ARS invite à relativiser l'emprise du niveau national : la variabilité indéniable indique que cette dernière n'a pas été totale. Le ministère a plutôt défini un cadre qui a assez étroitement borné la créativité organisationnelle des équipes préfiguratrices. Reste à savoir si cette relative dispersion originelle des constructions est appelée à s'accroître ou, au contraire, à se réduire selon des dynamiques d'« isomorphisme institutionnel » – qu'elles soient coercitives (*i.e.*, imposées par le centre politique et administratif), mimétiques (*i.e.*, initiées par des directions confrontées à de grandes incertitudes et ambiguïtés organisationnelles et ainsi inclinées à se copier mutuellement) ou normatives (*i.e.*, liées à l'établissement de réseaux professionnels transversaux aux ARS, tels que les rencontres régulières entre DG ARS au niveau national) – bien identifiées par les sociologues des organisations nord-américains [14].

Des missions régaliennes « retenues » par l'État central

La santé est un domaine régalien, aussi les agences ont-elles en charge la réalisation de plusieurs missions relevant de l'ordre public. Les missions d'inspection-contrôle, la santé-environnement, les hospitalisations psychiatriques sans consentement et l'organisation de la veille sanitaire ont été l'objet, lors de la création des ARS, de débats houleux entre le ministère de l'Intérieur et le ministère de la Santé et sont maintenant régulées par protocoles administratifs signés entre les préfets départementaux et les DG ARS. Ce fut ainsi le cas de la veille et de la sécurité sanitaires : les préfets voulaient se voir affecter ses moyens humains et matériels alors que les promoteurs des ARS défendaient une vision « intégrée de la chaîne santé ». Grâce à l'appui de l'Élysée, le ministère de la Santé a imposé ses vues dans les arbitrages interministériels. Les moyens restent dans les ARS mais, en cas de crise sanitaire, ils sont mis à disposition des préfets de département, alors décideurs uniques. La santé environnementale illustre la délicate navigation qui prévaut en matière de relations ARS-tutelles nationales, entre contrôle et autonomie, et les contradictions consécutives auxquelles les agences sont confrontées [11]. Une instruction ministérielle d'octobre 2011 précise les missions des ARS en matière de santé environnementale⁴ : il revient aux agences de mobiliser

les moyens nécessaires afin d'agir sur les facteurs environnementaux pour préserver et améliorer la santé ainsi que les moyens humains et techniques nécessaires pour assurer les nombreux relevés et contrôles (concernant l'eau, le bruit, etc.) ; or les tarifs des prélèvements sont fixés par l'État en deçà de leur coût réel. De plus, « *ce sont des toute petites sommes à recouvrer auprès d'entités publiques (28,20 euros) sans qu'on en ait les moyens* ». L'imposition des tarifs donne lieu à des prises de position et des régulations contrastées selon les agences. Tel DG, issu du corps préfectoral, explique faire des choix « *au nom du service public* » et soutient le maintien de l'activité santé-environnement, soutenue en cela par ses agents issus de l'État. C'est une tout autre position qui est campée par un autre DG, doté d'une expérience de redressement d'entreprises privées, lequel, dès la préfiguration, a annoncé qu'il voulait réorganiser drastiquement ce secteur, autrement dit réduire les effectifs, justifiant ce choix par les économies ainsi faites. Cette régulation par les emplois n'est pas sans conséquence sur le travail réalisé et les services rendus : « *comme on a réduit les effectifs, moins 30 %, on se retire de certaines missions on a abandonné l'assainissement, c'était du contact avec les maires, on ne va plus en réunion ; on ne travaille plus sur les projets de crèches, les plans occupation des sols on ne va plus aux réunions* ». Le défi des ARS est donc de concilier la réalisation des missions de service public avec les fortes contraintes matérielles et humaines imposées par la RGPP. Cependant, le cœur du problème du travail d'organisation, de l'opérationnalisation des régulations étatiques, réside dans les aspects financiers. Les ARS sont des fusions réalisées dans le cadre de fortes contraintes sur les ressources, au point que le principal conseiller en charge du dossier au ministère a pu nous confier qu'elles « *étaient de belles voitures dans lesquelles on n'a[vait] pas mis d'essence* ». Une fusion est toujours une opération délicate qui nécessite, pour aboutir positivement, des investissements humains et matériels. Or dans l'optique de la RGPP, la fusion est, au contraire, un moyen de faire des économies d'échelle et de restituer des postes sans hypothéquer, en théorie, la réalisation des missions de service public.

Un contrôle financier toujours centralisé

La présence de Bercy s'est faite sentir dès l'élaboration du nouveau format administratif, en droite ligne de la RGPP : c'est le ministère de l'Économie et des Finances qui s'est chargé de recruter les nouveaux directeurs des affaires financières, dotés par la loi HPST d'une double casquette de gestionnaires et contrôleurs. Bercy les a encadrés pendant la préfiguration et il demeure leur premier interlocuteur. C'est à ce ministère qu'ils doivent d'abord rendre

⁴ Instruction DGS/EA n° 2011-406 du 26 octobre 2011 relative aux missions des agences régionales de santé dans le domaine de la santé environnementale.

des comptes. Bien que la logique eût voulu que la mise en place des ARS s'accompagnât d'une régionalisation des enveloppes budgétaires – les propos recueillis vont tous dans ce sens et c'était aussi le souhait du rapport *Santé 2010* de 1993 – celles-ci restent fixées dans le cadre de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie. « *L'autonomie financière, on en est loin, l'autonomie n'est que sur le papier* » nous a ainsi confié une directrice des affaires financières. En raison notamment de la résistance opposée par la CNAMts à la loi HPST, mais aussi de la volonté du ministère du Budget de ne pas perdre la main, le niveau national reste toujours organisé en « tuyaux d'orgue », éclaté entre quatorze donneurs d'ordre. La médecine de ville continue de relever d'une convention nationale âprement négociée entre le DG de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et les syndicats de médecins libéraux. Les enveloppes restent définies par le projet de loi de financement de la Sécurité sociale et cloisonnées par champ entre le sanitaire et le médico-social, entre l'hôpital et la médecine de ville, alors qu'il est demandé aux agences de travailler en transversalité. Aussi, « *comme le niveau national reste compartimenté, le mieux pour nous est de fonctionner de la même manière de façon à bien réceptionner ce qui doit l'être* » fait observer un DG adjoint. La création du fonds d'intervention régional (FIR) en 2012 est selon les uns, une « *goutte d'eau dans la mer* », et, pour les plus optimistes, une « *petite poire pour la soif* » non négligeable, voire un pas en direction de l'objectif régionalisé des dépenses d'assurance maladie (ORDAM) souhaité en son temps par le rapport Soubie. Dans une région comme l'Aquitaine, les dépenses de santé totales sont de l'ordre de neuf milliards, dont deux seulement sont régulés par l'ARS. L'emprise de la tutelle nationale s'exerce dans le détail de la gestion des budgets : les ARS reçoivent en novembre une pré-notification des crédits pour l'année suivante de manière à bâtir leur budget mais, sur ce budget, une partie des crédits est gelée pour être éventuellement dégelée en fin d'année. Au final et au total, l'autonomie des ARS en matière financière est des plus limitées. Par exemple, « *sur la médicalisation des maisons de retraite au-delà de la politique nationale, c'est un secteur très contraint, à la marge on peut faire des choses, mais on ne peut pas exploser les compteurs et en plus c'est contreproductif car si on a fini la médicalisation à la fin de l'année, on n'aura pas les crédits l'année suivante du niveau national ; le risque est appauvrir la région* ». C'est dans un cadre extrêmement contraint budgétairement que les ARS ont à remplir leurs missions, nombreuses et en partie nouvelles, et qui nécessiteraient des compétences spécifiques et une gestion des ressources humaines souple.

Une « gestion des ressources humaines » introuvable

Chaque automne, les agences reçoivent la fixation de la masse salariale dont elles disposeront l'année suivante. Depuis leur création, l'enveloppe totale allouée subit une baisse de l'ordre de 2 % annuels : « *on a de moins en moins de ressources pour payer nos emplois donc on diminue notre plafond d'emplois* ». En outre, il est demandé aux agences de respecter un équilibre de 80 % des agents de l'État *versus* 20 % des agents Assurance maladie. La fusion ayant été réalisée à statuts constants et préservés (même si l'hypothèse d'un statut unique des personnels des ARS a été discutée, les uns s'y montrant favorables, les autres le refusant), les premiers restent régis par leur statut de fonctionnaire et sont gérés par le ministère de la Santé pour tout ce qui relève de l'avancement et des mutations ; les seconds relèvent toujours de la convention Assurance maladie, laquelle nous a souvent été présentée comme plus avantageuse que le statut de fonctionnaire. Ces écarts de situation peuvent alimenter un certain ressentiment chez les agents de l'État. Dans la gestion de leur agence et la réalisation de leurs missions, les DG d'ARS doivent, là aussi, composer avec de multiples contraintes, au premier rang desquelles figurent les règles de mutation et la non-obligation de mobilité des fonctionnaires communes à toute la fonction publique. Concernant le recrutement, les règles sont ainsi posées : quand un poste est libre, il doit être tout d'abord affiché sur la bourse interministérielle des emplois publics. Il est ensuite attribué au premier fonctionnaire du grade correspondant sur la liste des demandes de mutation, quel que soit son domaine d'activité et ses compétences, après passage en commission administrative paritaire (CAP)⁵. S'il n'est pas pourvu ainsi, il est mis à disposition sur le réseau Assurance maladie. Vient enfin la possibilité de recrutement extérieur, entièrement contrôlé par le DG et son DRH, sur profil, avec un salaire négociable et dans un délai beaucoup plus court : « *quand un DG veut recruter quelqu'un de l'État, il doit attendre la prochaine CAP, quatre mois, puis la mutation, en général en sept mois ; s'il recrute dans le privé, il peut avoir quelqu'un 15 jours après* ». Nombre de concepteurs des ARS regrettent le conservatisme qui prévaut en matière de recrutement des compétences en raison des règles strictes qui l'encadrent. Néanmoins, à l'usage, les règles tendent à s'assouplir parce que les agences ont besoin de pouvoir recruter les compétences dont elles ont besoin et qu'elles ne trouvent pas forcément parmi les agents de l'État et de l'Assurance maladie (communication, ingénierie de projet, etc.). Ainsi, des

⁵ Sans même évoquer ici les attributions et pouvoirs des organisations syndicales.

recrutements de contractuels sont possibles, même si c'est de façon marginale. La question de l'articulation CAP/autonomie de l'agence demeure problématique. Ces différents points soulignent l'absence de politique claire, quand elle n'est pas paradoxale, résultat d'un défaut de coordination (et même parfois de rivalité) entre les différentes institutions en charge, au niveau national, de la régulation du système de santé.

Une activité gouvernée à distance par des outils nationaux

De nombreux outils encadrent l'activité des agents : à la multitude de textes, décrets et notifications, pourtant filtrés par le CNP, qui « inondent » les ARS, viennent s'ajouter des productions issues d'autres segments bureaucratiques. Prenons l'exemple des indicateurs de pilotage hospitaliers (IPA) qui viennent en remplacement des objectifs quantifiés de l'offre de soins en volumes (OQOS). Le ministère contractualise avec chaque agence un IPA régional. Pour l'atteindre, les agences doivent convaincre les établissements de réaliser les actes définis comme « pertinents » alors qu'elles ne disposent pas de leviers d'incitation ou de coercition. De surcroît, « *cela fait référence à des actes médicaux dont il faut montrer que certains sont non justifiés, pour cela, il faut que la HAS produise des référentiels encore et encore* ». Du reste, la Haute Autorité en Santé ne parvient pas à les produire au rythme qu'il faudrait. Enfin, ces IPA posent la question de la tarification : certains actes sont tarifés trop haut par rapport à d'autres qui sont pourtant plus justifiés médicalement. Cet ensemble de règles édictées par le niveau national, motivées par la recherche d'économies que ce soit dans la gestion du personnel des agences ou dans la gestion des ressources médicales, impactent les agences, tenues pour responsables de la politique de santé en région, dans le travail d'organisation qu'elles ont à mettre en place pour remplir leurs missions, notamment dans l'articulation entre le siège et les délégations territoriales. Pour les DG ARS, cette situation ressemble à un jeu de dupes, coincés qu'ils sont entre les consignes reçues (décloisonner autant dans l'organisation interne à l'agence que dans la définition et la réalisation de sa politique sur le terrain, remplir de nouvelles missions, etc.) et le peu d'autonomie réelle qui leur est laissé. Même si l'on observe l'introduction progressive d'une certaine souplesse (FIR, recrutement extérieur), le carcan de la régulation nationale fait apparaître les DG comme étant « *des responsables aux mains entravées* ». Finalement, les possibilités d'action du DG, annoncé tout puissant, se révèlent des plus limitées : les règles d'autonomie sont ensevelies sous les règles de contrôle [12, 13]. Le paradoxe de cette autonomie contrôlée,

en quelque sorte « retenue », apparaît de façon éclatante dans la réorganisation des relations entre l'échelon régional et l'échelon départemental.

La régulation des relations siège-DT : mission impossible ?

La création des ARS est intervenue dans une séquence spécifique du processus de réforme de l'État, la RGPP. La régionalisation des politiques publiques va ainsi de pair avec la régionalisation des équipes : il s'agit de réunir au siège le plus de missions possibles de manière à « optimiser » les moyens, *i.e.* réduire, le nombre d'agents affectés pour les réaliser. Ce transfert de missions implique une profonde transformation du travail réalisé auparavant à l'échelon départemental et soulève la question de l'articulation des rôles entre les niveaux régional et départemental. Or, les DG sont confrontés à des contraintes majeures en termes de ressources humaines. Les effectifs sont loin d'être en adéquation avec les missions à accomplir : en effet, selon les services, ils sont parfois en « excès » du fait de la non-obligation de mobilité des personnels, parfois en déficit en raison, par exemple, de nombreuses mutations ou de départs. Autrement dit, la nature (compétences) et la quantité des effectifs ne sont pas toujours calées sur les missions à réaliser.

Trois modèles d'organisation siège-DT

La loi consacre les délégations territoriales (DT) en remplacement des DDASS et prévoit l'existence d'une DT par département, chargée de la mise en œuvre sur les territoires de santé de la politique définie régionalement, sans toutefois préciser plus en avant les missions et les relations avec le siège. À chaque DG d'en décliner localement les modalités concrètes afin de trouver un équilibre entre les impératifs budgétaires et gestionnaires nationaux d'un côté, la déclinaison territoriale des politiques de santé de l'autre. L'ambiguïté des directives nationales est à l'origine de réflexions, questionnements et débats au sein des agences, mais aussi d'un travail chronophage d'organisation siège-DT. Les monographies réalisées permettent de dessiner différents modèles à l'allure idéale-typique : de la DT dite de plein exercice où le délégué territorial a une fonction proche de celle d'un DDASS (Aquitaine) à la plus intégrée, dans laquelle la plupart des missions a été régionalisée et où le délégué tient un rôle dit « d'ambassadeur » (Picardie). La configuration intermédiaire est représentée, au moment de notre enquête, par Midi-Pyrénées où la régionalisation des fonctions support et de la gestion du

secteur sanitaire a été réalisée et où la manière de procéder pour le secteur médico-social est en cours de réflexion. On assiste lors de notre recueil à une dynamique de convergence vers le modèle dit intégré, car considéré comme le plus « efficient » et allant dans le sens historique de la régionalisation de l'action publique. Or il met en exergue la quadrature du cercle de la territorialisation des politiques de santé à laquelle les ARS sont confrontées.

Un modèle affiché d'efficience

Le modèle intégré est celui qui a la faveur du CNP jugé, par l'ancienne secrétaire générale comme « *le plus cohérent avec l'esprit ARS* ». Il est vrai qu'au nom de l'impératif économique, dans un contexte de réduction des personnels et des budgets, et alors que les agences se voient confier des nouvelles missions qui se surajoutent à celles des entités fusionnées, il s'agit de « *faire plus avec moins de moyens* ». Dans ces conditions, il n'y a guère d'alternative à la mutualisation des missions et des personnels en les centralisant autant que possible au niveau du siège. Ainsi le modèle intégré de la Picardie va de pair avec une réduction de plus de la moitié du personnel en département : alors que la DDASS de la Somme regroupait 65 personnes, la DT en emploie 30. En Aquitaine, un tout autre choix est fait par la DG qui explique que « *quand il y a des suppressions de postes, je répartis entre siège et DT, je tiens ma logique jusqu'au bout* ». Pour comparaison, sachant que le nombre d'habitants dans la Somme est de 566 000 et que celui de la Dordogne est de 412 000, le nombre d'agents en place dans la DT de ce département est de 45. La pression sur les ressources humaines est telle que nombre d'agents déplorent la surcharge de travail ; les personnels des DT procèdent spontanément à des comparaisons avec ceux affectés au siège, ces derniers étant présentés comme moins sollicités donc mieux lotis. Ils estiment qu'ils pourraient être soulagés grâce à la mutualisation des missions, particulièrement dans le modèle de DT de plein exercice, qui du coup, tend à être contesté « du bas ».

Le travail attendu des ARS et notamment le niveau de compétences nécessaires vis-à-vis du suivi financier des établissements sont également avancés pour justifier de l'intérêt de la régionalisation. Ainsi en Midi-Pyrénées, la gestion des établissements sanitaires a d'emblée été centralisée au niveau du siège, permettant ainsi d'avoir « *en interne le pendant des compétences qui existent dans les établissements* ». La qualité du pilotage de la santé en région s'en trouve ainsi améliorée, non seulement du fait de l'augmentation du niveau de compétences mais aussi grâce à la possibilité d'avoir une vision globale et exhaustive des

établissements, désormais régulés à partir du siège : « *aujourd'hui 100 % des dossiers sont traités de la même façon [avec] les mêmes outils, les mêmes procédures* ». Il ressort des entretiens que la régionalisation fait se percuter deux valeurs portées par les ARS : celle de l'efficience (« *la qualité au bon coût* ») et celle de l'équité territoriale d'autant que « *le travail de mise à plat, de diagnostic révèle des écarts importants non justifiés* » [dans l'allocation des ressources]. Si, théoriquement, l'on ne peut que s'accorder sur la recherche simultanée de ces deux valeurs, leur conciliation se révèle être, en pratique, des plus ardues. Dans une DT où le délégué reste l'interlocuteur premier des établissements, il est difficile d'harmoniser les avis, c'est-à-dire de mener une politique régionale en vue de réaliser l'équité territoriale ; les « *DDASS étaient très disparates* » et comme il y a « *peu d'échanges entre DT comme du temps des DDASS* », cette disparité ne peut que perdurer.

Si la régionalisation des fonctions support est chose entendue et acquise dans les trois agences enquêtées et si le suivi des établissements sanitaires est, sinon réalisé (Midi Pyrénées et Picardie) du moins concevable (Aquitaine), il n'en va pas de même pour le secteur médico-social. D'une part, celui-ci demeure atomisé, le nombre d'établissements médico-sociaux se comptant en plusieurs centaines dans une même région ; d'autre part, il s'agit d'un domaine de compétences partagé avec le Conseil Général. La proximité et la connaissance des lieux et des acteurs sont alors avancées comme arguments forts en faveur du maintien de réelles compétences de suivi au sein des DT, d'autant plus si la région est vaste (comme Aquitaine ou Midi-Pyrénées). Dans cette optique, le champ hospitalier relève des sièges régionaux tandis que les DT restent les interlocuteurs des établissements du secteur médico-social, jouant alors le rôle d'animateur territorial. Cependant, une telle division théorique du travail sièges/DT s'avère pratiquement compliquée.

Un métier aux contours troubles : l'animation territoriale

Tous les agents interrogés font référence à cette nouvelle mission d'animation territoriale dévolue aux DT, mais ils en soulignent aussi la relative indétermination. Il revient donc aux délégués territoriaux de la définir de façon pragmatique, à mesure qu'ils la font vivre concrètement. Toutefois, le degré d'autonomie qui leur est accordé dans la réalisation de cette mission est fonction du choix du modèle de DT, allant, on l'a vu, du modèle intégré au modèle plus déconcentré. Alors que le niveau départemental fait figure de grand absent dans la loi HPST – l'importance du « territoire » est néanmoins soulignée comme l'indique le titre même de la loi –, il reste le

niveau de concertation avec les acteurs institutionnels, le Conseil Général en premier lieu pour le médico-social, l'infra-territoire étant, quant à lui, le lieu de déclinaison concrète des politiques régionales et donc nationales *via* la coordination des professionnels et des dispositifs de santé dans une logique de parcours de santé. En conséquence, le rôle du DT se cantonne essentiellement au travail d'animation de ces territoires et d'accompagnement de la structuration d'une politique locale *via* des programmes ou des projets territoriaux. Outre la difficulté que l'on imagine d'exercer un métier aux contours et au contenu incertains, le DT, interlocuteur premier des acteurs locaux, se retrouve, de fait, pris dans une injonction pour partie contradictoire : faire avec les orientations prises par le siège et composer avec les éventuelles pressions locales⁶. Le travail de proximité vise à répondre aux attentes des élus ou du moins à négocier avec eux, même si leur rôle est amoindri, en particulier dans le volet gouvernance hospitalière de la loi HPST. Les ARS sont incitées « d'en haut » à porter des projets territoriaux visant à améliorer l'état de santé des populations, à réduire les inégalités, à monter des maisons de santé pluridisciplinaire pour lutter contre les problèmes de désertification médicale, etc. mais sans recevoir les moyens d'équipement ou de fonctionnement nécessaires, le niveau national souhaitant en décentraliser la charge financière aux collectivités territoriales. Par ailleurs, par la création d'instances de démocratie sanitaire telles que les conférences de territoire, la loi définit le travail de l'ARS comme devant être mené dans la concertation avec les acteurs régionaux et infra régionaux. Une rémunération est prévue par le ministère de la Santé sur une ligne budgétaire des ARS spécifique, de manière à indemniser les professionnels impliqués dans un projet de territoire. Selon un DT :

« Chaque bassin de santé doit définir son projet de soin, élaboré par les acteurs de santé. Animer un territoire, c'est impliquer tous les acteurs de santé, de la prévention à la prise en charge, selon la loi HPST.

[C'est quoi concrètement, animer des acteurs ?]

Au niveau bassin de santé, c'est travailler avec eux pour mener à bien leur projet dans le cadre du projet de territoire.

[Et ils viennent vous voir ?]

C'est plutôt nous qui les sollicitons ».

Selon cette conception de l'animation territoriale, les thématiques sont définies par le siège puis réparties sur les différents territoires ; faute de volontaires, les professionnels

sont sollicités par les DT, dont la bonne connaissance des acteurs de terrain est une ressource capitale pour monter un projet de santé. Le DT apparaît souvent comme l'exécutant des directives du siège, manquant de visibilité sur le territoire concerné faute d'être en charge du suivi des établissements sanitaires, tout en étant, pourtant, en première ligne sur le terrain. Ne manque-t-il pas à ce niveau-là aussi d'un « pilote dans l'avion » ? Par le recours à la concertation locale et à la direction de projets partagée avec des professionnels de la santé, le DT fait figure de « marionnette », manipulée et par le siège et par les acteurs locaux. Si au niveau des directions, le nouveau métier de DT est valorisé – « *il a un rôle stratégique au niveau du territoire sur lequel il doit porter la transversalité en partenariat avec les directions métier ; il est le représentant du DG devant les élus* » –, il n'en demeure pas moins que sa place reste incertaine et qu'elle peut être vécue par celles ou ceux qui l'occupent comme une forme de déclassement puisque les missions importantes et nobles relèvent désormais du siège, sinon directement de la direction générale. De surcroît, sa pérennité est menacée par le manque de personnels. L'on peut comprendre alors que le rôle de DT soit réduit à « *brasser du vent* », comme l'ont suggéré certains enquêtés. Enfin, un mode d'organisation du travail inhabituel dans le service public est ainsi introduit dans les agences de santé : le mode projet. S'il est « *intéressant* » en ce qu'il casse le cloisonnement et la hiérarchie, la légitimité et l'autorité du porteur de projet sont loin d'être assurées. En fait, les agents se heurtent aux tensions entre deux logiques, celle de l'organisation hiérarchique et celle de l'organisation matricielle. La territorialisation des politiques de santé *via* les agences régionales pose donc la question de l'articulation entre le siège et les DT et au-delà, de l'organisation de ces nouveaux établissements publics auxquels il est demandé de promouvoir une approche transversale des problèmes de santé et de concevoir une organisation en conséquence.

Conclusion

Le décalage entre les intentions affichées lors de la création des ARS (territorialiser et décloisonner les politiques de santé) et les observations empiriques n'est pas seulement redevable de la classique tension entre décision et mise en œuvre tant de fois décrite par l'analyse des politiques publiques, tout comme il ne peut être mis sur le seul compte de la jeunesse des ARS. Les tendances observées à la centralisation décisionnelle, à la réduction des marges de

⁶ On peut supposer que la manière d'appréhender ce nouveau rôle dépend de la trajectoire du délégué territorial, notamment selon qu'il soit un ex-DDASS et donc qu'il vit la transformation de la fonction de représentation ou qu'il provienne d'un autre horizon professionnel.

manœuvre effective des équipes de direction, à la reproduction des cloisonnements au sein des organisations sont les conséquences logiques d'une réforme qui est le résultat d'un compromis entre institutions nationales rivales et, plus fondamentalement encore, entre deux conceptions concurrentes de la « gouvernance » sectorielle. L'intégration inaboutie du niveau national – le CNP étant un « *fair broker* » au rôle contesté – a des répercussions tangibles sur le fonctionnement quotidien des ARS puisque chaque acteur national (administrations centrales, Assurance-maladie) tend à reconstituer son réseau d'interlocuteurs au niveau déconcentré. Les concurrences institutionnelles nationales se translatent ainsi en régions. Par ailleurs, nombre de décisions-clés continuent à relever du niveau national. Les enveloppes budgétaires restent nationales et cloisonnées, la maîtrise des dépenses demeurant l'objectif prioritaire. Au final, la territorialisation « en trompe-l'œil » des politiques de santé est le produit du jeu complexe entre régulations nationale, régionale et infrarégionale, entre régulations de contrôle et régulations autonomes. Dominé par les acteurs nationaux, ce jeu complexe dessine, *in fine*, des configurations organisationnelles qui tendent à se rapprocher, selon des dynamiques d'isomorphisme assez classiques du point de vue de la sociologie des organisations [14]. Enfin, la fusion, opérée à marche forcée dans un contexte budgétaire tendu et des exigences de restitution de postes, a impliqué la fermeture des nouvelles entités sur elles-mêmes, les énergies étant consommées et consumées « en interne ». La territorialisation et la transversalité des politiques de santé demeurent finalement un *graal* auquel certes tous les acteurs, nationaux et locaux, se réfèrent mais dont la réalisation reste conditionnée à la réalisation de leurs propres objectifs sous fortes contraintes.

Aucun conflit d'intérêt déclaré

Références

1. De Lacaussade G. Les agences régionales de santé : missions et organisation ? Actualités et Dossiers en santé publique. 2011;74:17-21.
2. Soubie R. Santé 2010. Paris : La Documentation Française ; 1993.
3. Bras PL, Tabuteau D. « Santé 2010 », un rapport de référence pour les politiques publiques. Les Tribunes de la santé, 2009; 25:79-93.
4. Courrèges C. Réforme de la gouvernance régionale : quel impact sur le pilotage national ? Actualités et Dossiers en santé publique. 2011;74:31-4.
5. Bras PL. Réforme des ARS : un aboutissement ou une étape pour un système de santé bien géré ? Actualités et Dossiers en santé publique. 2011;74:54-6.
6. Lopez A. Structurer la politique nationale de santé, une ambition raisonnable. Santé Publique. 2012;3(24):241-51.
7. Lopez A. Les agences régionales de santé, une question d'équilibres entre des objectifs différents et des mécanismes de régulation complémentaires. Droit social. 2010;5.
8. Pierru F. Planifier la santé, une illusion technocratique ? Les Tribunes de la santé. 2013;11:1-12.
9. Appay B. La dictature du succès. Le paradoxe de l'autonomie contrôlée et de la précarisation. Paris : L'Harmattan ; 2005.
10. Pierru F. La santé en fusions. L'accouchement des agences régionales de santé au forceps institutionnel. In: Castaing G. La territorialisation des politiques de santé. Bordeaux (France) : Editions hospitalières ; 2012:77-108.
11. Buguet B, Burstin A, Deumie B. La mise en œuvre par les agences régionales de santé des politiques de santé-environnement. Paris : Inspection générale des affaires sociales ; 2012.
12. Reynaud JD. Les règles du jeu. L'action collective et la régulation sociale. Paris : Armand Colin ; 1997.
13. De Terssac G (dir). La théorie de la régulation sociale de Jean-Daniel Reynaud. Débats et prolongements. Paris : La découverte ; 2003.
14. Powell PJ, Di Maggio WW. The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields. American Sociological Review. 1983;48:147-60.