

Rapport de la MECSS - « Les agences régionales de santé, 10 ans après : renouer avec la proximité »

Conférence de presse – Mercredi 16 juin 2021



Mme Annie Vidal
(LaREM, Seine-Maritime)
Présidente



M. Jean-Carles Grelier
(LR, Sarthe)
Président et Rapporteur



Mme Agnès Firmin Le Bodo
(Agir Ens, Seine-Maritime),
Rapporteure

« Les institutions peuvent, si elles sont bien construites,
accumuler et transmettre la sagesse des générations
successives. »

Jean Monnet, Mémoires, 1976

Origines de la mission

Le 1^{er} avril 2020, **les agences régionales de santé (ARS) ont eu 10 ans**. C'est dans ce cadre que la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) avait décidé de se pencher sur ces structures.

Entre temps, la crise sanitaire a mis les ARS – et les critiques qui leur sont faites – au premier plan.

Contexte et ambition de la mission

La mission a réalisé **plus de cinquante auditions** depuis janvier 2021. Elle a notamment auditionné l'ensemble des directeurs généraux d'ARS, mais également les représentants des salariés, les acteurs de la santé et de l'autonomie, les élus locaux.

Au terme de ces auditions, au cours desquelles les ARS ont souvent été décrites comme des « *mastodontes technocratiques* », les rapporteurs refusent de verser dans la nostalgie et de défendre un retour au système antérieur à la loi « HPST », qui n'était pas non plus exempt de critiques.

Ils rappellent ainsi qu'à l'origine de la création des ARS se trouvait le besoin de concevoir une politique de santé globale et transversale, à travers **une structure disposant de l'ensemble des compétences en matière de santé**. Il s'agissait notamment de mettre fin à un système morcelé entre une multiplicité d'acteurs et empêchant le développement d'une logique de parcours de santé.

« En couvrant l'ensemble du champ de la santé, les ARS surmontent les cloisonnements sectoriels et garantissent une conduite plus cohérente et plus efficace des politiques de santé sur un territoire ».
(loi HPST, exposé des motifs)

Malgré cet objectif ambitieux, **après une décennie d'existence, le bilan de ces agences est en demi-teinte**.

Les rapporteurs rappellent le contexte particulier dans lequel se sont déroulées les 10 premières années d'existence des ARS, avec, d'une part, **une pression plus forte sur les dépenses d'assurance maladie** et un taux de progression annuel de l'ONDAM inférieur à 3 %, et, d'autre part, **la création des « grandes régions »**.

Ce qui inquiète le plus les rapporteurs, au terme de la mission, est le **constat d'éloignement des territoires, qui, plus encore que le manque de souplesse et d'agilité des ARS, a été omniprésent au cours des auditions**, alors que ni le rapport de la Cour des comptes ni celui de la MECSS du Sénat n'en faisaient état.

QUELQUES CHIFFRES SUR LES ARS...

- **18 ARS**, une par région depuis la création de l'ARS de Mayotte en 2020
- **Plus de 8 200 agents** (- 9% par rapport à 2012)
- Un budget annuel de près de **750 M€ en 2021** (dont 13 M€ liés à la crise sanitaire)

LES DIFFÉRENTS RAPPORTS SUR LES ARS

2012 : Rapport de la Cour des comptes sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale (Chapitre VII : La mise en place des agences régionales de santé).

2014 : Rapport d'information sur les agences régionales de santé au nom de la MECSS et de la commission des affaires sociales du Sénat (Jacky Le Menn et Alain Milon).

2018 : Rapport de l'Inspection générale des affaires sociale (IGAS) sur le pilotage de la transformation de l'offre de soins par les ARS (Dominique Giorgi, Christian Poirot, Isabelle Yeni).

Des « mastodontes » au périmètre de compétences extrêmement large

La création des ARS trouve sa raison d'être dans la palette exhaustive de missions qui leur a été confiée, regroupant l'ensemble du spectre des politiques de santé. Elles disposent donc d'un champ de compétences extrêmement large, qui englobe à la fois :

- la régulation de l'offre de santé soit notamment la gestion de l'offre de soins – en ville et à l'hôpital – et médico-sociale ;
- le pilotage de la santé publique englobant l'organisation de la veille et de la sécurité sanitaire, la gestion des crises sanitaires ainsi que la promotion de la santé.

Lors des auditions menées par les rapporteurs, l'hospitalo-centrisme des ARS a été souvent évoqué, notamment par les associations d'élus locaux.

Néanmoins, si la culture hospitalière reste majoritaire au sein des ARS, cette critique doit être relativisée à l'épreuve des faits.

Par exemple, le secteur médico-social mobilise en moyenne et de manière stable 35 % de la ressource humaine des ARS dédiée au pilotage de l'offre, ce qui le place au premier rang des cinq secteurs comprenant des missions qui concourent au pilotage de l'offre de soins.

Les rapporteurs rappellent également que l'hôpital est bien le seul domaine de compétences sur lequel l'ARS dispose d'un **lien de tutelle unique**, alors même que la gouvernance du secteur médico-social est partagée avec les conseils départementaux, l'organisation de l'offre libérale avec l'assurance maladie et son réseau territorial, et la veille et la sécurité sanitaire avec le préfet, les services déconcentrés de l'État et Santé publique France.

En revanche, il ne fait pas de doute que **les missions de régulation et de structuration de l'offre de santé (médicale comme médico-sociale) ont pris le pas sur les missions de santé publique des ARS**, et notamment la prévention, ce qui ne peut qu'inquiéter au regard de la crise que nous vivons actuellement. Le rapport souligne notamment le **mal-être croissant exprimé par les corps d'inspection en ARS, et notamment par les professionnels de la santé environnementale**. Il déplore également la **faible part donnée aux missions de prévention et de promotion de la santé publique** (4,4 % des effectifs totaux des ARS).

Alors que plusieurs interlocuteurs auditionnés ont fait part de leur souhait de remettre la santé environnementale ou la sécurité sanitaire dans le giron de l'État, pour les rapporteurs, il convient davantage de **préserver le champ de compétences actuel des ARS**, tout en précisant et en simplifiant ces missions, et **surtout de mettre le principe de subsidiarité au cœur des politiques de santé**, et donc de favoriser le contrôle *a posteriori* plutôt que la multiplication d'instructions *a priori*.

Les missions des ARS en matière de gestion de crise sanitaire doivent notamment être clarifiées, ainsi que leur articulation avec Santé publique France et ses antennes en région.

LE STATUT UNIQUE DES ARS

Les ARS sont des établissements publics administratifs placés sous la tutelle du Ministère des Solidarités et de la Santé.

Ni administration déconcentrée, ni véritablement autonome, leur positionnement institutionnel et au sein du système de santé doit être clarifié.

Les rapporteurs souhaitent le maintien de leur statut d'établissement public, mais considèrent que ce dernier doit être un choix politique assumé.

Éloignées des territoires, les ARS doivent renouer avec la proximité

Le gigantisme des ARS n'est pas seulement lié à l'étendue de leurs missions. Il est également lié à l'étendue de leur périmètre géographique, qui a distendu leurs relations avec les acteurs du terrain.

Ce **sentiment d'éloignement** a été omniprésent au cours des travaux menés par les rapporteurs. Il a sans aucun doute été **exacerbé par la création en 2015 des « grandes régions »**, qui a constitué un choc difficile à absorber pour les jeunes ARS.

Pour les rapporteurs, ce sentiment de perte de proximité, renforcé par la création des grandes régions, est **l'élément principal de l'évolution des ARS entre 2015 et la crise sanitaire**, crise qui a contribué à mettre en exergue cette impression d'un « échelon manquant ».

« Face à des directeurs départementaux qui ne peuvent jouer un autre rôle que celui de « boîte aux lettres » ou de « courroie de transmission », les élus locaux ont l'impression d'être écoutés par ces derniers... mais jamais entendus.

Cette faiblesse de l'échelon départemental apparaît d'autant plus problématique qu'elle crée une forte asymétrie avec deux des principaux partenaires institutionnels de l'ARS : la préfecture de département en matière de sécurité sanitaire, et les conseils départementaux en ce qui concerne le médico-social. » (Extrait du rapport)

Si le choix de l'échelon régional ne doit pas être remis en cause, car il permet une organisation, une planification et une régulation du système de santé plus efficaces, **le rôle fragile et les moyens limités des délégations départementales des ARS ne leur permettent pas de se rapprocher du terrain.**

Le rapport souligne toutefois l'hétérogénéité du rôle des délégations départementales et de leurs poids selon les différentes régions.

Cette hétérogénéité se retrouve notamment dans la part d'effectifs dédiés aux délégations départementales. Si cette dernière est de 48 % en moyenne, elle est de 55 % en Auvergne-Rhône-Alpes ou 52 % en Grand-Est, mais seulement de 24 % en Hauts-de-France ou 28 % en Bourgogne-Franche-Comté.

Les rapporteurs préconisent de renforcer l'échelon départemental des ARS, ce qui permettra :

- de favoriser la proximité avec les acteurs et améliorer les relations avec les élus locaux ;
- de renforcer le rôle « d'animateur » du système de santé dévolu aux ARS ;
- d'accélérer le décloisonnement des politiques de santé.

La légitimité des ARS doit également être renforcée par une réforme de leur organisation et de leur gouvernance.

Les dispositions de la future loi dite « 4 D » représentent un **premier pas vers le renforcement du conseil de surveillance des ARS**, mais ne sont pas suffisamment ambitieuses aux yeux des rapporteurs, qui souhaitent :

- Donner un véritable pouvoir à ce conseil de surveillance, notamment en ce qui concerne le vote du budget ;
- Instaurer une co-présidence de ce conseil de surveillance partagée entre le préfet de région et le président du Conseil régional.

Les rapporteurs préconisent également un **renforcement de la démocratie sanitaire et de la transparence de l'utilisation des crédits** attribués par les ARS aux acteurs de santé.

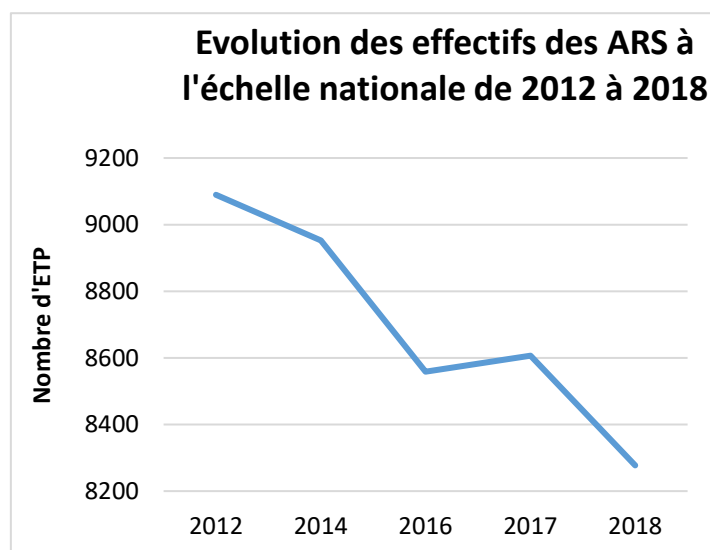
Autre source d'inquiétude, **les ARS disposent de moins en moins d'effectifs** pour accomplir l'ensemble de leurs missions.

Les rapporteurs appellent donc à préserver les moyens de fonctionnement des ARS, et notamment leurs effectifs, pour que celles-ci bénéficient de marges de manœuvre plus importantes.

LA LOI « 4 D » ET LE FUTUR CONSEIL D'ADMINISTRATION DES ARS

L'article 31 du projet de loi relatif à la différenciation, la décentralisation, la déconcentration et portant diverses mesures de simplification de l'action publique (dit « 4 D ») présenté en Conseil des ministres le 12 mai dernier prévoit la **révision de la gouvernance des ARS** :

- en transformant le conseil de surveillance des ARS en conseil d'administration (CA) ;
- en créant deux vice-présidences qui seront confiées à des représentants des collectivités territoriales.



PROPOSITIONS

Le rapport de la MECSS formule 23 recommandations fortes pour que les ARS trouvent enfin leur place au sein de notre système de santé.

Deux mots résumant ces propositions : proximité et subsidiarité.

REDONNER DE LA LEGITIMITE AUX ARS

La légitimité des ARS, qui n'est issue qu'indirectement du Gouvernement du fait de leur autonomie, doit être renforcée par une réforme de leur organisation et de leur gouvernance.

- **Renouer avec la proximité**

Proposition n° 1

Élaborer un cadre de référence proposant un modèle-cible de répartition des missions et des compétences entre les délégations départementales et le siège des ARS.

Proposition n° 2

Favoriser une politique ambitieuse de recrutement et d'attractivité des métiers au sein des délégations départementales.

Proposition n° 3

Institutionnaliser les réunions entre préfets, directeurs départementaux et élus dans chaque département.

Proposition n° 4

Instaurer des contrats pluriannuels de programmation et d'investissement en santé, négociés et conclus entre la région et l'ARS.

- **Renforcer les contre-pouvoirs**

Proposition n° 5

Renforcer la légitimité des conférences régionales de la santé et de l'autonomie (CRSA), en leur donnant un budget propre, en rendant obligatoires leurs avis sur certains sujets, en travaillant à leur réorganisation et en clarifiant leur articulation avec les conseils territoriaux de santé.

Proposition n° 6

Transformer le conseil de surveillance des ARS en conseil d'administration co-présidé par le président du conseil régional et le préfet de région, et donner à ce conseil d'administration le pouvoir de se saisir de tout sujet entrant dans le champ de compétences de l'agence et d'approuver, à la majorité simple, le budget et les documents financiers de l'ARS.

Proposition n° 7

Imposer à chaque ARS la publication d'un rapport annuel sur l'utilisation des crédits FIR et MIGAC.

- **Repenser le recrutement des directeurs généraux d'ARS**

Proposition n° 8

Repenser les modalités de recrutement des directeurs généraux d'ARS, en préservant la diversité des profils.

METTRE LA SUBSIDIARITE AU CŒUR DE L'EXERCICE DES ARS TOUT EN PRESERVANT LEURS MISSIONS

Ce n'est pas tant le champ des missions des ARS qu'il faut faire évoluer mais bien leurs modalités d'exercice. Pour cela, il est urgent de mettre le principe de subsidiarité au cœur des politiques de santé, et donc de favoriser le contrôle *a posteriori* plutôt que la multiplication d'instructions *a priori*.

- **Simplifier et préciser**

Proposition n° 9

Clarifier les compétences des ARS en matière de gestion de crise.

Proposition n° 10

Créer une « réserve administrative » en capacité de venir en aide, sur le terrain, aux administrations en cas de crise similaire.

Proposition n° 11

Renforcer les compétences d'inspection et clarifier la place de ces fonctions au sein des ARS.

Proposition n° 12

Développer les logiques de « guichet unique » et de « chef de file » avec les conseils départementaux et les caisses primaires d'assurance maladie.

Proposition n° 13

Renommer les ARS « agences régionales de santé et de l'autonomie ».

Proposition n° 14

Engager une nouvelle revue des missions des ARS.

Proposition n° 15

Simplifier les régimes d'autorisation d'activités des établissements de santé et les transformer, lorsque cela est possible, en régimes de déclaration, notamment en ce qui concerne les créations et fermetures de services ou de lits.

- **Donner des marges de manœuvre aux ARS**

Proposition n° 16

Renforcer le pilotage politique du Conseil national de pilotage (CNP), *via* notamment une présidence plus régulière du ministre de la santé.

Proposition n° 17

Intégrer Santé Publique France au sein du CNP.

Proposition n° 18

Nommer un secrétaire général dédié uniquement à la santé et à l'autonomie et ayant autorité sur les directions « métiers » du ministère.

Proposition n° 19

Faire des CPOM et des lettres de mission des directeurs généraux d'ARS de véritables outils stratégiques

Proposition n° 20

Fusionner, en un seul budget annexe, l'ensemble des crédits à la main des ARS, en leur donnant la plus grande latitude possible dans leur utilisation.

Proposition n° 21

Régionaliser une part marginale et négociée à l'échelon national de certains financements conventionnels.

Proposition n° 22

Reconnaitre un droit à la dérogation aux directeurs généraux d'ARS.

Proposition n° 23

Préserver les moyens humains des ARS.