

L'enjeu de la décentralisation du système de santé en France : démembrement de l'état et contractualisation au sein du système hospitalier

**Professeur Olivier Devaux
Université des Sciences Sociales du Toulouse**

La processus de décentralisation qui affecte l'ensemble des institutions publiques françaises depuis un quart de siècles n'a, bien sûr, pas épargné le système de santé. Dans ce domaine, il n'en a pas résulté, pas plus qu'ailleurs sans doute, une clarification des responsabilités et des pouvoirs. Le dernier rapport triennal du Haut comité de la santé publique le constate : « L'organisation actuelle du système de santé se caractérise par une segmentation et une imbrication de plus en plus prononcée des compétences et des champs d'action. Au niveau national par exemple, le rôle et les compétences de l'Etat et de l'assurance maladie font constamment l'objet d'interprétation et de redéfinition. Au niveau régional, départemental ou local, les processus de décentralisation et de déconcentration, puis les ordonnances de 1996 ont abouti à multiplier les structures et les institutions intervenant sur un même champ, avec des logiques différentes soit hiérarchiques, soit contractuelles »¹. C'est dans cet esprit, et faute de pouvoir, dans le cadre de ce rapport nécessairement partiel, évoquer l'ensemble du système de santé, que nous souhaitons concentrer nos développements sur un aspect spécifique mais parmi les plus importants, notamment en termes financiers, de ce système : le secteur hospitalier, avec une attention particulière sur le processus de réforme initié en 1996 et poursuivi depuis.

Il est vrai que les réformes intervenues en France au cours des années 1996 et 1997, notamment en matière de réforme de l'hospitalisation ne correspondent que partiellement au thème général de notre recherche sur « la décentralisation ». Il y a pourtant bien eu, sur le régime budgétaire, financier et comptable des établissements de santé, un certain infléchissement par rapport aux dispositions adoptées d'une part en 1983 prévoyant un budget global pour chaque hôpital avec élaboration de prévisions par centres de responsabilité et attribution d'une dotation globale par établissement, d'autre part en 1991 avec l'institution d'une carte sanitaire rénovée complétée par un schéma d'organisation sanitaire réalisés au niveau régional, avec le renforcement des organes représentatifs dans les établissements (commission médicale d'établissement, comité technique d'établissement), avec l'élaboration de documents prévisionnels de l'activité des établissements (projet d'établissement, projet médical, contrat pluriannuel éventuellement conclu avec l'État et les organismes d'assurance maladie), enfin avec le développement d'une politique d'évaluation des pratiques professionnelles et des modalités d'organisation des soins avec la création d'une Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale (A.N.D.E.M.). L'énumération des réformes décidées ou esquissées par les lois du 19 janvier 1983 et du 31 juillet 1991 et leur comparaison avec les principales dispositions de l'ordonnance du 24 avril 1996 convainquent assez vite qu'il vaut mieux parler d'une accentuation des tendances apparues au cours des quinze dernières années que d'une véritable réorientation.

¹ Rapport triennal (2002) du Haut comité de la santé publique, synthèse du rapport p. 11.

Sans même évoquer le sempiternel objectif de maîtrise des dépenses de santé, si évident et impopulaire que c'est à peine si les textes officiels osent le mentionner mais qui donne évidemment leur logique et leur continuité aux politiques menées par tous les gouvernements depuis un quart de siècle, quelle qu'ait été la majorité au pouvoir, il est clair-que nombre de directions initiées précédemment ont été confirmées et accentuées. Ainsi en va-t-il de l'effort de responsabilisation des établissements, de la recherche de clarté dans la détermination des engagements respectifs de la collectivité (dotation globale) et des hôpitaux (documents de programmation validés par des organes représentatifs), de l'utilisation de l'échelon régional comme niveau adéquat de gestion des questions hospitalières, enfin de l'appel à la technique contractuelle d'abord seulement proposée, désormais généralisée et imposée. Sur tous ces points, le législateur de 1996 a tenu compte des leçons pouvant être tirées de l'application des textes précédents mais sans en mettre en cause les grandes tendances, plutôt en accentuant les aspects les plus novateurs, jus qu'alors seulement présentés comme des orientations ou des options.

Si le terme « inflexion » paraît donc mieux adapté que celui de « réforme » pour ce qui est des politiques publiques en matière de gestion hospitalière, il semble difficile de soutenir que l'on assiste, en ce domaine, à un pure et simple processus de « décentralisation »² sauf à imaginer que l'actuel effort de mise en tutelle, par l'État et ses représentants, des dépenses générées par le fonctionnement des hôpitaux exprime en réalité une volonté de les rendre à moyen terme plus autonomes en les contraignant à éliminer un certain nombre de gaspillages pour les conduire, le moment venu, à se gérer librement dans un rapport de vrai partenariat avec les organismes financeurs de la sécurité sociale, sans interférence des pouvoirs publics.

L'on ne saurait se laisser égarer par les intentions affichées en 1996 par les pouvoirs publics, affectant de privilégier la préservation de « l'unité et de l'autonomie des établissements » avec maintien de la spécificité de chacun, participation de « tous les personnels médicaux, paramédicaux, techniques et administratifs [...] à l'organisation et à la gestion de l'hôpital » et possibilité d'ériger certaines équipes en « centres de responsabilité » bénéficiant d'un budget et de délégations de gestion³. En fait, il s'agit avant tout de rendre plus efficace la tutelle publique. Cette politique passe d'abord par la mise en place d'un directeur régional, aux pouvoirs accrus et aux compétences spécialisées, donc plus à même que ne l'était le préfet de région d'exercer un contrôle réel sur les structures hospitalières et de résister aux tentations, voire aux tentatives, de dérapages financiers que l'on pouvait constater ici et là. Au surplus, il pour s'appuyer, au niveau national, sur une double légitimité, démocratique d'une part en se référant aux limites financières qui résultent, pour chaque région, de la déclinaison, par les ministres, de la loi de financement de la sécurité sociale votée chaque année par le Parlement, technique d'autre part grâce à la création de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation (A.N.A.E.), chargée d'élaborer, de valider et de diffuser les méthodes nécessaires à l'évaluation des soins, à la définition de bonnes pratiques et de références médicales et à la détermination de procédures d'accréditation des établissements. En même temps et comme il se doit en bonne administration lorsque des services sont appelés à plus de rigueur, sont institués divers mécanismes destinés à provoquer la participation les intéressés, à programmer leurs efforts, à les faire s'engager sur des projets quantifiés, à obtenir qu'ils « s'approprient » en quelque sorte l'objectif de modération des dépenses. Dans ces conditions, il apparaît que la réforme en cours en France en matière de gestion de

² Pour une critique de ce rôle croissant de l'Etat en matière de santé, cf. par exemple l'article d'un professeur de l'Université de New York : Victor G. RODWIN, « Les maladies du plan Juppé », dans *Le Monde*, 19 nov. 1996, p. 15.

³ « Rapport au Président de la République relatif à l'ordonnance n° 93 346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée », dans *Journal officiel*, 25 avril 1996, p. 6321.

l'hospitalisation passe par une forme de démembrements de l'État (I), accompagné et facilité plus qu'atténué par le développement des procédures contractuelles (II).

I - Décentralisation par démembrement de l'Etat

Dans la mesure où le problème du rétablissement des équilibres financiers au sein de la sécurité sociale apparaît comme un objectif majeur des responsables politiques au plus haut niveau, il semble évident que l'Etat ne peut que s'en désintéresser, malgré la tendance générale à la décentralisation, jusqu'à ce que l'équilibre des recettes et des dépenses ait été retrouvé, ce qui n'est pas une mince affaire, mais également jusqu'à ce que tout danger de nouveaux dérapages soit éloigné, ce qui semble hypothétique. De ce point de vue financier, quelques chiffres symboliques méritent d'être rappelés, sans chercher à en vérifier la rigoureuse exactitude dans un secteur où les controverses sur les comptes sont nombreuses et difficiles à arbitrer mais parce que le seul fait de les présenter un peu partout dans les médias a beaucoup contribué à orienter le débat et à esquisser les solutions actuellement dominantes. On rappellera d'abord qu'il est habituel de soutenir que la moitié des financements au titre de santé vont à l'hôpital⁴ et que, parmi les dépenses de ce dernier, la rémunération des personnels représente une proportion de près des trois quarts⁵. En face de ces charges, 85 % des recettes des hôpitaux viennent des remboursements de la sécurité sociale⁶. Enfin, avec 20 à 25 % des lits, les Centres hospitaliers universitaires absorbent rien moins que 40 % des crédits⁷.

Ces diverses évaluations ne donnent pas seulement une idée de l'ampleur de l'enjeu financier, elles nourrissent des polémiques sur la responsabilité de chacun dans le déficit final et sur les inégalités dont les uns ou les autres peuvent se sentir victimes. Les discussions sont encore relancées par l'affirmation -peut-être optimiste et, en tout cas, imprudente de la part de certains médecins- que 60 % des dépenses dans les hôpitaux pourraient faire l'objet d'économies⁸. L'objectif de maîtrise des coûts hospitaliers est à la fois trop urgent et suscite trop d'appréhension pour qu'il soit possible de tenter de l'atteindre en se situant à un seul niveau. C'est à la fois dans un cadre national (A) mais avec une responsabilité régionale (B) que cette politique doit se déployer.

A – Le cadre national

Deux instances nationales de haut niveau vont désormais jouer un rôle décisif. Il s'agit d'abord, dans le cadre politique, du vote par le Parlement, chaque année, de la loi de financement de la sécurité sociale. Cette disposition dépasse évidemment la seule question de l'hospitalisation qui tient cependant, comme on l'a vu, une place importante dans les dépenses de santé. Au surplus, elle prolonge et développe une suggestion présentée par le Haut conseil de la réforme hospitalière qui, dans son rapport publié fin 1995 sur la réorganisation de l'hospitalisation, avait souhaité l'adoption, par le Parlement d'une « loi d'orientation en matière de santé » fixant, pour une période de cinq ans, des objectifs prioritaires de santé et des

⁴ Cf. par exemple Gilles JOHANET, « Les relations hôpital et secteur ambulatoire », intervention présentée lors de la journée du 20 novembre 1996 organisée par le service formation continue de l'Institut d'études politiques de Paris dans le cadre du cycle annuel « Actualité de la protection sociale », intervention publiée dans le compte rendu de cette journée (présentée désormais : Compte rendu de la journée du 20 novembre 1996) p. 23.

⁵ Étienne DOUAT, « Aperçu rapide sur la réforme de l'hospitalisation publique et privée », dans *La Semaine juridique* (JCP), 19 juin 1996. A noter que Jean-Noël Cabanis, directeur d'hôpital et maître de conférences à l'I.E.P. de Paris, a précisé que les dépenses de personnel représentaient 72 à 75 % du total des dépenses hospitalières dans le secteur public et non lucratif, contre 55 % dans le secteur privé : cf. Compte rendu de la journée du 20 novembre 1996, p. 15.

⁶ Marie-José IMBAULT-HUART, « Hôpital : réforme ou régression ? », dans *Etat providence. Arguments pour une réforme*, Folio Gallimard, Paris 1996, p. 366.

⁷ *Id.* p. 372.

⁸ Plus sérieusement : G. JOHANET, *Dépenser sans compter, des pensées sans conter*, éd. Santé de France, Paris 1995, not. p. 20-22.

critères de mise en œuvre de ces critères, avec examen annuel de l'état d'exécution de cette loi d'orientation, par l'Assemblée nationale et le Sénat, sur la base des travaux d'une conférence permanente de la santé réunissant des représentants de l'État, des professionnels de la santé et de l'assurance maladie⁹. Au-delà même du financement des hôpitaux, nombre de juristes et d'hommes politiques avaient souligné depuis longtemps le paradoxe qu'il y avait à ce que les représentants du peuple qui avaient obtenu depuis le XIXe siècle et au terme d'une revendication remontant au Moyen Age, le droit d'accord ou de refus en matière de prélèvement fiscal, ne soient même pas consultés sur des prélèvements obligatoires à caractère social dont le poids augmentait à un rythme autrement plus rapide que les impôts classiques.

Finalement, l'on en arrive, dans ce domaine que l'on avait voulu faire échapper à la Libération aux pesanteurs des modes de gestion du secteur public pour lui préférer des structures associant syndicats de salariés et représentants patronaux, à un mode d'ouverture des crédits évoquant des techniques de répartition des moyens en fonction d'une enveloppe nationale, techniques plus proches des procédures d'Ancien Régime en matière d'organisation du budget de la monarchie, que des nouvelles méthodes de gestion publique. De fait, la procédure de déclinaison des décisions prises au niveau législatif privilégie davantage la recherche d'un strict respect des plafonds financiers proposés par le gouvernement et arrêtés par le Parlement que le souci d'introduire de la souplesse dans la gestion d'institutions dont on paraît craindre qu'elles aient tendance à interpréter toute liberté de manœuvre comme une invitation à effectuer des dépenses supplémentaires.

Les délais sont en outre strictement fixés. Dans les quinze jours qui suivent la publication de la loi de financement de la sécurité sociale et en fonction de l'objectif national d'évolution des dépenses d'assurance maladie arrêtée par le Parlement, les ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale, du budget et de l'économie déterminent le taux souhaité d'évolution des dépenses des établissements de soins et le montant total annuel des dépenses hospitalières, montant réparti par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale en dotations régionales en fonction des besoins, des orientations des schémas d'organisation sanitaire et des priorités nationales ou locales. Pour ceux qui n'auraient pas compris le but de l'exercice, la loi croit devoir préciser que le montant de ces dotations régionales « présente un caractère limitatif »¹⁰.

Au niveau régional, c'est dans les trente jours à compter de la loi de financement de la sécurité sociale que le directeur de l'Agence régionale de l'hospitalisation clôt la procédure budgétaire commencée en octobre de l'année précédente dans chaque établissement en arrêtant définitivement les autorisations de dépenses et les prévisions de recettes, y compris le montant de la dotation globale annuelle et les tarifs de prestations. Le directeur de chaque établissement a ensuite quinze jours pour répartir les autorisations de dépenses et les prévisions de recettes approuvées entre les comptes de chaque groupe fonctionnel, ce dont il informe son conseil d'administration « en sa plus prochaine séance »¹¹. On le voit et à s'en tenir à la lettre des textes, depuis les fonds mis à la disposition de chaque chef de service jusqu'au cadre financier voté par le Parlement, en passant par le budget de chaque établissement et la dotation de chaque région, tous les éléments doivent s'emboîter les uns

⁹ « Rapport du Haut conseil de la réforme hospitalière », dans *Espace social européen. Documents et synthèses*, n° 14 (suppl. au n° 315), déc. 1995, p. 2.

¹⁰ Art. 16 de l'ordonnance du 24 avril 1996 portant modification de l'art. L 174-1-1 al. 3 du code de la sécurité sociale. A noter que le Haut comité de la santé publique a décidé de constituer un groupe de travail sur le thème: « Allocation régionale des ressources et réduction des inégalités de santé ». En attendant les conclusions prévues pour le printemps 1998, un rapport d'étape a été rendu et publié dans *Espace social européen. Documents et synthèse*, suppl. au n° 385, 3 juillet 1997, p. 2 à 7.

¹¹ Art. 17 de l'ordonnance, modifiant l'art. L 714-7 du code de la santé publique.

dans les autres, comme des poupées russes et en un commun souci de non dépassement des sommes prévues.

A côté de la légitimité démocratique que donne le suffrage universel, il est une autre source d'autorité, plus technocratique et qui découle de la détention, réelle ou supposée, de certaines compétences techniques, voire scientifiques. C'est de ces dernières que se réclame l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé¹², établissement public de l'État à caractère administratif, s'appuyant sur la caution scientifique qui doit résulter de la présence d'une forte proportion de médecins dans ses instances et chargée d'une part de valider diverses pratiques en matière de santé, d'autre part de donner une accréditation aux établissements de santé.

La terminologie et les précautions utilisées dans les textes de création et de présentation de cette Agence sont révélatrices¹³. Par-delà les mécanismes compliqués retenus pour la désignation des membres de ses conseils et pour l'exercice de ses diverses attributions, la référence à plusieurs reprises, dans les textes législatifs, aux « méthodes scientifiquement reconnues »¹⁴ ainsi que la présence d'un conseil scientifique dont le législateur n'a pas cru devoir se dispenser de préciser, bien que la détermination de sa composition soit renvoyée à un texte réglementaire, qu'il comprendra des « personnalités étrangères »¹⁵, trahissent le vif souci des auteurs du texte de faire bénéficier les décisions de cette institution de l'autorité qui sont censées donner des références scientifiques. Le rapport accompagnant le texte en rajoute dans l'énumération des qualités de cette Agence : "indépendance", "qualité scientifique", "personnalités reconnues [...] issues des sociétés savantes et d'autres organisations scientifiques et médicales »...¹⁶

La composition des instances de l'Agence tend confirmer cette impression de recherche d'une réputation de compétence scientifique et technique. Si le conseil d'administration est très divers, composé de personnels médicaux, paramédicaux, techniques et administratifs des établissements de santé, de représentants des unions de médecins exerçant à titre libéral, de représentants de l'État, de représentants des organismes d'assurance maladie et des organismes mutualistes et de personnalités qualifiées, il est précisé que la moitié au moins des membres doivent être des médecins et les trois quarts au moins des « représentants des professionnels du monde hospitalier et ambulatoire »¹⁷, catégories dans lesquelles sera obligatoirement choisi le président du conseil¹⁸ et dont les membres ont seuls le droit de donner leur avis sur la composition du collège de l'accréditation¹⁹. Le conseil scientifique auquel il appartient de veiller « à la cohérence de la politique scientifique de l'Agence » doit rassembler des personnalités « choisis pour leur compétence notamment dans le domaine de la qualité des soins et des pratiques professionnelles »²⁰.

Les attributions de l'Agence se répartissent en fonction de deux missions principales. Il lui revient d'abord d'évaluer les soins et les pratiques professionnelles et d'en favoriser le développement dans les secteurs hospitaliers et dans les soins de ville, ce qui passe par un

¹² Le Haut conseil de la réforme hospitalière avait proposé le remplacement de l'Agence nationale de l'évaluation médicale par une Agence nationale d'information, d'accréditation et de l'évaluation médicale (« Rapport du Haut conseil de la réforme hospitalière », p. 6).

¹³ Sur la distinction entre « les recommandations de bonne pratique » et « les références médicales opposables », v. Jean TAPIE, « Les recommandations de bonne pratique et les références médicales, des outils à généraliser, dans *Droit social. Le plan Juppé III*, sept.-oct. 1997, n° 9/10, p. 828-829.

¹⁴ Art. 4 de l'ordonnance: art. L 791-2-1° et 791-3-1° du code de la santé publique.

¹⁵ Art. L 791-7 du code de la santé publique.

¹⁶ *Journal officiel*, 25 avril 1996, p. 6322.

¹⁷ *Idem*.

¹⁸ Art. 3 de l'ordonnance du 24 avril 1996 : art. L 791-5 al. 6 du code de la santé publique.

¹⁹ Art. L 791-8 al. 3.

²⁰ Art. L 791-7 al. 2. L'A.N.A.E.S. a été effectivement créée en avril 1997 (*Journal officiel*, 8 avril 1997). Budget 1997 : 95 millions de francs (« Le projecteur sur la qualité » dans *Le Monde*, 9 avril 1997, p. 52).

travail d'expertise, d'élaboration, d'avis, de validation des pratiques, des actes et des technologies qui lui paraissent les plus adaptées, ainsi que leur diffusion ; cette responsabilité va jusqu'à fournir un avis sur les prestations -mais non les médicaments- donnant lieu à remboursement²¹. Par ailleurs, l'Agence mettra en oeuvre la politique d'accréditation des établissements après élaboration de référentiels, de méthodes et d'une procédure destinés à garantir le bien fondé des décisions d'accréditation²². A noter que la procédure d'accréditation doit être déclenchée par une initiative de l'établissement lui-même, intervenue au cours des cinq années qui suivent la publication de l'ordonnance du 24 avril 1996, avec cette réserve qu'au bout de ce délai l'Agence régionale de l'hospitalisation pourra se substituer à l'établissement défaillant ou simplement craintif qui n'aura pas encore demandé à se soumettre à l'accréditation²³.

B – La responsabilité régionale

Malgré l'importance du niveau national, c'est désormais dans le cadre de la région que sont prises la plupart des décisions émanant de la puissance publique et concernant le plus concrètement, le plus directement les établissements hospitaliers. Il y a là un cadre d'intervention étatique qui est antérieure à la réforme de 1996 mais que cette dernière est venue renforcer en créant une institution nouvelle et spécialisée. Jusqu'alors, en effet, il revenait à l'autorité préfectorale de surveiller le fonctionnement des hôpitaux et, notamment, d'intervenir dans l'allocation des ressources. En fait, diverses considérations rendaient difficile l'exercice effectif de ce pouvoir : la tradition d'indépendance des établissements hospitaliers, un domaine d'intervention -celui de la santé publique- où les arguments de nécessité et d'urgence sont faciles à invoquer notamment en matière de dépenses, l'autorité que donne au corps médical une compétence indiscutée et dont il sait faire un usage hautain chaque fois que ses choix pourraient être discutés, enfin le poids des élus locaux qui jouent un rôle important au sein des conseils d'administration des établissements et qui y sont d'autant plus attentifs que ceux-ci constituent des sources d'activités et d'emplois extrêmement importants. En outre, dans le système antérieure à 1996, les Caisses régionales d'assurance maladie étaient fondées à se plaindre du rôle médiocre qui leur était imparti à l'égard du secteur public hospitalier puisqu'elles n'avaient qu'un pouvoir d'avis dans la procédure budgétaire d'où découlait la dotation globale mise à leur charge²⁴.

C'est en tenant compte de certains de ces problèmes que le Haut conseil de la réforme hospitalière avait proposé de renforcer l'échelon régional par la création d'une « instance régionale de santé » et d'une commission exécutive régionale chargée de réguler l'activité hospitalière. La première, composée des représentants de l'État, des financeurs, des collectivités territoriales, des personnels hospitaliers et des professionnels de santé, aurait eu en charge d'élaborer et de proposer au préfet de région un « programme régional de santé », comprenant notamment un cahier des charges par catégorie d'activité hospitalière cohérente. Quant à la commission exécutive régionale, elle aurait rassemblé les services déconcentrés de

²¹ Art. L 791-2-3°.

²² Art. L 791-3.

²³ Art. 2 de l'ordonnance du 24 avril 1996 : art. L 7105 du code de la santé publique. Ce sont au total 4 000 hôpitaux qui doivent être soumis à la procédure de l'accréditation d'ici l'an 2000, selon un système dont la presse remarque qu'il fonctionne déjà aux Etats-Unis, au Canada et « même en Espagne » (« La qualité des hôpitaux placée sous surveillance », dans *La Tribune*, 9 avril 1997).

²⁴ Dominique CECCALDI, « Un établissement du troisième type : l'Agence régionale de l'hospitalisation », dans *Travail et protection sociale*, n° 3, mars 1997, p. 4. Dans une étude antérieure, D. CECCALDI (« Le plan Juppé à mi-chemin: premier parcours des ordonnances », dans *Ed. du juriste*. *Droit du travail*, mai 1996, p. t 6), présente la création des Agences comme « l'une des innovations les plus originales et les plus audacieuses de la réforme ». Autre formule à propos des Agences : « les têtes du réseau de régulation régionale de l'offre de soins hospitaliers » (Bruno MAQUART, dans *Droit social. Le plan Juppé II*, sept.-oct. 1996, n° 9-10, p. 869).

l'État et l'assurance maladie et aurait passé contrat, dans un cadre pluriannuel, avec les établissements de santé²⁵. Ces diverses propositions ne remettaient pas en cause le rôle prééminent du préfet de région dont l'autorité se trouvait, au contraire, renforcée.

La réforme a pris un tour un peu différent même si certains éléments souhaités par le Haut conseil s'y retrouvent. C'est la principale innovation de l'ordonnance de 1996 que d'avoir créé une institution originale : l'Agence régionale d'hospitalisation, dotée d'un directeur qui apparaît comme le personnage central de la réforme, en tous cas le plus exposé aux critiques comme on l'a vu, avant même qu'ils rendent leurs premiers et douloureux arbitrages, avec le tollé qui a accompagné la publication de leurs rémunérations. Moins véhémentes furent les réactions des juristes qui n'ont cependant pas manqué de remarquer que cette création, « nouveau démembrement de l'Etat »²⁶, ne va pas vraiment dans le sens de la réforme annoncée de l'État. Certains ont parlé, à propos des nouvelles Agences régionales d'établissement du troisième type²⁷, faisant valoir que, compte tenu de l'ampleur des déficits, de l'échec des précédentes réformes et de l'urgence de trouver des solutions, « le pragmatisme a prévalu sur l'orthodoxie »²⁸ Quant aux directeurs de ces Agences, ils se sont vu dotés du surnom révélateur de « préfet sanitaire »²⁹.

Chaque région est donc désormais munie d'une Agence régionale de l'hospitalisation, personne morale de droit public dotée de l'autonomie administrative et financière, constituée sous la forme d'un groupement d'intérêt public entre l'État et des organismes d'assurances maladie, dont au moins la Caisse régionale d'assurance maladie³⁰. Le choix un peu inattendu de la forme juridique du G.I.P. pour un établissement public local doté de prérogatives de puissance publique trouverait sa légitimité dans « la spécificité du domaine de la santé et de l'assurance maladie, partagé entre le public et le privé avec interférence des rôles de l'État et de la sécurité sociale »³¹. Les Agences sont soumises au contrôle tant de la Cour des comptes que de l'inspection générale des affaires sociales. Pour ce qui est de leur organisation financière et comptable ainsi que des concours de l'État et des organismes d'assurance maladie à leur fonctionnement, il revient à la convention constitutive de ces groupements de les préciser. De fait, au printemps 1997, les pouvoirs publics pouvaient annoncer que toutes les conventions étaient signées, à une exception près³².

Les Agences sont dotées de deux organes différents, l'un collégial sous le nom de « commission exécutive », l'autre personnalisé avec le directeur de l'Agence. La composition de la commission exécutive traduit le caractère paritaire du G.I.P. puisque l'on y trouve, en nombre égal, d'une part des représentants de l'État désignés par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, d'autre part des représentants administratifs et médicaux des organismes d'assurance maladie désignés par les organismes parties à la convention constitutive. Quant au directeur, il est nommé par décret en conseil des ministres ce qui le fait participer au stress valorisant ressenti par les plus hauts fonctionnaires à l'approche du mercredi matin. A noter que sa présence rompt, dans une certaine mesure, le principe du

²⁵ « Rapport du Haut conseil de la réforme hospitalière », p. 4 et 5. Dans le document présenté par l'Agence régionale de l'hospitalisation de Midi-Pyrénées à l'occasion de la rencontre organisée avec les directeurs des établissements de santé publics et privés le 11 juin 1997, il est souligné que ce rapport « a fortement orienté la réflexion des rédacteurs de l'ordonnance » (« Commentaires sur les contrats pluriannuels », dans *Les contrats d'Objectifs et de Moyens*, dactyl., Toulouse 11 juin 1997).

²⁶ Jean BORDELOUP, « Les agences régionales de l'hospitalisation : clarification ou nouvelles ambiguïtés ? », dans *Droit social. Le plan Juppé II*, sept.-oct. 1996, n° 9/10, p. 878 à 887.

²⁷ Dominique CECCALDI, art. cité.

²⁸ *Idem*, p. 5.

²⁹ *Idem*.

³⁰ 1 Art. 10 de l'ordonnance du 24 avril 1996 : art. L 710-17 al. 1 du code de la sécurité sociale.

³¹ Dominique CECCALDI, art. cité, p. 4.

³² Les Antilles-Guyane.

paritarisme puis qu'en tant que président de la commission exécutive, il en est membre à part entière, s'ajoutant aux représentants de l'État et des organismes d'assurance maladie, disposant même d'une voix prépondérante en cas de partage des voix, enfin préparant et exécutant les délibérations de la commission exécutive³³.

Le domaine d'intervention des Agences est défini de façon assez large par l'ordonnance qui leur confie trois types de missions principales, apparemment classées par ordre de généralité décroissante : « définir et [...] mettre en oeuvre la politique régionale d'offre de soins hospitaliers », « analyser et [...] coordonner l'activité des établissements de santé publics et privés », enfin « déterminer leurs ressources »³⁴. On pressent que, dans l'esprit du législateur, chacune de ces tâches découle de la précédente, la dotation globale étant fixée en fonction du diagnostic posé à propos de chacun des établissements, ce dernier établi à partir des objectifs arrêtés au niveau régional. L'ensemble de ces attributions relève de décisions prises par le directeur de l'Agence³⁵ qui dispose ainsi d'une compétence générale, seulement limitée d'une part par l'autorité hiérarchique qu'exercent, sur lui, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale³⁶, d'autre part par les questions limitativement énumérées -donc correspondant à une compétence d'attribution- constituant le domaine de délibération de la commission exécutive : autorisations et contrats pluriannuels au profit et avec les établissements de santé, et orientations (lui président à l'allocation des ressources aux établissements de santé³⁷.

En revanche, la liste des décisions que le directeur ne peut prendre qu'après avis de la commission exécutive est assez longue, avec des questions telles que la fixation des limites des secteurs sanitaires et des secteurs psychiatriques, la détermination du schéma régional d'organisation sanitaire, la création des établissements publics de santé autres que nationaux, l'approbation des délibérations des établissements publics de santé, etc.³⁸.

Par ailleurs, le directeur se voit transférer des attributions jusque-là assurées par le représentant de l'État³⁹ auquel ne demeurent que le contrôle des marchés des établissements publics de santé, le renouvellement des nominations de praticiens exerçant à temps partiel à l'issue de chaque période quinquennale d'exercice, l'approbation du contrat d'activité libérale avec possibilité d'une suspension ou d'un retrait de l'autorisation d'un tel exercice, enfin la révision des conditions d'une donation ou d'un legs⁴⁰, ce qui ne constitue plus en ce domaine, pour les préfets, qu'une compétence résiduelle et qui expliquerait le fait que, selon certains, ces agents d'autorité auraient « mal vécu » une telle dépossession⁴¹. Sans doute entre-t-il, dans leurs réactions, le sentiment qu'ils auraient été mieux à même de résoudre les problèmes de maîtrise des dépenses hospitalières s'ils avaient été dotés d'autant de moyens que les directeurs d'Agence. C'est par ailleurs un peu à l'instar du contrôle de légalité que les préfets exercent sur les collectivités locales, que ces directeurs sont destinataires des délibérations des établissements publics de santé et peuvent les déférer devant le juge administratif⁴².

II - Décentralisation par développement des procédures contractuelles

On sait la place que se voient actuellement reconnaître les procédures contractuelles dans les nouvelles techniques d'intervention publique. Ce n'est pas seulement un moyen pour

³³ Art. L 710-19 du code de la sécurité sociale.

³⁴ Art. L 710-18 al. 1.

³⁵ Art. L 710-21 al. 1.

³⁶ *Idem*, al. 4.

³⁷ Art. L 710-20.

³⁸ Art. L 71-21 al. 2.

³⁹ Art.12 de l'ordonnance du 24 avril 1996.

⁴⁰ *Journal officiel*, p. 6323.

⁴¹ Étienne DOUAT, art. cité.

⁴² Art. 710-22 du code de la sécurité sociale.

l'État de fixer les rapports, les engagements réciproques et les actions communes qu'entend conduire avec un certain nombre d'institutions plus ou moins indépendantes de lui, en tous cas pouvant intervenir dans une négociation comme un partenaire à part entière, telles une collectivité locale ou une grande entreprise. Les vertus du contrat sont supposées telles que, même dans les services de l'État, sont invités à signer des conventions non seulement ceux qui disposent d'une certaine autonomie dans le cadre d'un régime de personnalité morale mais également ceux que lie entre eux un rapport de subordination hiérarchique.

Outre les avantages résultant du fait de s'engager sur un document synallagmatique définissant les obligations que chacun accepte de remplir ainsi que les moyens à mobiliser, les calendriers à respecter et les modalités de concertation à mettre en oeuvre pour atteindre les objectifs communs, le système du contrat est considéré comme l'un des plus adaptés pour fournir à chaque institution contractante l'occasion de faire le bilan de ses moyens, parfois de ses forces et de ses faiblesses, de définir ses projets et d'évaluer les efforts à réaliser et les aides à obtenir pour les atteindre. Si la concertation interne se déroule dans des conditions satisfaisantes, c'est une technique efficace pour mobiliser l'ensemble des personnels, pour faire en sorte qu'ils adhèrent au projet de l'établissement ou du service, pour que chacun, à tout niveau, prenne conscience que l'on ne peut adopter, à l'égard de l'État, une attitude purement revendicative de moyens financiers et humains supplémentaires : il doit être désormais entendu et accepté que toute allocation nouvelle ou simplement renouvelée doit se situer dans le cadre d'objectifs arrêtés ensemble et s'accompagner d'un effort de plus grande efficacité de la part de l'institution bénéficiaire.

Il était prévisible que, parée de tant de charmes, la procédure contractuelle allait également séduire les réformateurs des modes de gestion hospitalière⁴³. De fait, le contrat est présent, généralement de façon décisive, à chaque niveau de la hiérarchie des institutions compétentes en ce domaine : au plan régional pour la mise en place de chaque Agence de l'hospitalisation et par accord entre l'État et les organismes d'assurance maladie, dans le cadre de chaque établissement par la signature, avec le directeur de l'Agence régionale, d'un contrat d'objectifs et de moyens pour une durée de trois à cinq ans, enfin à l'intérieur de chaque établissement et pour autant que certaines équipes médicales ou paramédicales proposent la création de centres de responsabilités appelés à bénéficier d'une délégation de gestion dans le cadre d'un contrat négocié. Dans cette énumération, ce sont les contrats d'objectifs et de moyens concernant chaque établissement (*A*) qui paraissent les plus importants d'autant que les contrats d'installation de chaque Agence sont d'ores et déjà intervenus et que les contrats internes dépendent de la capacité de certains sous-ensembles de se mobiliser (*B*).

A - Contrats d'objectifs et de moyens spécifiques à chaque établissement

S'agissant des conditions de déclenchement de la négociation, l'ordonnance du 24 avril 1996 se borne à indiquer que les établissements publics de santé doivent non seulement tenir compte des objectifs du schéma d'organisation sanitaire mais également se situer dans le cadre du projet médical et du projet d'établissement approuvé⁴⁴. Cette précision conduit la circulaire d'application à affirmer très logiquement que « seuls les établissements dont les projets d'établissement ont été approuvés pourront être éligibles à la contractualisation »⁴⁵. Pour les autres, il est simplement prévu, s'il apparaissait nécessaire de contractualiser une opération ne

⁴³ Christian-Albert GARBAR, « Les conventions d'objectifs et de gestion : nouvel avatar du 'contractualisme' », dans *Droit social. Le plan Juppé III*, sept.-oct. 1997, n° 9/10, p. 816 à 821.

⁴⁴ Art. 8 de l'ordonnance du 24 avril 1996 : art. L 710-16-1 al. 1 du code de la santé publique. V. Jean-Claude MOISDON, « Les contrats dans le nouveau système hospitalier : naissance d'une instrumentalisation »; dans *Droit social. Le plan Juppé III*, p. 872 à 876.

⁴⁵ Circulaire n° 22 du 13 janvier 1997, II-2-1 : « L'initiative ».

pouvant être différée, de signer un protocole d'accord définissant les objectifs de capacité, les orientations médicales, le cadrage financier et les délais.

La circulaire donne également des indications utiles sur les critères dont le directeur de l'Agence et son comité exécutif devront s'inspirer pour déterminer leur programme de contractualisation et les établissements à traiter en priorité. Concrètement deux sortes d'hôpitaux devront être incités à s'engager en premiers dans le processus contractuel. Il s'agit d'abord de ceux dont les coûts doivent être réduits dans le cadre du redéploiement financier à conduire dans chaque région, ce qui est conforme à l'objectif général de l'ordonnance tendant à remettre en cause les inégalités apparues dans le montant des diverses dotations financières. Il s'agit d'autre part des établissements dont l'adaptation s'avère urgente au regard des objectifs du schéma régional d'organisation sanitaire, notamment du point de vue de la sécurité, de l'amélioration de la qualité des soins et de la répartition géographique des installations. L'on conviendra qu'en fonction de ces deux critères, ce sont les établissements posant des problèmes qui seront invités à s'engager en priorité dans la contractualisation, ce qui ne devrait pas contribuer à faciliter les premières négociations.

Pour ce qui est du déroulement des discussions, il faut également se référer à la circulaire d'application. Elle constate d'abord que la phase de négociation proprement dite avec l'Agence doit être précédée d'une réflexion approfondie portant sur la place de l'établissement par rapport au schéma régional d'organisation sanitaire, sur ses forces et ses faiblesses, sur sa situation financière et sur l'optimisation de sa gestion. Une règle générale est posée, formulée dans ce style administratif si particulier désormais en honneur, et concernant « l'itération constante et la dynamique qui existeront à terme entre contractualisation externe et contractualisation interne pour les établissements de santé publics »⁴⁶.

Il résultera de cette réflexion un diagnostic sur l'établissement comportant d'une part des éléments sur son environnement (données démographiques, sociologiques, épidémiologiques, attractivité des établissements, données prospectives de l'aménagement du territoire, carte sanitaire, offre de soins libérale médicale et paramédicale, projet des autres établissements...)⁴⁷, d'autre part des données médicales et budgétaires permettant de situer l'établissement par rapport à ses homologues dans la région et au niveau national, en prenant en compte des considérations de qualité (dominantes en terme d'activité, carence de représentation de certaines-disciplines, accessibilité, pertinence de l'hospitalisation et des actes par rapport aux recommandations de pratiques professionnelles, gestion des risques, optimisation du plateau technique, prise en compte des missions de santé publique...)⁴⁸. Pour rassembler ces renseignements et leur donner une présentation homogène par rapport aux autres établissements publics hospitaliers, il conviendra de s'appuyer en priorité sur les informations issues du programme de médicalisation des systèmes d'information mais également sur le manuel pour un diagnostic des établissements de santé⁴⁹, sur les outils d'analyse élaborés par les services de la Caisse nationale d'assurance maladie, enfin sur le guide de l'accès des Agences régionales aux systèmes d'information de leurs membres.

L'élaboration du contrat ne peut évidemment résulter d'un dialogue borné aux directeurs des deux institutions appelées à s'engager. L'ordonnance du 24 avril 1996 impose l'intervention d'un certain nombre d'organes collégiaux au sein de l'établissement signataire : avis de la commission médicale d'établissement et du comité technique d'établissement, délibération du conseil d'administration. Il est même prévu d'ajouter, en tant que de besoin et comme partie à telle ou telle clause, des intervenants extérieurs : « des organismes concourant aux soins, des professionnels de santé exerçant à titre libéral, des instituts de recherche ou des

⁴⁶ *Idem.*

⁴⁷ Annexe 1 de la circulaire.

⁴⁸ *Idem.*

⁴⁹ Publié en février 1996 par l'École nationale de la santé publique.

universités »⁵⁰. Les pouvoirs publics étant visiblement désireux d'impliquer le plus de monde possible dans la procédure contractuelle, la circulaire d'application souhaite une concertation étendue à « l'ensemble des acteurs » ce qui suppose notamment que le corps médical soit « étroitement associé », que la commission des soins infirmiers soit tenue informée de même que l'ensemble des équipes, « mobilisées pour formuler des propositions »⁵¹.

C'est pour l'énumération des points devant figurer dans le contrat que l'ordonnance est la plus prolixe. Les premiers éléments cités relèvent des buts à réaliser. Il s'agit d'une part de la description des transformations que l'établissement s'engage à opérer dans ses activités, son organisation, sa gestion et dans ses modes de coopération, d'autre part de la définition des objectifs en matière de qualité et de sécurité des soins ainsi que de mise en oeuvre des orientations adoptées par la conférence régionale de santé. De ces points de vue, la circulaire d'application ajoute un certain nombre de paramètres susceptibles d'être pris en compte dans le contrat : ajustement des capacités d'accueil aux besoins recensés, suppression des activités redondantes ou inutiles, conversion vers des activités déficitaires notamment médico-sociales, concentration des plateaux techniques, optimisation des moyens par des recherches de complémentarités ou des actions de coopération. Il est également souhaité une attention particulière à la qualité et à la sécurité des soins⁵².

Les aspects suivants prévoient les moyens en personnels et en crédits : d'une part des dispositions relatives à la gestion des ressources humaines nécessaires pour la réalisation des objectifs, d'autre part des éléments financiers tant en fonctionnement qu'en investissement. Ces derniers doivent, le cas échéant, indiquer les objectifs annuels de réduction des inégalités de ressources prévues par l'ordonnance du 24 avril 1996. Le contrat doit également préciser les critères en fonction desquels les budgets de l'établissement peuvent évoluer selon le degré de réalisation des objectifs fixés. La circulaire d'application s'inspire, plus ou moins consciemment, d'une citation d'un auteur du XVI^e siècle, de Jean Bodin, pour présenter le personnel comme « la première richesse des établissements » mais sans oublier l'objectif prioritaire de la réforme en rappelant que c'est aussi « le principal poste des dépenses hospitalières ». Ce sont autant de raisons de privilégier « une démarche très participative »... Suivent toute une série d'indications passablement techniques sur la nécessaire « visibilité » budgétaire, sur la réduction des coûts, sur le respect des engagements...⁵³.

Pour accélérer le processus de contractualisation, l'ordonnance met entre les mains du directeur de l'Agence régionale des moyens de pression efficaces. A l'encontre des établissements qui refusent de s'engager dans la voie contractuelle, il est indiqué qu'il peut tenir compte de cette défaillance « dans l'exercice de ses compétences budgétaires », ce qui constitue une menace dont on ne peut même pas dire qu'elle soit voilée. D'ailleurs, les hôpitaux ne doivent pas se croire à l'abri à partir du moment où ils ont accepté de signer : encore faut-il qu'ils s'exécutent. Dans cet esprit et cette fois à l'encontre de l'établissement qui ne remplit pas ses engagements, il est loisible au directeur de l'Agence de mettre en oeuvre les sanctions, notamment financière, prévues dans le contrat⁵⁴. Ces possibilités de pression pourraient dénaturer les conditions d'élaboration et de signature des contrats ce que veulent éviter les directeurs des Agences régionales. Ainsi en Midi-Pyrénées, a-t-il été publié que le contrat devait être considéré comme « un document de portée globale, fortement engageant pour la gestion (pour le management devrait-on dire) de l'établissement et non un pacte de

⁵⁰ Art. 8 de l'ordonnance du 24 avril 1996 : art. L 710-16 al. 3 et 4 du code de la santé publique.

⁵¹ Circulaire, II-2-3 et 4 : « La concertation », « Les consultations ».

⁵² Circulaire, annexe 2, 1 et 2 : « Les orientations stratégiques de l'établissement », « La qualité et la sécurité des soins ».

⁵³ Circulaire, 6 : « Les dispositions relatives à la gestion des ressources humaines ».

⁵⁴ Art. L 710-16-1 al. 7 et 8 du code de la santé publique.

circonstance, destiné à décrocher des financements additionnels »⁵⁵. On souhaite que cette vertueuse affirmation suffise à éloigner des chefs d'établissements la tentation de traiter les contrats en simple moyen d'augmentation de dotation globale.

B - Contrats d'installation des Agences et contrats internes des établissements

Dans la mesure où les Agences sont créées par accord entre l'État et des organismes d'assurance maladie, il est normal que la loi ait prévu la conclusion des conventions constitutives de ces organismes, à signer au plus tard au 31 décembre 1996⁵⁶. Elles devaient être conformes à une convention-type, élaborée en concertation avec les organismes nationaux d'assurance maladie, arrêtée par décret en Conseil d'État et précisant notamment l'organisation financière et comptable des Agences, ainsi que les concours de l'État et des organismes d'assurance maladie à leur fonctionnement⁵⁷. Il appartient ensuite à chacune des conventions de préciser les conditions selon lesquelles les services départementaux et régionaux peuvent être placés pour partie sous l'autorité du directeur de l'Agence. S'y ajouteront es agents de l'État en position de détachement, des agents mis à disposition par les parties à la convention et, « à titre exceptionnel et subsidiaire » des agents contractuels de droit public⁵⁸.

Le nombre d'agents susceptibles d'être concernés par ce système de mise à disposition a été évalué à deux mille personnes, issues pour une moitié des directions régionales et départementales de l'action sanitaire et sociale et pour l'autre moitié des services de la sécurité sociale. Il y a là un important renfort potentiel pour les jeunes Agences régionales mais qui peut se heurter au fait que « l'administration française, de tradition hiérarchique, n'est pas habitué au « travail en réseau »⁵⁹. Les personnes mises à disposition restant rattachés à leur service d'origine, le directeur de l'Agence devra conduire un effort constant pour préserver la cohésion de son institution. Finalement, dans cette action commune conduite par l'État et les organismes d'assurance maladie, certains soutiennent que le rôle le plus important devra être tenu par ces derniers, les services de l'État demeurant « traumatisés par ce qui reste une forme de dépossession » tandis que les C.R.A.M. « devraient [...] prendre une part beaucoup plus grande dans l'organisation et la régulation du système hospitalier »⁶⁰.

Pour ce qui est de la contractualisation interne, elle présente cette spécificité, par rapport aux deux autres procédures conventionnelles présentées jusqu'à présent, de demeurer purement facultative, subordonnée aux initiatives du directeur ou des équipes médicales ou paramédicales de chaque établissement. En effet, si l'ordonnance prévoit que les chefs d'établissement peuvent négocier des contrats d'objectifs et de moyens avec les responsables des centres de responsabilité créés dans le cadre de leur établissement, en vue de les faire bénéficier de délégation de gestion, ces centres de responsabilité ne sont mis en place que sur proposition des équipes médicales et paramédicales ou sur initiative du directeur lui-même, en tous cas après avis du la commission médicale d'établissement et du comité technique d'établissement⁶¹. Cette disposition a été précisée par un décret du 18 avril 1997⁶² et par une

⁵⁵ « Commentaires sur les contrats pluriannuels », art. cité.

⁵⁶ Art. 11 de l'ordonnance du 24 avril 1996.

⁵⁷ Art. L 710-17 al. 5 et 6.

⁵⁸ Art. L 710-23 al. 3.

⁵⁹ Dominique CECCALDI, art. cité, p. 5.

⁶⁰ *Idem*.

⁶¹ Art. 9 de l'ordonnance du 24 avril 1997 : art. L 714-26-1 al. 2, 3 et 6 du code de la santé publique.

⁶² Décret n° 96-346 du 24 avril 1996 relatif à la délégation de signature des directeurs d'établissements publics de santé et modifiant le code de la santé publique.

circulaire d'application du 21 avril 1997⁶³ qui situe cette procédure dans le cadre de la modernisation des établissements de santé, qualifiée d' « ambition forte » de l'ordonnance.

Cette circulaire d'application indique les conditions d'articulation des diverses procédures contractuelles en imposant que les contrats de délégation de gestion déclinent « pour chaque équipe hospitalière, les objectifs de qualité de soins, ainsi que les engagements de suivi de l'activité et de meilleure utilisation des moyens humains, matériels et financiers prévus par le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens » signé par l'établissement⁶⁴, ce qui aurait pu conduire à un droit de regard du directeur de l'Agence régionale sur cette contractualisation interne mais sans que le rédacteur ait osé aller jusque là. Il s'agit, en même temps, de dépasser l'ancienne logique « essentiellement budgétaire et descendante »⁶⁵ qui présidait à la mise en place des centres de responsabilité pour en faire une méthode de gestion qualitative et participative en mettant l'accent sur l'initiative des équipes hospitalières. Il est même fait appel, dans la circulaire, à un principe à l'origine mieux connu du droit européen que du code de la santé, celui de « subsidiarité » qui tend à ce que les décisions soient prises au niveau le plus proche possible des personnes qu'elles concernent. De façon réaliste, sinon cynique, il est même prévu de compléter le mouvement spontané de responsabilisation des personnels par des « possibilités d'intéressement collectif des équipes aux résultats de leurs efforts »⁶⁶.

La procédure contractuelle se déroule en deux temps. Il s'agit d'abord de définir le cadre du centre de responsabilité qui doit résulter d'un regroupement des structures existantes en vue d'atteindre la taille critique nécessaire à la négociation d'un budget prévisionnel et un dialogue « équilibré et transparent » avec la direction de l'établissement. C'est également dans cette première étape que les structures médicales concernées transmettent, par l'intermédiaire de leurs chefs de service ou de département, une proposition de nomination d'un responsable du centre, choisi parmi les praticiens hospitaliers travaillant dans ce cadre. Dans un deuxième temps, il appartient au directeur de l'établissement et au responsable qu'il a nommé de négocier un contrat fixant des objectifs, définissant et encadrant les pouvoirs de gestion exercés par le responsable et intéressant les équipes à la réalisation de ces objectifs. Il est explicitement prévu que la délégation de gestion puisse aller jusqu'à la délégation de signature, présentée comme « un mode d'application singulier, mais abouti, de la contractualisation interne »⁶⁷. Le dispositif d'accompagnement destiné à encourager le développement d'initiatives en ce domaine et consistant en une amélioration des systèmes d'information et de pilotages et en des actions de formation pour une sensibilisation des praticiens à la gestion, témoigne de l'importance que les auteurs de la circulaire accordent à ce processus de contractualisation interne.

*
* *

Les deux alternances qui ont marquées la vie politique française depuis 1997 ont chaque fois posé le problème d'une éventuelle réforme de la réforme. Dans la mesure où demeure plus que jamais l'objectif de maîtrise des dépenses de santé et où toute politique en ce sens ne peut que se traduire par un fort mécontentement, on comprend que le dépôt d'une

⁶³ Circulaire n° 304 du 21 avril 1997 relative à la contractualisation interne dans les établissements publics de santé.

⁶⁴ Circulaire n° 304, 1.1 : « La contractualisation interne est une étape nouvelle dans l'adaptation des méthodes de gestion hospitalière ».

⁶⁵ *Idem*.

⁶⁶ Circulaire, 1.2 : « La contractualisation doit permettre de responsabiliser les équipes hospitalières ».

⁶⁷ Circulaire, 2 : « Les deux étapes de mise en oeuvre de la contractualisation interne ».

nouvelle loi sur la sécurité sociale en général, sur l'hospitalisation en particulier n'ait pas constitué une priorité des gouvernements mis en place après la victoire de la gauche en 1997, de la droite en 2002. En cas de tensions majeures résultant d'arbitrages budgétaires nécessairement restrictifs, il peut même s'avérer commode d'en rejeter la responsabilité sur les procédures imaginées par la précédente équipe et d'annoncer de nouvelles méthodes, tendant de toutes façons à satisfaire, par d'autres voies, l'incontournable obligation de restriction des dépenses. Dans une telle occurrence, le retour à la compétence du préfet de région, avec des modalités de concertation faisant par exemple plus de place aux structures syndicales ou corporatives, constituerait une solution relativement aisée à mettre en oeuvre, satisfaisante pour l'esprit puisque supprimant un démembrement de l'État, surtout susceptible de faire l'objet d'une présentation valorisante auprès l'opinion publique, donc de la satisfaire au moins dans un premier temps.

Si l'on se place dans l'hypothèse où s'avérerait impossible le maintien du statu quo -ce qui contredirait soit dit en passant, une des traditions françaises les mieux ancrées en matière d'institutions administratives- une autre direction d'évolution est concevable. Il est vrai que la réforme de 1996 peut paraître incomplète par rapport au problème que pose le financement des dépenses de santé. Elle s'attache surtout à renforcer la tutelle sur les établissements hospitaliers qui sont, il est vrai, à l'origine d'une forte proportion de ces dépenses, surtout par comparaison avec un certain nombre de nos voisins européens. Quant à évaluer les résultats de la réforme, on peut du moins souligner qu'après la publication de chiffres alarmistes sur l'augmentation prévisible des dépenses hospitalières, les prévisions actuelles n'envisagent pas de dérapages insupportables par rapport aux objectifs. Un rapport publié en 2005 par le Conseil économique et social évalue les dépenses liées aux établissements publics hospitaliers à 49,3 milliards d'euros, soit 3,17 % du produit intérieur brut, proportion à rapprocher du poids total des dépenses de santé : 9,47 % du PIB⁶⁸. Pour ce qui est des Agences, on peut imaginer qu'elles sont d'autant mieux acceptées qu'elles ne limitent pas leur action à une tutelle purement comptable, avec distribution de bons ou de mauvais points uniquement en fonction des économies réalisées par les établissements mais qu'elles lancent des politiques de redéploiement des moyens à partir d'objectifs répondant aux attentes de l'opinion publique et acceptés par les professions de santé et notamment par le corps médical. On peut interpréter la proposition, récemment déposée dans le cadre du « Projet hôpital 2007 », de transformer les Agences régionales de l'hospitalisation en Agence régionale de santé, par élargissement de leurs compétences, comme le signe d'une certaine réussite⁶⁹.

Au-delà de la question de la gestion hospitalière mais dans le cadre plus général de la décentralisation du système de santé, le Haut comité de la santé publique a présenté quelques pistes d'évolution souhaitables, présentées sous le titre « Prendre en compte les dynamiques territoriales » : « Le niveau régional a pris depuis quelques années un rôle de plus en plus important dans la régulation du système de santé français. Cependant le fonctionnement actuel des institutions régionales qui ont été créées s'inscrit difficilement dans les enjeux de santé publique dont l'importance apparaît de plus en plus clairement, et la nécessité d'une coordination des actions de prévention et de soins implique également une coordination des institutions régionales »⁷⁰. Cet objectif de coordination dépasse largement le domaine des établissements hospitaliers et même celui des institutions en charge de la protection sanitaire des Français. La décentralisation le rend plus nécessaire que jamais.

⁶⁸ Eric MOLINIE, *L'hôpital public en France : bilan et perspectives*, Avis et rapports du Conseil économique et social, 2005, p. 35.

⁶⁹ *Projet hôpital 2007. Mission sur « La modernisation des statuts de l'hôpital public et de sa gestion sociale »*, dit « Rapport Debrosse », avril 2003 : « l'évolution des ARH en ARS est largement souhaitée même si tout le monde ne s'accorde pas sur les objectifs à atteindre ».

⁷⁰ *Rapport triennal (2002)*, ouvr. cité, p. 14.