
LA MODERNISATION DES ADMINISTRATIONS DE LA SANTÉ ET DE LA SOLIDARITÉ

Quelles sont les missions exercées ?

L'État exerce des fonctions de conception des politiques de santé et de solidarité et de régulation des dépenses. Les fonctions de production ou de gestion des actions de santé et de solidarité sont en revanche confiées à des opérateurs. Cette situation explique la taille modeste de l'appareil productif de l'État (un peu plus de 14 000 agents), au regard de l'impact de son action en terme financier (30 % du PIB ou 55 % des dépenses publiques).

Les missions portent sur la santé publique, la veille et la sécurité sanitaire, l'offre de soins, l'offre médico-sociale, l'action sociale, la protection sociale (Assurance maladie, notamment).

L'appareil productif considéré comprend les directions d'administration centrale et les services déconcentrés (directions départementales et régionales des affaires sanitaires et sociales - DDASS et DRASS), les principaux opérateurs nationaux œuvrant notamment dans le domaine de la sécurité sanitaire (agences sanitaires) et les opérateurs de sécurité sociale, dont l'Assurance maladie (au niveau central et au niveau local).

Pourquoi changer ?

Dans un contexte de dépenses de santé en progression constante, la régulation du système de santé doit reposer sur la recherche d'efficience, c'est-à-dire la recherche de la qualité des soins au meilleur coût. La définition et la conduite d'une politique globale de santé prenant en compte de façon complémentaire toutes les dimensions d'un problème de santé (la prévention, la sécurité sanitaire, les soins, le médico-social) est particulièrement difficile, notamment du fait du cloisonnement des acteurs au niveau régional.

Une meilleure articulation des acteurs, notamment au niveau régional, est donc indispensable à la recherche de l'efficience du système de soins.

Le dispositif d'administration de la santé au niveau local est devenu complexe, en superposant de nombreuses structures et institutions dont les compétences sont enchevêtrées. Les services déconcentrés de l'État souffrent de la confusion des responsabilités entre différentes autorités compétentes et n'ont souvent plus la taille critique leur permettant de faire face de façon satisfaisante aux très nombreuses tâches qui leur incombent.

Dans le champ social, la décentralisation n'est pas toujours allée jusqu'au bout de sa logique. L'État continue d'intervenir sur des sujets dont la compétence a été confiée aux collectivités locales. De fortes contradictions existent dans la répartition des compétences (exemple de l'attribution de l'allocation aux adultes handicapés - AAH, financée par l'État mais décidée par une commission dans laquelle l'État n'est pas majoritaire). Au total, l'État est en difficulté pour définir sa mission dans le domaine du social, les compétences étant éclatées entre ministères et services déconcentrés de ces ministères (ministère chargé du Logement, ministère chargé de l'Emploi, ministère chargé de la Solidarité) tandis que la



demande d'État reste forte et la pression sur les services augmente dans certains domaines : droit au logement opposable - DALO, tutelles-curatelles.

Ce positionnement aujourd'hui confus de l'État sur le champ du social va de pair avec une organisation centrale caractérisée par un émiettement important des structures et d'importantes difficultés à organiser la gouvernance des politiques décentralisées.

Quelles sont les orientations de la réforme ?

L'attente d'une réforme est forte, au sein des services de l'État comme chez leurs partenaires. Au-delà des mesures de simplification et de réexamen de missions assurées par l'État qui peuvent être envisagées, il convient d'engager une réforme importante et ambitieuse de l'appareil productif Santé-Solidarité pour résoudre les dysfonctionnements existants. Les orientations adoptées consistent à tirer le meilleur parti possible des ressources existantes pour améliorer la santé de la population.

La réforme répond à quatre grandes préoccupations :

- assurer une plus grande cohésion entre les autorités compétentes dans le domaine de la santé, et pour cela favoriser un travail coordonné entre l'État et l'Assurance maladie ;
- conduire une politique globale de santé cohérente, grâce au décloisonnement entre les soins de ville, les soins hospitaliers, le médico-social, la prévention, la sécurité sanitaire ;
- développer la régulation du système de soins à une échelle régionale, pour faciliter l'adhésion des acteurs locaux de santé aux mesures prises et pour adapter les décisions à la situation des territoires ; cette régulation passe par des stratégies susceptibles de mettre en cohérence les modifications des pratiques des professionnels, les évolutions des modes de recours aux soins des usagers et les transformations des organisations des soins de ville et hospitaliers ;
- renforcer le rôle de la concertation dans l'administration du système de santé au niveau régional, en associant mieux les élus, les professionnels de santé, les représentants des usagers, les opérateurs locaux, aux processus d'analyse des besoins et de préparation de la décision.

Quelles sont les décisions adoptées ?

Une réforme ambitieuse de l'administration régionale de la santé sera conduite, en regroupant au sein d'agences régionales de santé (ARS) les services déconcentrés actuels de l'État (la partie « santé » des DDASS et des DRASS), les agences régionales de l'hospitalisation - ARH, les unions régionales des caisses d'assurance maladie - URCAM, les MRS, les groupements régionaux de santé publique - GRSP, et une partie des services régionaux des trois régimes de l'Assurance maladie. Le périmètre de compétence des ARS sera large, incluant la prévention et l'éducation à la santé, les soins de ville, les soins hospitaliers et le médico-social. Leurs compétences devront s'articuler avec le rôle du préfet de département dans la gestion des crises, notamment sanitaires. De nouveaux outils seront mis au service des ARS. Des antennes locales seront nécessaires pour garantir la proximité territoriale nécessaire au pilotage des politiques sanitaires et médico-sociales.



Les services régionaux de l'Assurance maladie seront associés aux services de l'État pour constituer ensemble cette institution nouvelle qu'est l'ARS. Chargée de la régulation des dépenses, l'ARS pourra mettre en place un dispositif conventionnel avec les caisses d'assurance maladie - CPAM. Les ARS seront compétentes sur l'organisation des soins et la gestion du risque, dans le respect des compétences et de l'organisation de l'Assurance maladie. En particulier, cette réforme ne saurait en aucun cas remettre en cause la politique de service de proximité aux assurés garantie par l'Assurance maladie. Le succès de cette réforme cruciale pour l'avenir de nos concitoyens reposera aussi sur la capacité du gouvernement à expliquer les enjeux de cette réforme aux agents concernés, et à construire autour un accompagnement ambitieux en terme de gestion des ressources humaines.

Les ARS seront pilotées par une structure additionnant les forces de l'État et de l'Assurance maladie. Les services de l'État et ceux de l'Assurance maladie seront ainsi rapprochés au sein d'une coordination forte, afin d'assurer la plus grande cohérence des objectifs fixés aux ARS et à leurs partenaires. La réussite de ce dispositif dépendra en grande partie de la qualité de cette association plus étroite de l'État et de l'Assurance maladie dans la conduite des politiques de santé au niveau national.

Les agences sanitaires nationales seront regroupées afin de simplifier les conditions de leur pilotage par l'État, de renforcer leurs capacités d'expertise interne, de réduire les risques de redondance entre elles et de rendre plus lisible l'ensemble du dispositif. Leur regroupement, qui devra être ambitieux, s'effectuera de manière à organiser des pôles cohérents qui correspondent à leurs grandes missions.

L'administration centrale sera réorganisée, de façon à renforcer sa cohésion, en :

- missionnant le secrétaire général des ministères sociaux, qui pilotera la mise en œuvre des ARS et qui associera l'Assurance maladie;
- regroupant l'ensemble des services support du ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports;
- clarifiant le rôle et la position d'un certain nombre de missions et délégations (mission sur la tarification à l'activité, agence technique de l'information sur l'hospitalisation, délégation interministérielle à la famille, délégation interministérielle aux personnes handicapées, délégation interministérielle à l'économie sociale et à l'expérimentation sociale), cette clarification pouvant aller jusqu'à une ré-internalisation au sein des directions d'administration centrales, et en fusionnant la mission d'appui à l'investissement hospitalier avec la mission d'expertise et d'audit hospitalier.

La clarification du paysage des administrations centrales sociales, par exemple par la création d'une direction compétente pour l'ensemble des régimes de sécurité sociale et d'une direction de la cohésion sociale regroupant les administrations œuvrant actuellement sur ce champ sera mise à l'étude pour le prochain Conseil de modernisation des politiques publiques.

Au niveau départemental et régional, une reconfiguration des services œuvrant dans le domaine du social sera conçue, dans un cadre interministériel.

Quels sont les avantages attendus ?

Ces réformes permettront aux pouvoirs publics de se donner les moyens de conduire une politique de santé agissant sur toutes les dimensions de la santé et accroîtra leur efficacité en faveur de la santé de la population. Cette plus grande efficacité pour améliorer la santé de la population doit aller de pair avec une meilleure efficience de notre système de soins pour contribuer au redressement de l'Assurance maladie. Plusieurs facteurs convergents vont en effet y concourir :



