

ARS : mode d'emploi

**Travailler dans et avec
les agences régionales de santé**

Sous la direction de
Bruno Fantino

DUNOD

Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage.

Le Code de la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements

d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour

les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée. Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du Centre français d'exploitation du

droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).



© Dunod, 2014

5 rue Laromiguière, 75005 Paris

www.dunod.com

ISBN 978-2-10-070902-1

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2° et 3° a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

*À Françoise Piot, présente et dévouée tout au long de la route
depuis si longtemps déjà.*

Préface

Jean-François BENEVISE

LES AGENCES régionales de santé (ARS) créées par la loi « Hôpital, patients, santé et territoires » (HPST) du 21 juillet 2009 sont l'aboutissement d'un long processus d'approfondissement de la fonction étatique de régulation depuis le début des années 70. Elles incarnent le besoin de renforcement des compétences des autorités sanitaires déconcentrées, obtenu par une extension significative de leurs pouvoirs et de leur champ de compétences. Cette reconnaissance de leur fonction d'animation des politiques de santé se poursuit aujourd'hui avec le pacte « Territoire santé » et la nouvelle stratégie nationale de santé.

Comme le rappelle le titre de la loi HPST, les ARS se situent au carrefour de deux ambitions longtemps perçues comme contradictoires : le service des populations et le service des territoires.

Elles participent à la maîtrise de l'offre de prise en charge sur un champ à compétences élargies (sanitaire, médico-social, environnemental) au service des populations : par le respect des règles d'autorisation et de fonctionnement, une vigilance accrue sur la sécurité et la qualité des prises en charge (le juste soin, la bien-traitance) et la recherche permanente de l'efficience de la gestion concernant des coûts largement socialisés. Cette logique d'ajustement de ressources adaptées aux besoins, dans un secteur dans lequel l'offre de biens et services détermine une part de la demande, a toujours été assumée par les services déconcentrés de l'État qui en étaient chargés.

Par ailleurs, les ARS contribuent à l'adaptation des politiques publiques de santé au service des territoires. Elles sont appelées à prendre en charge plusieurs objectifs historiquement masqués au sein de l'administration sanitaire et sociale : un maillage du territoire en établissements et services destiné à garantir l'équité d'accès aux soins pour tous, un souci constant de préserver des services publics de proximité essentiels pour l'attractivité locale, l'attention au maintien

d'un emploi par nature non délocalisable. Tous ces sujets sont désormais reconnus comme pleinement légitimes, portés par une autorité qui a pour responsabilité première la santé des populations mais qui est capable d'intégrer les logiques de développement territorial portées par les élus.

La difficulté pour leurs responsables provient moins de la variété des objectifs, de la somme des contraintes, parfois doublées d'injonctions contradictoires que du poids excessif des attentes et des espoirs qu'ont porté les acteurs vis-à-vis de ces nouvelles institutions. Celles-ci sont invitées à répondre aux faiblesses multiples du système de prise en charge, au nombre desquelles on peut citer : les inégalités de santé et d'accès aux soins, des dépenses infondées ou redondantes, la parcellisation des compétences, sans parler de la faible pertinence ou qualité d'un certain nombre d'actes prodigués.

Il faut rappeler que la création des ARS ne résume pas à elle seule la loi HPST de même que cette loi ne contient pas l'intégralité des questions de santé : la reconnaissance des droits des malades, la mise en place de la tarification à l'activité ou la montée en puissance des démarches qualité (accréditation par la Haute Autorité de santé, accompagnement à la performance portée par l'Agence nationale d'appui à la performance) ont constitué autant de changements profonds qui ont marqué les acteurs. De même, les évolutions de la protection sociale ou la normalisation croissante des pratiques ont une part plus déterminante dans le fonctionnement du système et son évolution que l'institution chargée d'en piloter une grande part des évolutions.

L'action des ARS s'inscrit également au sein d'attentes contradictoires de la société telles que le principe de précaution parfois compris comme un encouragement à ne pas prendre le risque de l'innovation, la revendication d'une certaine forme d'égalité qui peut se traduire par la demande de réserver des moyens au bénéfice d'une catégorie, ou un refus de voir le lien entre des niveaux de service disproportionnés et leur financement à crédit qui pourrait finir par remettre en cause la protection collective, au détriment des plus fragiles.

La reconnaissance d'un échelon régional intégré de régulation, doté de compétences significatives d'autorisation, de contrôle, de financement ou de contractualisation, poursuit une évolution pluri-décennale du système français de régulation ; la planification de l'offre à partir des années 70, la médicalisation des systèmes d'information et de la tarification dans les années 80, la réforme de la gouvernance des établissements de santé et de l'administration sanitaire des années 90.

C'est aussi un point d'ancrage du processus de réforme de l'État. La transformation de services déconcentrés en agences régionales dotées

d'un statut d'établissement public confirme le mouvement d'autonomisation fonctionnelle des compétences au sein du ministère chargé de la santé vis-à-vis du préfet, représentant de l'État. L'intégration de personnels de droit privé au sein des ARS issus des services en charge des établissements au sein de l'assurance maladie apporte une culture de service public complémentaire de celle qu'incarnent les agents de l'État moins familiers de l'audit, du contrat ou de la gestion de projet ; l'obligation de négocier les règles du jeu du vivre ensemble à partir de cadres de travail sensiblement différents a constitué une innovation institutionnelle particulièrement suivie au sein des deux sphères, statutaire et conventionnelle, d'origine.

Pour apprécier l'apport des ARS, encore faut-il lever des ambiguïtés qui continuent à perturber la compréhension des responsabilités de chacun.

La première d'entre elle conduit à rappeler que la santé ne se réduit pas aux questions sanitaires même si la racine des mots est la même. La santé d'une population relève de bien d'autres déterminants (le patrimoine génétique, l'environnement, les modes de vie et la condition sociale) que la réponse apportée par le système de soins. La responsabilité de la santé publique relève de toutes les institutions dont l'Éducation nationale pour le système de formation et l'apprentissage de la citoyenneté, le ministère chargé du logement et du développement durable pour les conditions de vie, les conseils généraux pilotes de l'action sociale généraliste et les CCAS pour la prise en charge des plus fragiles. A cet égard le système de soins doit rendre compte de sa contribution à ces politiques publiques irriguées par des préoccupations d'intégration et se concentrer sur ses apports spécifiques relatifs à la continuité, à la qualité des soins et de la prise en charge.

De même, le conseil de surveillance de l'ARS n'est pas compétent pour contrôler la mise en œuvre de la politique régionale mais le seul fonctionnement de l'établissement public. Dans les équilibres de la loi HPST, c'est la conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA), le parlement régional de la santé qui est chargé d'en débattre. Pour autant, les directeurs généraux des ARS s'attachent à présenter les axes de leur politique en déclinaison des SROS-PRS afin de répondre aux attentes des membres qui se sont investis dans cette perspective.

Enfin on peut noter que la caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM), partenaire conventionnel des professions de santé, recentrée sur des objectifs « d'assureur de service public » et d'analyse de la pertinence des soins ne situe pas toujours son action en parfaite cohérence avec la définition des responsabilités issue de la loi HPST, même si

le mécanisme de régulation mis en place avec le conseil national de pilotage des ARS dont elle est partie prenante aux côtés des directions d'administration centrale du ministère est censé faciliter la convergence des points de vue.

Tout ceci est compréhensible au vu de l'histoire mais illustre un système en devenir.

Les établissements ont bien amélioré leurs conditions de fonctionnement interne mais peinent à gérer en sus un parcours de prise en charge adapté pour les patients ; des actes aussi banals que la lettre de retour au prescripteur ne sont toujours pas généralisés ; des pratiques de transfert de charges sur d'autres acteurs ou institutions continuent d'être pratiquées. Bref, la mise en œuvre des parcours de soins coordonnés est devant nous. Des expérimentations sont en cours et la stratégie nationale de santé devrait contribuer à franchir de nouvelles étapes, avec des nouveaux outils financiers, mais il faudra des efforts très significatifs pour progresser sur cette voie, tant la pente naturelle de chaque acteur est de se limiter à son champ de contraintes et de prérogatives.

La place de la prévention reste marginale en dépit des efforts constants pour mobiliser les professionnels sur ce champ. Les mécanismes de rémunération encore dominants favorisent l'acte technique au détriment des prestations intellectuelles (diagnostic, conseil) ; là aussi des perspectives nouvelles s'ouvrent avec les nouveaux modes de rémunération pour les médecins ou les pharmaciens.

L'efficacité est loin d'être acquise, et ce à tous les niveaux : les marges d'amélioration sont importantes tant au niveau des coûts économisés que de la qualité des prises en charge, ainsi que l'illustre chaque jour l'ANAP dans ses travaux réguliers. Il revient aux responsables de l'État de porter cette conviction que chacune de leurs décisions (ou non décisions) a une influence directe sur la soutenabilité de notre système de soins.

Les acquis de ces réorganisations du pilotage sont déjà perceptibles :

- la reconnaissance définitive du niveau régional comme pertinent pour l'État, la réunification des compétences juridique et financière au sein d'une même structure tenue de promouvoir les enjeux de maîtrise médicalisée ;
- la garantie de défendre sinon de faire prévaloir un point de vue de santé publique sur toutes les autres considérations, pour dignes d'intérêt qu'elles puissent apparaître ;
- un approfondissement du dialogue professionnel et mature avec les autres institutions que ce soit avec les collectivités territoriales au titre de leurs responsabilités sur le champ médico-social ou des autres

administrations sur des segments de la prise en charge (personnes détenues, élèves, entreprises par exemple).

Cette reconnaissance doit s'accompagner de la mise à disposition des ARS d'une marge de manœuvre accrue et non fléchée avec l'extension du fonds d'intervention régional (FIR) désormais identifié comme un objectif propre du système de santé via un sous-objectif de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie.

Pour autant, ce serait une erreur de tout attendre des ARS. En tant qu'instance de régulation, l'agence ne doit pas faire en lieu et place des soignants ou des dirigeants des structures. Un projet régional de santé se construit et se pilote avec les acteurs au sein de la CRSA et par ses commissions techniques sans penser tout résoudre ou trancher à la seule main d'un responsable de l'État, même investi de pouvoirs significatifs. Un établissement public ne peut pas prétendre répondre à toutes les questions sanitaires et sociales, mais rester en dialogue proactif avec la société et les professionnels pour défendre une approche synthétique des enjeux, une vision du long terme et une implication résolue dans la transformation sociale aux côtés des acteurs.

De même, on peut percevoir plusieurs risques dans le pilotage de ces structures : celui d'un décalage entre des attentes démesurées et une réalité plus contingente ; celui d'un risque de réduction de la compréhension des actions menées à la communication qui en est faite ; celui de faire prévaloir des enjeux de court terme sur les équilibres de moyen terme déterminants dans ces matières tels que le soutien à l'installation et à la pratique collective des professionnels.

La pratique des directeurs généraux se situe au carrefour d'outils très techniques, souvent complexes, et de sujets très politiques dans tous les sens du terme. Cette dualité justifie pleinement l'existence et la nature des ARS, à condition d'en faire bon usage c'est-à-dire de ne pas en attendre ce qu'elles, ou elles seules, ne peuvent donner.

À cet égard, le succès des ARS se mesurera plus par le degré d'autonomie qui leur sera reconnu dans le processus de transformation qualitative du système de santé que par les résultats atteints dont le mérite revient d'abord aux professionnels de la prise en charge. Le maître mot à tous les étages doit être la confiance : confiance dans la capacité des institutions à se réformer en s'appuyant sur les potentiels de leurs collaborateurs, celle des professionnels de santé à porter une vision intégrée de leurs missions, celle des usagers-citoyens à se penser co-acteurs et pas seulement consommateurs.

Je souhaite que ce livre issu d'une belle initiative du docteur Bruno Fantino, professeur titulaire de la chaire Santé des Aînés dans la Société du CHU d'Angers, contribue à une meilleure compréhension des enjeux de cette jeune institution et du cadre dans lequel évoluent les équipes et leurs dirigeants.

Jean-François BENEVEISE
Directeur général de l'ARS de Lorraine (juil. 2011 - déc. 2012)

Table des matières

<i>Préface</i>	V
JEAN-FRANÇOIS BENEVISE	
<i>Liste des auteurs</i>	XIX
<i>Avant-propos</i>	XXIII
1. Regard synoptique sur de nouveaux modes de gouvernance	1
BRUNO FANTINO	
La loi HPST et le projet régional	1
L'architecture générale du projet régional de santé	2
<i>Architecture générale du projet régional de santé, 3 • Les axes stratégiques transversaux, 4</i>	
Les schémas d'organisation	5
Les programmes	6
Le PSRS : un outil régional conçu dans un périmètre national	6
2. Des systèmes d'information performants pour mieux réguler	9
BRUNO FANTINO	
Les principaux systèmes d'information par hébergeur de données	10
<i>L'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), 10 • La caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), 10 • L'institut national de veille sanitaire (INVS), 10 • Le schéma directeur du système d'information (SDSI), 10</i>	
Le PMSI	13
<i>Les principes du PMSI en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), 15</i>	

Le SNIIR-AM	23
3. La connaissance des établissements à travers Hospi-Diag	29
BRUNO FANTINO	
L'analyse de la concurrence entre établissements à travers les parts de marche	30
<i>L'analyse sur la zone d'attractivité, 30 • L'analyse régionale, 31</i>	
L'analyse de la lourdeur des cas	33
La gestion des lits	35
La qualité des soins	37
<i>Score agrégé de lutte contre les infections nosocomiales, 37 • Score de conformité du dossier patient, 38 • La conformité du délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation, 38 • Le dépistage des troubles nutritionnels, 39 • La traçabilité de l'évaluation de la douleur, 39 • La conformité du dossier anesthésique, 40 • La concertation pluridisciplinaire en cancérologie (RCP), 41 • Le niveau de certification, 41 • Les cotations PEP – bloc opératoire – urgences – médicaments, 42</i>	
La pertinence des soins	43
<i>Taux de césarienne, 43 • Taux de péridurale (accouchements par voie basse), 43 • Taux de chirurgie ambulatoire, 43 • Taux des 18 gestes marqueurs en chirurgie ambulatoire, 44 • Taux d'utilisation des places en chirurgie ambulatoire, 45</i>	
Autres indicateurs	46
<i>Indicateurs de performance Ressources Humaines, 46 • Indicateurs de performance Finance, 46 • Carte d'Identité de l'établissement, 48 • Indicateurs de performance Activité, 53 • Indicateurs de performance Organisation, 53</i>	
4. Équilibre financier des établissements de santé	55
BRICE MARGRAITTE	
Un système de financement qui a connu de nombreuses et profondes réformes	56
<i>La fin du système des prix de journées, 57 • Les établissements de santé en grande majorité à l'équilibre, 65 • Les causes des déficits, 67</i>	
Comment les ARS peuvent-elles participer activement au retour à l'équilibre financier des hôpitaux ?	70
<i>Pourquoi est-il nécessaire de maîtriser l'évolution des dépenses hospitalières, 70 • La résorption des déficits, un objectif fixé aux</i>	

*ARS pour assurer la pérennité de notre système de santé, 71 •
Performance interne dans l'établissement, 73*

5. Croiser les métiers et les territoires : l'enjeu de la délégation territoriale 95

PHILIPPE ROMAC

Historique et enjeux de la mise en place des délégations territoriales des ARS 95

2009-2010 : la création des ARS, 95 • Une approche progressivement coordonnée et harmonisée, 97 • L'articulation entre les niveaux régional et territorial : un des enjeux majeurs de l'organisation des ARS, 98 • De la DDASS à la DTARS : d'une approche hiérarchique et régaliennne à une dynamique de projet et d'animation territoriale, 99

Un savoir-faire et une technicité sur les missions régaliennes 101

Le protocole départemental, 101 • Les politiques des ARS en matière de santé-environnement, 103 • Le conseil général, un partenaire privilégié, 106 • L'inspection-contrôle, 109

La légitimité des délégations territoriales fondée sur une logique de proximité et de transversalité 113

Une nouvelle dimension politique dans l'organisation administrative déconcentrée, 113 • Les acteurs du territoire sont forces de proposition, 115 • L'animation territoriale doit constituer l'un des cœurs de métier des délégations territoriales des ARS, 116 • L'animation territoriale s'appuie sur les fonctions métier, 117

En conclusion 120

6. L'offre de soins de premier recours : de l'animation des territoires de santé à une approche transversale 123

SERGE MORAIS

Des enjeux démographiques et un défi essentiel : la coordination de soins 126

L'appareil de formation : quotas, besoins locaux, qualité et attractivité territoriale 129

L'accueil des étudiants, un investissement prometteur 131

La régulation de l'offre de soins de premier recours 134

Des outils d'aide à l'installation permettant de conforter une offre de soins de premier recours de proximité, 134 • Un nouveau pacte « Territoire Santé », 136 • Le rôle du référent

<i>installation, 137 • Des outils de coopération interprofessionnelle, 138 • Enrichissement des compétences, protocoles de coopération : ce que permet l'article 51 de la loi HPST, 138</i>	
La télémédecine, médecine de demain	140
La permanence des soins	140
L'engagement n° 9 du pacte Territoire-Santé	142
La nécessaire coordination des soins en préfiguration de la transversalité dans la prise en charge du patient	143
Vers de nouveaux modes de rémunération	145
<i>Module 1 « Missions coordonnées », 146 • Module 2 « Éducation thérapeutique », 146 • Module 3 « Coopérations entre professionnels de santé », 147 • Module 4 « Rémunérations forfaitaires », 147</i>	
7. Une gouvernance régionalisée pour le secteur médico-social	149
MICHEL VERMOREL	
La gestion et la gouvernance médico-sociale avant la loi HPST	150
<i>Les outils de planification, 150 • La procédure d'autorisation, 150 • La procédure d'allocation de ressource, 151 • Les réformes introduites par la loi HPST, 151</i>	
Les instances régionales	152
<i>La conférence régionale de santé et de l'autonomie (CRSA) et sa commission spécialisée médico-sociale, 152 • Les commissions de coordination des politiques publiques, 154</i>	
Les outils	156
<i>Le plan régional de santé (PRS), 157</i>	
La procédure d'autorisation par appel à projet	161
<i>La commission de sélection des appels à projets, 164</i>	
Le fonds d'intervention régional	164
La régionalisation de l'enveloppe médico-sociale	166
<i>Les enjeux, 167 • La réduction des inégalités territoriales, 167 • Le décloisonnement entre secteurs sanitaire, médico-social et la ville, 168 • Une approche populationnelle, 169 • Les modalités de mise en œuvre et le suivi des actions, 169</i>	
8. Le secteur médico-social, une culture « à part entière » à orienter vers l'efficience	171
VALÉRIE BIGENHO-POET	

Une culture médico-sociale à part entière	171
Une exigence d'efficience à développer	173
Un vecteur de l'aménagement de l'offre : accompagner la « dépendance » dans une perspective de parcours	175
<i>Un secteur essentiel dans l'aménagement de l'offre de santé, 175</i>	
Accompagner « la dépendance » dans une perspective de parcours	179
9. Qualité des soins, efficience et pertinence : comment les ARS peuvent révolutionner la GDR	183
PATRICK MARX	
Gestion du risque ou gestion des risques ?	184
Il était une fois... la loi de l'offre et de la demande	185
<i>Les tentatives de maîtrise de l'offre, 185 • Les tentatives de pilotage de la demande, 187 • Les premières politiques de gestion du risque, 187</i>	
Les politiques de contractualisation avec les établissements de santé et médico-sociaux	190
<i>Le contrat de bon usage des médicaments, des produits et des prestations (CBUMPP), 190 • Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), 191 • Le contrat d'amélioration de la qualité des soins (CAQS), 192</i>	
La pertinence des stratégies médicales et chirurgicales	193
<i>De quoi parle-t-on ?, 194 • Comprendre les dérives et les analyser à l'aune des bonnes pratiques, 196 • Le débat autour du dépistage du cancer de la prostate, 196 • Les actes de radiologie, 197 • Les traitements pharmacologiques, 198 • Le cas particulier de la chirurgie, 199 • La pertinence des stratégies médicales est une caractéristique essentielle du bon exercice de la médecine, 201</i>	
Définir une méthodologie d'action avec la collaboration des professionnels de santé	202
<i>Un travail d'expertise à mener en lien avec les autorités scientifiques et les acteurs de terrain, 202 • Mieux vaut tard que jamais : améliorer le parcours de santé de la personne âgée en perte d'autonomie, 204 • La médecine de parcours peut-elle améliorer l'efficience de notre système de santé ?, 210</i>	
Vers une TAAA ?	212