



Master 2 Mention Santé publique

Parcours : Pilotage des politiques et actions en santé publique

Promotion : 2018-2019

**Les relations entre l'administration centrale et les
Agences régionales de santé (ARS) : les ARS,
partenaires autonomes de l'administration
centrale ?**

Arielle GRAZIANI

2018-2019

Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont aidée dans la rédaction de ce mémoire.

Je remercie tout d'abord ma tutrice de stage, Julie Bouscaillou, chargée des populations précaires et vulnérables au sein du Bureau santé des Populations et politique vaccinale (Bureau SP1, Direction générale de la santé). Je remercie également toute l'équipe du bureau SP1 pour son accueil chaleureux.

Je remercie ma directrice de mémoire, Madame Petit-Sénéchal, pour ses conseils avisés.

Je remercie également l'équipe pédagogique du Master 2 Pilotage des politiques et actions en santé publique (PPASP).

Enfin, je tiens à remercier l'ensemble des personnes qui m'ont accordé de leur temps pour réaliser ces entretiens et qui ont acceptées de répondre à mes questions sur les relations entre l'administration centrale et les Agences régionales de santé.

Sommaire

Introduction 1

1 L'administration du secteur de la santé : des services déconcentrés aux Agences régionales de santé, naissance d'une nouvelle relation entre l'échelon national et l'échelon territorial de l'administration sanitaire 5

1.1 La création des Agences régionales de santé : un long cheminement réflexif 5

1.1.1 Le processus de déconcentration dans le secteur de la santé 6

1.1.2 Un projet de décentralisation sanitaire rapidement écarté 8

1.1.3 Le tournant des années 1990 : la territorialisation des affaires sanitaires 9

1.2 La naissance d'un nouvel interlocuteur régional : les Agences régionales de santé 12

1.2.1 La création des Agences régionales de santé : contexte et motifs de la loi 12

1.2.2 Les compétences et les missions des ARS 15

1.3 Les Agences régionales de santé, de nouveaux acteurs au statut particulier 16

1.3.1 Les Agences régionales de santé : des acteurs territoriaux difficilement identifiables 16

1.3.2 Les ARS : une catégorie administrative *sui generis* 18

2 Les relations entre l'administration centrale et les Agences régionales de santé : un principe de « co-construction » de l'action publique en santé difficile à mettre en œuvre 20

2.1 La réforme de 2009 : naissance d'un nouveau mécanisme de concertation et de dialogue entre l'administration centrale et l'échelon territorial 21

2.1.1 Un nouveau cadre de dialogue formalisé 21

2.1.2 La permanence de relations verticales entre l'État central et l'échelon territorial 22

2.1.3 Les conséquences de la réforme de 2009 sur la communication entre l'échelon national et l'échelon territorial 28

2.2 Les Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens État-ARS : vers une horizontalisation des rapports entre l'échelon national et l'échelon territorial ? 32

2.2.1 Une nouvelle relation contractuelle : le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens État-ARS 33

2.2.2	Un cadre contractuel propice à la « co-construction » de l'action publique en santé	35
2.2.3	Le CPOM État-ARS : un étai limitant les marges de manœuvre des ARS	38
2.3	<i>Un nouveau processus de « co-construction » des instructions</i>	40
2.3.1	Le processus d'élaboration des instructions	41
2.3.2	Des instructions moins directives	43
2.3.3	L'instruction du 8 juin 2018 relative à la mise en place du parcours de santé des migrants primo-arrivants et sa déclinaison au niveau régional	44
3	Les Agences régionales de santé ont-elles les moyens de leur autonomie ?	53
3.1	<i>Projet régional de santé ou politique régionale de santé ?</i>	54
3.1.1	Les Agences régionales de santé, des acteurs stratégiques : un Projet régional de santé adaptable aux particularités régionales	54
3.1.2	Un cadre national rigide	58
3.1.3	L'émergence d'une (relative) autonomie politique	61
3.2	<i>Des marges de manœuvre financières limitées par un « cadre budgétaire contraint »</i>	61
3.2.1	Le cadre budgétaire contraint des Agences régionales de santé	62
3.2.2	L'autonomie financière des ARS : « une opportunité récente »	64
3.3	<i>La réticence des ARS à se saisir de leur autonomie</i>	67
	Conclusion	71
	Bibliographie	73
	Liste des annexes	77

Liste des sigles utilisés

ARH : Agence régionale de l'hospitalisation
ARS : Agence régionale de santé
ARSS : Agence régionale des services de santé
CAES : Centre d'accueil et d'examen de la situation
CCMSA : Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole
CeGIDD : Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic
CES : Centre de santé
CH : Centre hospitalier
CHUM : Centre d'hébergement d'urgence pour migrants
CLAT : Centre de lutte anti-tuberculose
CLAV : Comités Locaux d'Aide aux Victimes
CNAMTS : Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
CNP : Comité national de pilotage
CNSA : Conférence régionale de la santé et de l'autonomie
CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie
CPEF : Centre de planification et d'éducation familiale
CPOM : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CRAM : Caisses régionales d'assurance maladie
CROSS : Comités régionaux de l'organisation sanitaire et sociale
CV : Centres de vaccination
DATASAM
DDASS : Directions départementales des affaires sanitaires et sociales
DGCS : Direction générale de la cohésion sociale
DGOS : Direction générale de l'offre de soins
DGS : Direction générale de la santé
DRASS : Directions régionales des affaires sanitaires et sociales
DSS : Direction de la sécurité sociale
DT : Délégation territoriale
EMPP : Equipes mobiles psychiatrie-précarité
e-TICCS : Territoire innovant coordonné santé social
FIR : Fonds d'intervention régional
GIP : Groupements d'intérêt public
GRSP : Groupement Régional de Santé Public

HPST : Hôpital patients santé territoire

INVS : Institut de veille sanitaire

INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

LFSS : Loi de financement de la sécurité sociale

MNA : Mineurs non-accompagnés

MSP : Maisons de santé pluridisciplinaires

MRS : Missions Régionales de Santé

ONDAM : Objectif national de dépenses d'assurance maladie

ORSAN : Organisation de la réponse du système de santé en situations sanitaires exceptionnelles

PASS : Permanences d'accès aux soins

PLFSS : Projet de la loi de financement de la sécurité sociale

PMI : Protection maternelle infantile

PRAPS : Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins pour les plus démunis

PRS : Projet régional de santé

RGPP : Révision générale des politiques publiques

RSI : Régime social des indépendants

URCAM : Unions régionales des caisses d'assurance maladie

URML : Unions régionales de médecins libéraux

SGMCAS : Secrétariat général chargé des ministères sociaux

SROS : Schéma régional de l'organisation sanitaire

Méthodologie

Ce mémoire a été élaboré en plusieurs étapes :

1- Le choix du sujet de mémoire s'est fait en début de stage, face au constat de l'existence de rapports ambigus et complexes entre l'administration centrale et les Agences régionales de santé (ARS).

2- Suite à cela, une seconde étape s'en est suivie marquée par l'élaboration d'une revue de littérature et l'exploitation de la littérature grise qui a permis de cadrer le sujet, de dégager des questionnements et d'élaborer une grille d'entretien afin de pouvoir passer à l'étape suivante, celle de la récolte d'informations de terrain (Annexe I). La seconde étape plus théorique a ainsi ouvert la voie à une troisième phase, plus empirique.

3- La récolte d'informations de terrain a reposé, d'une part, sur un travail d'observation, et, d'autre part, sur la conduite d'entretiens semi-directifs auprès d'agents en poste au sein de l'administration centrale (ministère des solidarités et de la santé) et au sein d'Agences régionales de santé (ARS) situées en métropole et dans des régions d'Outre-mer. Quatorze entretiens ont été réalisés dont neuf auprès de chargés de mission et de chefs de bureau en poste en administration centrale et cinq auprès de personnel en poste au sein d'ARS (dans les Directions de santé publique). Les entretiens menés en administration centrale se sont déroulés *de visu* et ont duré en moyenne entre 45 minutes et 1h30, tandis que ceux conduits auprès d'agents d'ARS se sont faits par voie téléphonique et ont duré en moyenne entre 30 et 45 minutes. Les données empiriques récoltées sont qualitatives et donc empreintes de subjectivité. Elles ont été pleinement intégrées au mémoire, mais toujours avec une certaine distanciation dans la mesure où elles ne peuvent être considérées comme des sources d'information objectives.

Introduction

« La réforme [de 2009] s'est faite (...) contre la vision centralisatrice [et] jacobine de la « gouvernance du système de santé français » »¹ en venant redéfinir le fonctionnement et les rapports existants entre le niveau national et le niveau territorial de l'administration sanitaire.

La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) a conduit à la naissance d'un nouvel interlocuteur régional dans le domaine sanitaire, l'Agence régionale de santé (ARS), formalisant ainsi un processus de territorialisation de l'action publique en santé engagé depuis plusieurs dizaines d'années. Les ARS, issues de la fusion de plusieurs organismes, se sont vues confier la mission de « *définir et de mettre en œuvre un ensemble coordonné de programmes et d'actions concourant à la réalisation, à l'échelon régional et infrarégional des objectifs de la politique nationale de santé définie à l'article L. 1411-1 du Code de santé publique* »². Pour cela, les ARS ont été dotées par le législateur de compétences et de moyens sans précédent. Ce dernier leur a octroyé un statut particulier, celui d'agence sous la forme juridique d'établissement public administratif, leur conférant ainsi une large autonomie. Ces choix, loin d'être neutres, ont emporté des conséquences fortes notamment en ce qui concerne le processus d'élaboration des politiques publiques de santé qui peuvent être définies comme « *les interventions d'une autorité investie de puissance publique et de légitimité gouvernementale sur un domaine spécifique de la société [ici la santé] ou du territoire* »³. En lui octroyant de nouveaux leviers d'action, le législateur a offert à l'échelon territorial la possibilité d'avoir une importance renforcée dans les processus stratégiques en santé. Le législateur cherche alors à ne pas cantonner l'échelon territorial au rang de service d'exécution de l'administration centrale.

À travers ce mémoire, il s'agit d'une part, d'étudier l'impact de la réforme de 2009 sur les relations entre l'administration centrale et l'échelon régional, et d'autre part, d'évaluer la capacité des ARS à s'ériger au rang de partenaires et de co-constructeurs de l'action publique en santé au côté de l'administration centrale. Il est donc question de la manière dont la création des ARS a pu impacter les rapports de force entre les deux échelons d'administration en faisant

¹ Rolland, C. & Pierru, F. (2013). Les Agences Régionales de Santé deux ans après : une autonomie de façade. *Santé Publique*, vol. 25(4), 411-419. doi:10.3917/spub.134.0411.

² Article 1431-1 du Code de santé publique.

³ Grawitz, M., Leca, J. & Thoening, J.C. (1985). *Traité de science politique. Les politiques publiques*. Vol. 4, Paris, Presses universitaires de France.

évoluer le rôle de l'échelon territorial de simple relais de l'administration centrale à celui d'acteur stratégique et autonome. En filigrane, il est question de l'autonomie des ARS et donc de leur capacité à agir librement vis-à-vis de l'administration centrale. Il convient de préciser que dans le cadre de ce mémoire, seules les politiques de santé publique seront étudiées, les enjeux relatifs à l'offre de soins ne seront pas pris en compte. Il s'agira donc d'étudier les marges de manœuvre des ARS vis-à-vis de l'administration centrale dans le domaine des politiques de santé publique. Dans ce secteur, les ARS sont venues remplacer les Directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS) et les Directions régionales des affaires sanitaires et sociales (DRASS), anciens services déconcentrés de l'État. Contrairement à ces services, les ARS sont des organismes autonomes et n'ont donc plus vocation à s'inscrire dans le schéma hiérarchique traditionnel de l'administration centrale et des services déconcentrés. Dans le domaine de la santé publique, l'échelon territorial est donc passé du statut de service déconcentré classique au statut d'établissement public administratif.

Avant de poursuivre ce développement, il convient de procéder à la définition des concepts principaux. La notion d'« administration centrale » peut être définie de deux façons bien distinctes. En effet, elle peut renvoyer aux administrations publiques qui dépendent de l'État, par opposition à l'administration territoriale, mais elle peut également désigner les services centraux d'un ministère dont la compétence est nationale par opposition aux services déconcentrés⁴. C'est cette seconde acceptation que nous retiendrons dans la suite de ce mémoire. Dans le secteur de la santé, l'administration centrale englobe les potentiels donneurs d'ordre aux ARS, c'est-à-dire les ministres chargés de la santé, de l'Assurance maladie, des personnes âgées et des personnes handicapées et leurs directions respectives. Les administrations centrales des ministères « assurent au niveau national un rôle de conception, d'animation, d'orientation, d'évaluation et de contrôle »⁵. L'État dispose également de services présents dans les territoires, les services déconcentrés, dotés d'une compétence territoriale et assurant le relais au niveau local des décisions prises par l'administration centrale. La réforme de 2009 est venue bouleverser cet ordre administratif dans le domaine sanitaire en évinçant les services déconcentrés pour leur préférer les ARS.

Les ARS ne sont ni indépendantes, ni inscrites dans le schéma hiérarchique qui caractérise les relations entre l'administration centrale et les services déconcentrés. Si l'État continue de leur transmettre des orientations, les ARS sont censées jouir d'une certaine responsabilité en ayant un véritable rôle normatif et financier dans le domaine où elles interviennent. La

⁴ Rapport de la Cour des comptes. (2003). La déconcentration des administrations et la réforme de l'Etat.

⁵ Décret n°92-604 du 1 juillet 1992 portant charte de la déconcentration.

problématique tient donc au fait que les ARS sont tiraillées entre un statut d'autonomie qui leur confère des marges de manœuvre non-négligeables dans l'élaboration des politiques publiques de santé et la tutelle des ministres chargés de la santé, de l'Assurance maladie, des personnes âgées et des personnes handicapées⁶. En effet, les ARS sont placées sous la tutelle de l'État central et elles ont pour mission principale de décliner au niveau régional les orientations nationales de la politique de santé. Il convient de rappeler que schématiquement la politique de santé est définie par l'autorité politique, puis mise en œuvre par le ministère de la santé. Le Conseil national de pilotage (CNP) valide les instructions aux ARS, anime le réseau des ARS, valide les objectifs des Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) État-ARS conclus par les ministres avec les ARS. Enfin, l'ARS établit son Projet régional de santé (PRS)⁷.

Dans ce mémoire, il s'agit donc d'évaluer les marges de manœuvre et l'autonomie dont disposent les ARS au sein de ce processus d'élaboration des politiques publiques de santé. Les ARS ont-elles pu se saisir de leur statut d'autonomie pour se hisser au rang d'acteurs stratégiques dans l'élaboration des politiques publiques de santé ? Sont-elles cantonnées à demeurer des services d'exécution de l'administration centrale ou ont-elles pu se hisser au rang d'acteurs décisionnels à même de prendre part aux grandes orientations stratégiques en santé ? Peut-on considérer que les ARS participent à la « co-construction »⁸ de l'action publique en santé ? Autant de questions auxquelles ce mémoire cherche à apporter des éléments de réponse.

Il conviendra tout d'abord d'étudier les étapes qui ont conduit à l'adoption de la loi HPST du 21 juillet 2009 portant création des ARS (I). Il s'agira ensuite de s'intéresser à la place des ARS dans l'élaboration des grandes orientations stratégiques en santé (II) pour ensuite analyser les marges de manœuvre dont elles disposent pour mettre en œuvre leur propre politique régionale de santé (III).

⁶ Article L. 1431-1 du Code de santé publique.

⁷ Salomon, R. (2011). *ARS : un an après*. Adsp n°74, 48 pages.

⁸ Le concept de « co-construction » renvoie à tous les contextes où des acteurs ayant des intérêts et des points de vue différents sont amenés à travailler ensemble pour la mise en œuvre d'un projet commun.

1 L'administration du secteur de la santé : des services déconcentrés aux Agences régionales de santé, naissance d'une nouvelle relation entre l'échelon national et l'échelon territorial de l'administration sanitaire

Le secteur de la santé repose sur l'imbrication de divers échelons d'administration dont les relations ont évolué au gré des réformes menées par le législateur. En effet, l'administration sanitaire a connu des évolutions importantes depuis les années 1960-70 qui ont entraîné des changements notables dans les rapports entre l'administration centrale et le niveau territorial. La loi HPST du 21 juillet 2009 portant création des Agences régionales de santé (ARS) a constitué un véritable tournant en la matière.

Il conviendra tout d'abord de procéder à l'analyse des étapes ayant conduit à la création des ARS (1.1). Il s'agira ensuite d'étudier les missions et les compétences octroyées aux ARS (1.2). Enfin, il sera question du statut particulier des ARS et de l'impact de celui-ci sur les rapports entre l'échelon national et l'échelon territorial dans l'élaboration de l'action publique en santé (1.3).

1.1 La création des Agences régionales de santé : un long cheminement réflexif

Le projet de création des ARS n'est pas apparu soudainement, au milieu des années 2000, il plonge ses racines dans une réflexion engagée de longue date sur la manière d'administrer au mieux le secteur de la santé. Les évolutions qui ont marqué l'administration du secteur sanitaire et qui à terme ont conduit à la mise en œuvre des ARS ont donc été le fruit d'un long processus de « *maturation politico-administrative* »⁹ marqué par une première phase de déconcentration (1.1.1), la décentralisation ayant été rapidement écartée (1.1.2), suivie dans les années 1990 d'un mouvement de territorialisation notable de l'administration sanitaire (1.1.3).

⁹ Rolland, C. & Pierru, F. (2013). Les Agences Régionales de Santé deux ans après : une autonomie de façade. *Santé Publique*, vol. 25(4), 411-419. doi:10.3917/spub.134.0411.

1.1.1 Le processus de déconcentration dans le secteur de la santé

À partir des années 1960, le thème de la réforme de l'administration commence à occuper une place importante dans le débat public français. À cette même époque, l'administration du secteur de la santé connaît une première évolution connue sous le nom de déconcentration administrative. Le concept de déconcentration peut être entendu comme un processus par lequel les pouvoirs de l'administration centrale sont transférés à ses représentants dans les circonscriptions territoriales¹⁰. La déconcentration se veut donc un modèle d'organisation de l'administration consistant à transférer l'exercice de compétences et le pouvoir décisionnel des autorités centrales de l'État vers les services déconcentrés (au niveau départemental ou régional).

Ce mouvement de déconcentration des affaires sanitaires apparu dans les années 1960-70 naît alors des critiques acerbes formulées à l'encontre de la centralisation administrative du système de santé jugée excessive. Depuis la Révolution française, l'organisation administrative s'est structurée autour d'une tradition jacobine et centralisatrice forte à l'origine de nombreuses querelles. L'administration sanitaire n'a pas échappé à cette tendance et s'est structurée autour d'un État central omnipotent. Le système de santé est alors régulièrement remis en cause, la centralisation administrative accusée d'être à l'origine d'une mainmise excessive de l'exécutif national sur les acteurs locaux et d'un contrôle hiérarchique vertical descendant étouffant de l'État central sur les initiatives locales. Le processus d'évolution de l'administration sanitaire débute alors par un premier mouvement de déconcentration marqué par la création de services déconcentrés de l'État. C'est ainsi qu'en 1964, les Directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS) voient le jour, placées sous l'autorité des préfets de département, auxquelles viennent ensuite s'adjoindre les Directions régionales des affaires sanitaires et sociales (DRASS) en 1977¹¹, relevant de l'autorité du préfet de région¹².

Ces deux directions techniques se voient alors confier le champ « *des actions de promotion de la santé et de prévention, de la protection sanitaire de l'environnement, du contrôle des règles d'hygiène, de la tutelle et du contrôle des établissements sanitaires, médico-sociaux et sociaux,*

¹⁰ Belorgey, G. (1967). *Le Gouvernement et l'administration de la France*. A. Colin, 448p.

¹¹ Décret n°77-429 du 22 avril 1977 portant organisation des directions régionales et départementales des affaires sanitaires et sociales.

¹² Denis, J.-L., Valette, A. (1997). La régulation régionale au concret : l'expérience des DRASS. *Politiques et Management Public*, 15-4, 1-25.

de l'allocation des ressources, du contrôle des organismes de sécurité sociale »¹³. Le décret du 22 avril 1977 portant création des DRASS dispose que « le directeur régional exerce ses attributions sous l'autorité du préfet de région dont il est le correspondant unique ». Ce dernier est chargé de veiller à la cohérence des actions déployées au sein du territoire régional dans le domaine de la protection sanitaire et sociale à travers un mécanisme de « *planification régionale des actions collectives et des équipements dans les secteurs de la santé et de l'action sociale* », tandis que le directeur départemental « *définit et met en œuvre, sous l'autorité du préfet, une action globale dans les domaines de la santé et des interventions sociales en fonction des besoins de la population du département* »¹⁴. Le décret souligne l'absence de lien hiérarchique entre les DRASS et les DDASS. De manière plus concise, les DRASS et les DDASS se voient confier la mission de déployer à l'échelle territoriale les politiques publiques sanitaires élaborées par l'administration centrale¹⁵.

Il convient de souligner que l'État central exerce sur les services déconcentrés un contrôle hiérarchique qui se traduit par l'exercice, d'une part, du pouvoir disciplinaire, et, d'autre part, du pouvoir d'approbation ou de substitution de leurs actes¹⁶. Les services déconcentrés sont donc placés sous l'autorité directe de l'État central ce qui limite grandement leurs marges de manœuvre et les cantonne à des missions d'exécution. Cependant, la création des DDASS puis des DRASS a conduit à une évolution profonde du paysage sanitaire et social et de la manière de l'administrer. Si les services déconcentrés sont dotés de marges de manœuvre limitées, puisqu'ils agissent directement sous l'autorité du préfet, leur création témoigne d'une volonté de mieux adapter l'action publique aux particularités territoriales et aux besoins spécifiques des populations¹⁷. Par ailleurs, les DDASS et les DRASS vont peu à peu acquérir de nouvelles marges de liberté. Jusque dans les années 1990, ils demeurent de simples relais des autorités centrales chargés de déployer à l'échelle territoriale les politiques publiques sanitaires élaborées au niveau national¹⁸. Au début des années 1990, la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière fait évoluer la situation en enrichissant les missions

¹³ Pierru, F. (1^{er} septembre 2011). La santé en fusions. L'accouchement des agences régionales de santé au forceps institutionnel. Communication au XI^{ème} Congrès de l'Association française de science politique, Strasbourg.

¹⁴ Décret n°77-429 du 22 avril 1977 portant organisation des directions régionales et départementales des affaires sanitaires et sociales

¹⁵ Nabet, N. et al. (2011). L'ARS : un pilote de la politique de santé régionale. Adsp n°74.

¹⁶ Ibid.

¹⁷ Denis, J.-L., Valette, A. (1997). La régulation régionale au concret : l'expérience des DRASS. *Politiques et Management Public*, 15-4, 1-25.

¹⁸ Nabet, N. et al. (2011). L'ARS : un pilote de la politique de santé régionale. Adsp n°74.

des DRASS et en les dotant de nouveaux outils de planification, le plus important étant le Schéma régional de l'organisation sanitaire (SROS). Puis, par un décret du 6 décembre 1994, les DRASS et les DDASS se voient octroyer des « *responsabilités budgétaires nouvelles* »¹⁹ avec la création du budget global. Grâce à la création des SROS et du budget global, leurs marges de manœuvre se sont donc accrues.

À la fin des années 1990, ces services déconcentrés ont donc tout de même acquis quelques latitudes d'action nouvelles même si ces dernières demeurent limitées. L'accroissement de leur liberté d'action a alors pour objectif de faire émerger des variabilités régionales dans le système de santé français.

1.1.2 Un projet de décentralisation sanitaire rapidement écarté

Le processus de déconcentration débuté dans les années 1960-70 a marqué une première étape dans la mutation de l'administration du secteur sanitaire (et du secteur social). Par la suite, les lois de 1982-83 (Acte I de la décentralisation), à l'origine du transfert des compétences de l'État vers les collectivités territoriales dans certains domaines d'action publique, sont venues nourrir la réflexion sur l'opportunité de procéder à la décentralisation des affaires sanitaires.

Cependant, si l'Acte I de la décentralisation a conduit au transfert de nombreux blocs de compétences en matière sociale et médico-sociale aux départements (Protection maternelle infantile (PMI), aide sociale à l'enfance, action sociale en direction des personnes handicapées et âgées), aucune compétence sanitaire n'a été transférée aux collectivités territoriales. Les collectivités territoriales ont récupéré les compétences en matière d'action sociale, tandis que l'État central est venu réinvestir plus fortement l'administration du champ sanitaire²⁰. Les lois de décentralisation ont ainsi amené les services déconcentrés à se recentrer sur la prise en charge des affaires sanitaires et à abandonner le champ de l'action sociale. L'Acte I de la

¹⁹ Denis, J.-L., Valette, A. (1997). La régulation régionale au concret : l'expérience des DRASS. *Politiques et Management Public*, 15-4, 1-25.

²⁰ Pierru, F. (1^{er} septembre 2011). La santé en fusions. L'accouchement des agences régionales de santé au forceps institutionnel. Communication au XI^{ème} Congrès de l'Association française de science politique, Strasbourg.

décentralisation a ainsi conduit à la fragilisation des DDASS et des DRASS, dépouillées de leurs compétences en matière sociale²¹.

Ainsi, l'administration sanitaire n'a pas été concernée par les réformes de la décentralisation menées dans les années 1980 et est demeurée aux mains des services déconcentrés et donc de l'État central. Le rejet de la décentralisation dans le domaine de la santé s'explique alors notamment par la crainte de voir émerger des inégalités d'accès au système de santé entre les territoires. Cependant, le fait que la décentralisation des affaires sanitaires ait été écartée n'exclut pas la possibilité d'adapter la politique nationale aux particularités territoriales. En effet, comme nous l'avons vu ci-haut, les services déconcentrés obtiennent progressivement des outils leur permettant de moduler les politiques nationales selon les besoins régionaux.

Finalement, les réflexions sur la décentralisation de l'organisation sanitaire menées dans les années 1980 vont être rapidement écartées, laissant place à des projets davantage ancrés dans des « *tendances déconcentratrices* »²².

1.1.3 Le tournant des années 1990 : la territorialisation des affaires sanitaires

Le début des années 1990 a ouvert une période de « *renouveau* »²³ pour l'administration du secteur de la santé voire de « *métamorphose* »²⁴. Le processus d'évolution engagé dans les années 1960 connaît un mouvement d'accélération dans les années 1990, avec l'intensification des réflexions sur la nécessité d'investir davantage la territorialisation de l'action publique en santé. Bien qu'elle se nourrisse de la décentralisation et de la déconcentration, la territorialisation s'en distingue toutefois. Contrairement aux deux autres mouvements, il ne s'agit pas d'un processus juridique mais plutôt d'un phénomène où les politiques publiques prennent « *le territoire en lui-même pour cible, pour objet* »²⁵ : le

²¹ Pierru, F. (1^{er} septembre 2011). La santé en fusions. L'accouchement des agences régionales de santé au forceps institutionnel. Communication au XI^{ème} Congrès de l'Association française de science politique, Strasbourg.

²² Bras, P. & Tabuteau, D. (2009). "Santé 2010", un rapport de référence pour les politiques de santé. *Les Tribunes de la santé*, 25(4), 79-93. doi:10.3917/seve.025.0079.

²³ Pierru, F. (1^{er} septembre 2011). La santé en fusions. L'accouchement des agences régionales de santé au forceps institutionnel. Communication au XI^{ème} Congrès de l'Association française de science politique, Strasbourg.

²⁴ Ibid.

²⁵ Moreau, J. (2009). Esquisse d'une théorie juridique de la territorialisation, *Revue de droit sanitaire et social* (num. spéc. *Territoire et santé*), 16-27.

territoire devient alors l'espace de mise en œuvre des politiques publiques. La territorialisation de l'action publique a ouvert la voie à un processus de régionalisation qui revient à « *confier à l'échelon régional un rôle stratégique d'animation et de coordination des politiques publiques de l'État* »²⁶. Ces réformes entraînent une profonde redéfinition des rapports entre l'État central et l'échelon territorial.

La territorialisation de l'action publique en santé débute par la loi hospitalière du 31 juillet 1991 qui fait de la région « *l'espace référentiel* »²⁷ pour le pilotage de la politique de santé avec la création des Schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) et des Comités régionaux de l'organisation sanitaire et sociale (CROSS). Les réformes successives se sont inscrites dans cette logique territoriale²⁸. Ainsi, dans le sillage de la loi de 1991, le *Rapport Santé 2010*²⁹ du groupe « Prospective du système de santé » du Commissariat général au plan, publié en 1993, constitue un tournant majeur dans l'évolution de l'administration du secteur de la santé. Le rapport propose de créer des Agences régionales des services de santé (ARSS), dotées d'une certaine autonomie grâce au statut d'établissement public administratif³⁰. Les ARSS ont alors vocation à devenir des entités juridiquement détachées de l'État, contrôlées par le biais d'un conseil d'administration composé de représentants de l'État, des usagers, des professionnels de santé, et des collectivités territoriales élus à travers une procédure électorale spécifique³¹.

Dans la continuité de la loi hospitalière de 1991 et du *Rapport Santé 2010*, des changements essentiels vont venir marquer l'administration du secteur de la santé dans les années 1990 et au début des années 2000. Les ordonnances Juppé de 1996 conduisent à la création des Agences régionales de l'hospitalisation (ARH), des Unions régionales des caisses d'Assurance maladie (URCAM), des Unions régionales de médecins libéraux (URML) situées dans la mouvance de la régionalisation. C'est par le biais des ARH que le projet des ARSS se

²⁶ Combeau, P. (2010). Les nouveaux visages territoriaux de la déconcentration. *Revue française du droit administratif* (RFDA), 5, 1011-1020.

²⁷ Amat-Roze, J. (2011). La territorialisation de la santé : quand le territoire fait débat. *Hérodote*, 143(4), 13-32. doi:10.3917/her.143.0013.

²⁸ Tabuteau, D. (2002). La régionalisation du système de santé en questions », *Droit Social*, n°7/8.

²⁹ Soubie, R. (1993). *Santé 2010. Santé, maladie, technologies. Des données pour le futur*. Commissariat Général du Plan.

³⁰ Duchesne, V. (2018). L'agence, le contrat, l'incitation. Les Agences régionales de santé fer-de-lance administratif de la politique de santé. *Journal de gestion et d'économie médicales*, vol. 36(4), 159-180. doi:10.3917/jgem.184.0159.

³¹ Ibid.

concrétise : les ARH sont implantées dans chaque région et sont chargée de la politique hospitalière et de la coordination de l'action publique en matière d'hospitalisation privée et publique³². Il s'agit de Groupements d'intérêt public (GIP), préfigurant ainsi les futures Agences régionales de santé (ARS) mais dans le domaine hospitalier uniquement. Cependant, « *la faible autonomie dont [les ARH] jouissent vis-à-vis du ministère et leur périmètre d'action limité à l'hospitalisation font qu'elles constituent une faible concrétisation du projet des ARSS* »³³.

Par ailleurs, le cadre régional est également retenu par la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998³⁴ qui met en place les Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins pour les plus démunis (PRAPS).

Au début des années 2000, les réformes continuent de s'inscrire dans ce schéma de territorialisation. Les lois du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique et du 13 août 2004 relative à l'Assurance maladie instituent les Groupements Régionaux de Santé Public (GRSP) associant, l'État et ses agences (INVS et INPES), les ARH, l'Assurance maladie et les collectivités locales. En parallèle, les Missions Régionales de Santé (MRS) voient le jour, chargées d'assurer la coordination entre les ARH et les URCAM. L'empilement de ces structures entraîne une complexification croissante de l'organisation sanitaire (figure 1)³⁵.

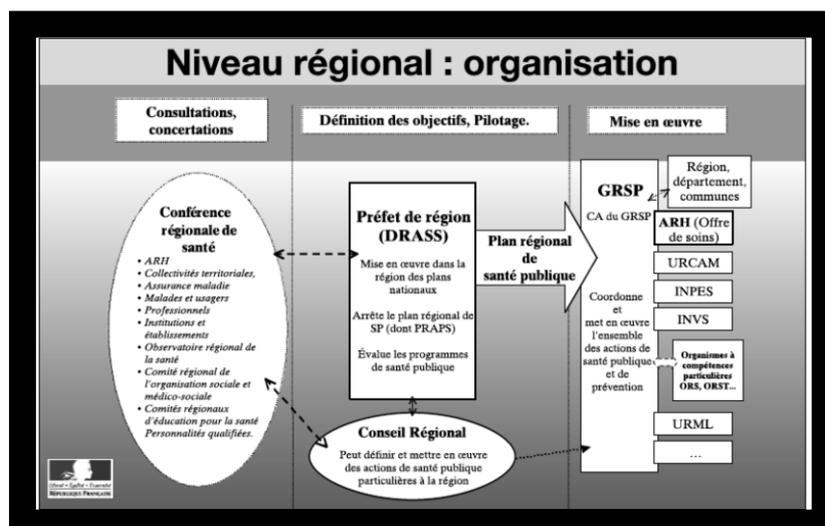
³² Duchesne, V. (2018). L'agence, le contrat, l'incitation. Les Agences régionales de santé fer-de-lance administratif de la politique de santé. *Journal de gestion et d'économie médicales*, vol. 36(4), 159-180. doi:10.3917/jgem.184.0159.

³³ Pierru, F. (1^{er} septembre 2011). La santé en fusions. L'accouchement des agences régionales de santé au forceps institutionnel. Communication au XI^{ème} Congrès de l'Association française de science politique, Strasbourg.

³⁴ Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions.

³⁵ Duchesne, V. (2018). L'agence, le contrat, l'incitation. Les Agences régionales de santé fer-de-lance administratif de la politique de santé. *Journal de gestion et d'économie médicales*, vol. 36(4), 159-180.

Figure 1 : L'organisation du système de santé publique (source : Santé Publique, 2004, 16(4), 645-654)



Derrière l'ensemble de ces évolutions administratives, il faut notamment y voir le constat de l'échec d'une planification centrale trop « dure » et d'une tutelle de l'État central trop importante. Les réformes successives de l'administration sanitaire traduisent alors une volonté de rapprocher la gestion du système de santé des territoires et de rompre avec l'organisation bureaucratique verticale de l'administration.

1.2 La naissance d'un nouvel interlocuteur régional : les Agences régionales de santé

La loi HPST du 21 juillet 2009 conduit à la création des ARS (1.2.1) : de nouvelles entités dotées de compétences sans précédent (1.2.2).

1.2.1 La création des Agences régionales de santé : contexte et motifs de la loi

La réflexion sur la régionalisation et la territorialisation des politiques de santé s'est intensifiée au cours des années 1990 et au début des années 2000 pour se concrétiser par la loi *Hôpital patients santé territoire* (HPST) du 21 juillet 2009. Cette réforme législative est venue

renforcer le pivot territorial de la déconcentration³⁶ en insérant, par son article 118, un titre III relatif aux ARS au sein du Code de santé publique. Le législateur a ainsi procédé à une réorganisation majeure du système de santé en créant les ARS issues de la fusion de sept structures et dotées de caractéristiques originales par rapport aux organismes qui les ont précédées. En effet, les ARS obtiennent le statut d'établissement public administratif doté de la personnalité juridique. Les ARS viennent remplacer les structures suivantes :

- Les Agences régionales de l'hospitalisation (ARH)
- Les Groupements régionaux de santé publique (GRSP)
- Les Missions régionales de santé (MRS)
- Les DDASS et les DRASS, et plus spécifiquement leurs pôles « santé » et « médico-social ». Les DDASS et les DRASS disparaissent par le décret du 3 décembre 2009 relatif aux directions départementales interministérielles et le décret du 20 décembre 2009 relatif à l'organisation et aux missions des Directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS). Ces nouvelles directions régionales et départementales ont vocation à absorber les compétences, notamment sociales, qui demeuraient aux mains de ces services après la loi HPST.
- Les Unions régionales des caisses d'Assurance maladie (URCAM)
- La partie « sanitaire » des Caisses régionales d'Assurance maladie (CRAM).

Afin de renforcer encore la territorialisation, les ARS se sont vues doter d'une délégation territoriale (DT) dans chaque département.

Le législateur, en créant les ARS, vise alors trois objectifs principaux³⁷ :

- 1) Il cherche tout d'abord à *simplifier le système de santé* et à mieux coordonner les politiques de santé en réunissant les services de l'État et de l'Assurance maladie.
- 2) Il vise également à *améliorer l'efficacité du système de santé* en dépassant le cloisonnement entre les différents secteurs. Il s'agit alors de décroisonner les politiques de santé et de répondre au problème de segmentation de l'organisation sanitaire en offrant la possibilité aux ARS d'appréhender le parcours de soins dans sa globalité. Il convient de rappeler que la mise en œuvre des ARS est intervenue dans un contexte

³⁶ Combeau, P. (2010). Les nouveaux visages territoriaux de la déconcentration. *Revue française du droit administratif (RFDA)*, 5, 1011-1020.

³⁷ Exposé des motifs LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires.

politique particulier caractérisé par un processus de réforme des modalités d'administration connu sous le nom de « Révision générale des politiques publiques » (RGPP) et visant à assurer une conduite plus efficace de l'action publique³⁸. Les ARS, en fusionnant les structures de l'État et de l'Assurance maladie, doivent alors permettre une plus grande efficacité dans la gestion du système de santé. Dans l'exposé des motifs de la loi HPST de 2009, le législateur mentionne d'ailleurs la nécessité de procéder à la modernisation du système de santé³⁹.

- 3) Enfin, le législateur cherche également à *renforcer l'ancrage territorial des politiques de santé*. Dans l'exposé des motifs de la loi, il est écrit que « *l'ARS permettra, dans le cadre des orientations fixées au niveau national, de mieux adapter les politiques de santé aux besoins et aux spécificités de chaque territoire* »⁴⁰. La problématique de l'équilibre entre l'échelon national et l'échelon territorial est donc présente dès le début. Le législateur souhaite faire en sorte que les acteurs des territoires puissent adapter les politiques de santé à leurs besoins⁴¹.

Ainsi, plusieurs motifs ont présidé à la réforme des ARS dont la volonté de rompre avec une relation excessivement verticale entre l'échelon national et l'échelon territorial : l'échelon territorial a vocation à acquérir un poids plus important dans l'élaboration de l'action publique en santé.

En conférant aux ARS un statut d'établissement public administratif, le législateur cherche à s'écarter de la gestion hiérarchique traditionnelle caractéristique des relations entre l'État central et les services déconcentrés (DRASS et DDASS). L'« établissement public » est une « personne morale de droit public » pouvant prendre la forme d'établissement public administratif ou d'établissement public industriel et commercial. Il se distingue du régime juridique des services déconcentrés du fait qu'il dispose de la personnalité juridique et d'une autonomie administrative et financière. L'établissement public demeure placé sous le contrôle de la personne publique dont il dépend (Etat, région, département ou commune) mais jouit de marges d'autonomie importantes. La réforme des ARS se caractérise donc par la volonté de

³⁸ Castaing, C. (2009). Les agences régionales de santé : un outil d'une gestion rénovée ou simple relais du pouvoir central ?. AJDA, 40, 2212-2219.

³⁹ Exposé des motifs LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires.

⁴⁰ Ibid.

⁴¹ Castaing, C. (2009). Les agences régionales de santé : un outil d'une gestion rénovée ou simple relais du pouvoir central ?. AJDA, 40, 2212-2219.

contrer une tradition jacobine bien implantée en conférant à l'échelon territorial un statut juridique spécifique.

1.2.2 Les compétences et les missions des ARS

La loi HPST de 2009 confie aux ARS une mission générale en matière de santé puisque leurs compétences vont de la médecine de ville au champ hospitalier, en passant par le secteur médico-social, la sécurité sanitaire et la santé publique⁴². Le fait qu'elles soient issues de la fusion de sept organismes leur permet d'être dotées de compétences très étendues qui dépassent largement celles des ARH qui étaient limitées au secteur hospitalier.

L'article L. 1431-1 du Code de santé publique confie aux ARS la mission de « *définir et mettre en œuvre un ensemble coordonné de programmes et d'actions concourant à la réalisation, à l'échelon régional et infrarégional des objectifs de la politique nationale de santé définie à l'article L. 1411-1 du CSP, les principes de l'action sociale et médico-sociale énoncés au sein du Code de l'action sociale et des familles et les principes fondamentaux affirmés au sein du Code de la sécurité sociale* ». Et, l'article L. 1431-2 du Code de santé publique dispose que les « *ARS sont chargées, en prenant compte des spécificités de chaque région, de mettre en œuvre au niveau régional la politique de santé publique définie aux articles L. 1411-1-1 et L. 1411-2* ».

À l'origine, le projet de loi HPST n'empruntait pas la même formulation que le texte voté par le Parlement et adopté le 21 juillet 2009. Le projet de loi évoquait une « *politique régionale de santé* », formulation qui a disparu de la loi HPST votée en 2009. Cette modification textuelle, aux conséquences fortes, découle des débats parlementaires arides qui ont ponctués le vote du projet de loi HPST. En effet, plusieurs coalitions se sont affrontées avec des conceptions fondamentalement différentes quant aux missions et aux compétences devant être attribuées aux ARS. Certains parlementaires, attachés à une conception technique et centralisée des politiques de santé, refusent de confier aux ARS un quelconque rôle politique et préfère l'enfermer dans un statut d'agence « technique ». Ces derniers souhaitent que l'élaboration des grands objectifs en santé relèvent uniquement de l'autorité politique ministérielle et que seule leur mise en œuvre soit confiée aux ARS. D'autres parlementaires prennent l'exact contre-pied de ces positions et soutiennent que les ARS doivent être dotées de

⁴² Castaing, C. (2009). Les agences régionales de santé : un outil d'une gestion rénovée ou simple relais du pouvoir central ?. AJDA, 40, 2212-2219.

compétences politiques leur permettant d'adapter les politiques nationales aux enjeux régionaux. Le vote de la loi HPST a donc été ponctué de tensions entre partisans d'une forte territorialisation et partisans d'une centralisation de la politique de santé⁴³.

1.3 Les Agences régionales de santé, de nouveaux acteurs au statut particulier

La loi HPST a donné naissance à un nouvel acteur régional aux caractéristiques singulières qui en font un objet difficilement identifiable (1.3.1) voire une institution administrative *sui generis* (1.3.2)

1.3.1 Les Agences régionales de santé : des acteurs territoriaux difficilement identifiables

La loi HPST a conféré aux ARS un statut original et singulier, à mi-chemin entre une voie déconcentrée et une voie décentralisée. Cette originalité juridique rend ces entités difficilement identifiables dans le paysage administratif et institutionnel français. Parce qu'elles ont le statut d'agence sous forme d'établissement public administratif, elles jouissent d'une certaine autonomie⁴⁴. Cependant, placées sous la tutelle de l'État central, elles doivent décliner à l'échelle régionale la politique nationale de santé.

Les ARS sont nées à une époque où l'administration connaît un processus de mutation important connu sous le nom d'« *agencification* »⁴⁵. Ce néologisme fait référence à un processus qui a marqué l'évolution de l'action publique depuis les années 1990 et par lequel l'organisation administrative a connu des évolutions notables. En effet, depuis les années 1990, le paysage administratif voit émerger une multitude d'agences en particulier dans le secteur de la santé. Les agences sont de nouvelles structures administratives dotées de caractéristiques singulières. Afin de définir une agence, le Conseil d'État se base sur deux

⁴³ Tabuteau, D. (2010). Loi « Hôpital, patients, santé et territoires » (HPST) : des interrogations pour demain !. *Santé Publique*, vol. 22(1), 78-90. doi:10.3917/spub.101.0078.

⁴⁴ En France, la notion d'agence ne renvoie pas à une catégorie juridique spécifique, il existe des agences avec un statut d'association, de Groupement d'intérêt public ou d'établissement public.

⁴⁵ Duchesne, V. (2018). L'agence, le contrat, l'incitation. Les Agences régionales de santé fer-de-lance administratif de la politique de santé. *Journal de gestion et d'économie médicales*, vol. 36(4), 159-180.

critères⁴⁶ : l'autonomie et l'exercice d'une politique nationale de manière directe. Les agences sont dotées bien souvent de la personnalité morale et concourent pour le compte de l'État à l'exercice d'une politique publique⁴⁷.

En raison de leurs caractéristiques particulières, les ARS ne sont pas évidentes à classer dans les catégories administratives existantes.

Elles ne peuvent pas être définies comme des autorités déconcentrées à proprement parler puisqu'elles disposent de la personnalité juridique. Or, comme nous l'avons vu ci-haut, la déconcentration suppose le transfert de compétences à des autorités qui font partie de la même personne morale que l'État central et qui sont soumises à son pouvoir hiérarchique. Les ARS ne sont donc pas des autorités déconcentrées traditionnelles soumises à un pouvoir hiérarchique.

Par ailleurs, ce ne sont pas des établissements publics classiques soumis à un simple pouvoir de tutelle dans la mesure où l'État central exerce un contrôle étroit sur les ARS. En effet, le Directeur général de l'ARS est nommé en Conseil des ministres et exerce ses compétences au nom de l'État. De plus, l'existence d'un Comité national de pilotage (CNP) chargé de donner aux ARS des directives pour la mise en œuvre de la politique nationale de santé sur le territoire montre l'autonomie relative des ARS vis-à-vis de l'État central. Enfin, le Conseil de surveillance de l'ARS est présidé par le préfet de région, témoignant de la volonté du législateur d'intégrer les ARS dans l'administration déconcentrée.

Enfin, les ARS ne peuvent que difficilement être rattachées à un schéma décentralisateur dans la mesure où les collectivités territoriales n'ont pas obtenu de compétences dans le champ des affaires sanitaires.

Ainsi, cerner la nature des ARS se révèle être un périlleux exercice dans la mesure où elles troublent la distinction classique entre déconcentration et décentralisation. Finalement, elles empruntent aux deux. Les ARS sont des établissements publics particuliers soumis à une tutelle de l'État central. Les entretiens conduits dans le cadre de ce mémoire ont permis de révéler les difficultés rencontrées par les acteurs de terrain lorsqu'il s'agit de qualifier la nature des ARS. Alors qu'un agent du ministère de la santé en poste à la Direction générale de la santé (DGS) déclare que les ARS sont « *peut-être plus proches de la décentralisation, que de*

⁴⁶ Richard J., Cytermann L. (2012). Les agences : une nouvelle gestion publique ?. Rapports annuels du Conseil d'État. Vol. 2, n°63.

⁴⁷ Ibid.

la déconcentration », un agent de la Direction de la sécurité sociale (DSS) affirme avec fermeté que « ce sont des services déconcentrés, on leur dit quoi faire et elles le font ». Ces deux déclarations contradictoires traduisent l'existence d'un certain flou autour de la notion d'ARS.

1.3.2 Les ARS : une catégorie administrative *sui generis*

Face aux particularités des ARS, les auteurs ont dû procéder à une adaptation des catégories administratives existantes.

Ainsi, afin de dépasser la distinction classique entre déconcentration et décentralisation, Didier Truchet est venu rattacher les ARS à un processus spécifique à la politique de santé publique depuis les années 1970, le processus de territorialisation⁴⁸. Il explique que la politique de santé publique demeure l'affaire de l'État puisqu'elle n'a pas été décentralisée mais confiée à des « *organes spécifiques dans des zones géographiques qui ne correspondent pas toujours aux contours des communes, des départements ou des régions* »⁴⁹. Cependant, il refuse de rattacher les ARS à un processus de déconcentration classique dans la mesure où les agences sont dotées de la personnalité morale. Il affirme que les ARS sont des établissements publics *sui generis*, fruits de la territorialisation. Il présente la territorialisation comme un processus autonome de la décentralisation et de la déconcentration, propre à la politique de santé publique et marquant ainsi la spécificité de l'administration sanitaire par rapport aux autres administrations.

D'autres auteurs ont préféré rattacher la création des ARS à un processus de déconcentration singulier. Philippe Combeau analyse ainsi la loi HPST comme une étape du processus de déconcentration engagé depuis plusieurs dizaine d'années mais une déconcentration moins verticale que ce qui existait du temps des services déconcentrés⁵⁰. Il explique que dans la mesure où le législateur fait des ARS des établissements dotés d'une certaine autonomie, cela montre bien son intention de les distinguer des « *services déconcentrés* » classiques placés sous l'autorité hiérarchique de l'État central.

⁴⁸ Truchet, D. (2009). *Droit de la santé publique*. Dalloz 7^e éd. ; Villeneuve, P. (2009). Les compétences sanitaires des collectivités territoriales, *Revue de droit sanitaire et social* (num. spéc. *Territoire et santé*), 86 .

⁴⁹ Ibid.

⁵⁰ Combeau, P. (2010). Les nouveaux visages territoriaux de la déconcentration. *Revue française du droit administratif* (RFDA), 5, 1011-1020.

Finalement, certains auteurs ont adopté des positions davantage contestables en présentant les ARS comme étant le fruit d'un processus de décentralisation. Ainsi, dans son rapport 2012 sur la sécurité sociale, la Cour des comptes y voit « *une forme de décentralisation fonctionnelle de certaines responsabilités, engagée pour la première fois à l'échelon territorial et jugée souhaitable pour permettre de disposer des marges d'initiative et d'autonomie indispensables pour une approche plus partenariale des politiques de santé* »⁵¹. Toutefois, nombre d'auteurs rejettent la possibilité de qualifier les ARS de services décentralisés dans la mesure où leur statut d'établissement public ne serait qu'une « *façade de décentralisation* »⁵².

Pour conclure, la loi HPST du 21 juillet 2009 a fait naître un interlocuteur régional nouveau doté de compétences et de pouvoirs sans précédent. La création des ARS a nécessairement impacté l'organisation des rapports de force entre l'État central et l'échelon déconcentré de l'administration sanitaire⁵³ puisqu'elle a évolué d'une forme pyramidale à une forme légèrement plus horizontale⁵⁴.

⁵¹ Rapport public annuel 2012 de la Cour des comptes sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale.

⁵² Moquet-Anger, M.-L. (2009). Les aspects de la nouvelle organisation territoriale de la santé, JCPA, n° 2224.

⁵³ Rolland, C. & Pierru, F. (2013). Les Agences Régionales de Santé deux ans après : une autonomie de façade. *Santé Publique*, vol. 25(4), 411-419. doi:10.3917/spub.134.0411.

⁵⁴ Courrèges, C. & Lopez, A. (2012). L'Agence Nationale de Santé : le défi d'un pilotage national unifié, refusant technocratie et centralisation. *Santé Publique*, vol. 24(3), 229-240. doi:10.3917/spub.123.0229.

2 Les relations entre l'administration centrale et les Agences régionales de santé : un principe de « co-construction » de l'action publique en santé difficile à mettre en œuvre

La loi HPST, en octroyant aux ARS un statut d'autonomie, a nécessairement influencé la place de l'échelon territorial dans l'élaboration des politiques publiques de santé. En effet, les ARS, en tant qu'établissements publics, se sont vues octroyer des missions et des leviers d'action nouveaux susceptibles de leur permettre de prendre part à l'élaboration de la décision en santé contrairement aux anciens services déconcentrés de l'État cantonnés à des missions d'exécution. Dans la continuité de la loi HPST, le Secrétariat général chargé des ministères sociaux⁵⁵ (SGCMAS) a posé explicitement le principe de « co-construction » des politiques publiques de santé entre l'échelon national et l'échelon territorial par une note de service du 23 février 2017⁵⁶.

Dans cette partie, il s'agit donc d'évaluer si les ARS sont parvenues à se saisir de leur statut d'autonomie pour exercer une responsabilité « structurante »⁵⁷ dans l'élaboration de l'action publique en santé et ainsi s'ériger au rang d'acteurs stratégiques et partenaires de l'administration centrale (plutôt que de demeurer au rang de simples exécutants des politiques nationales de santé).

Il conviendra tout d'abord d'évaluer l'impact du nouveau dispositif de dialogue entre l'échelon national et l'échelon territorial sur la place qu'occupent les ARS dans l'élaboration de l'action publique en santé (A). Il s'agira ensuite d'étudier la manière dont les nouvelles relations contractuelles entre les deux échelons d'administration ont pu conduire les ARS à endosser un rôle stratégique dans l'élaboration de l'action publique en santé (B). Finalement, il sera question de la place des ARS dans l'élaboration des instructions qui leur sont adressées par le niveau national (C). Tout au long de ce raisonnement, il conviendra d'analyser si, dans les faits, ces nouveaux leviers ont permis aux ARS de s'ériger au rang de partenaires stratégiques de l'administration centrale dans l'élaboration des politiques publiques de santé.

⁵⁵ « Le Secrétariat général chargé des ministères sociaux remplit une mission de soutien aux politiques publiques, de modernisation de l'administration et de coordination des services. Il porte la vision et l'unité des ministères sociaux, en particulier vis-à-vis des services territoriaux (ARS, DRJSCS et DIRECCTE) » (Ministère des Solidarités et de la santé, 9 septembre 2018).

⁵⁶ Note de service du 23 février 2017 relative à la procédure d'élaboration, de validation et de diffusion des instructions et des notes d'information à destination des DG-ARS au sein de la DGS (SGMCAS).

⁵⁷ Richard J., Cytermann L. (2012). Les agences : une nouvelle gestion publique ?. Rapports annuels du Conseil d'État. Vol. 2, n°63.

2.1 La réforme de 2009 : naissance d'un nouveau mécanisme de concertation et de dialogue entre l'administration centrale et l'échelon territorial

Avec la réforme de 2009, un nouveau cadre de dialogue a vu le jour entre l'échelon national et l'échelon territorial censé promouvoir une plus grande concertation entre les deux niveaux d'administration (2.1.1). Cependant, ce nouveau cadre de dialogue demeure profondément ancré dans une dynamique verticale peu propice à la « co-construction » des politiques publiques de santé (2.1.2). Par ailleurs, ce nouveau cadre de dialogue n'est pas parvenu à faire obstacle à une complexification de la communication entre les deux échelons d'administration (2.1.3).

2.1.1 Un nouveau cadre de dialogue formalisé

La mise en œuvre des ARS s'est accompagnée d'une restructuration des relations entre l'échelon national et l'échelon territorial dans le but d'adapter le cadre de dialogue existant à l'objectif de « co-construction » des politiques publiques de santé dégagé par le législateur dans la loi HPST et le SGCMAS dans la note d'information de 2017. À l'époque des services déconcentrés, les relations entre l'administration centrale et le niveau territorial étaient régies par le principe hiérarchique, de sorte que les services déconcentrés recevaient directement les ordres du niveau national sans qu'aucune procédure de concertation ne soit mise en œuvre. Au mieux, les services déconcentrés étaient consultés, mais il ne s'agissait en aucun cas d'une « co-construction » de l'action publique en santé. Les DDASS et les DRASS étaient amenées à communiquer avec l'échelon national pour donner leur avis, faire connaître leur opinion, leurs besoins, mais leur contribution se limitait à ce niveau d'implication.

Les ARS ayant vocation à endosser un rôle de partenaires de l'administration centrale, les mécanismes de dialogue entre les deux niveaux d'exercice ont dû évoluer pour s'adapter à ces nouveaux enjeux. Ainsi, la loi HPST de 2009 s'est accompagnée de la mise en œuvre de nouveaux leviers de dialogue, correspondant à différents niveaux décisionnels, dans le but d'assurer la « co-construction » des politiques publiques entre l'administration centrale et les ARS. La « co-construction », contrairement à la consultation, implique une coopération étroite devant déboucher sur la production d'un travail réfléchi collectivement.

Les principaux leviers de dialogue établis suite à la création des ARS :

- Le séminaire mensuel entre directeurs d'administration centrale et régionale.
- Le Conseil national de pilotage (CNP) des ARS.
- Le Comité technique de santé publique.
- Les dialogues stratégiques.
- Les réunions de référents thématiques⁵⁸
- Les dialogues techniques.
- La procédure de consultation et les groupes de travail⁵⁹.

Instances de dialogue situées à un niveau stratégique

Instances de dialogue situées à un niveau technique

Ces différentes instances de dialogue doivent alors permettre aux ARS de prendre part à l'élaboration des processus nationaux en santé. Cependant, dans les faits, ces épisodes de rencontre entre l'administration centrale et les ARS ne se révèlent pas toujours propices à la « co-construction » de l'action publique en santé. Bien souvent, ils témoignent davantage de la permanence de relations verticales entre les deux niveaux d'administration.

2.1.2 La permanence de relations verticales entre l'État central et l'échelon territorial

- A) Les instances de dialogue situées à un niveau stratégique élevé : un fonctionnement peu propice à la « co-construction » de l'action publique en santé

La mise en œuvre des ARS s'est donc accompagnée du déploiement de nouvelles instances de dialogue dont quatre se situent à un niveau stratégique élevé :

- Le séminaire mensuel entre directeurs d'administration centrale et régionale (a)
- Le Comité national de pilotage (CNP) (b)
- Les dialogues stratégiques (c)
- Le Comité technique de santé publique (d)

Ces instances de dialogue ont tendance à maintenir des relations verticales et hiérarchiques entre l'administration centrale et l'échelon territorial et peinent à mettre en œuvre une dynamique de « co-construction » des politiques publiques.

- a) *Le séminaire mensuel entre directeurs d'administration centrale et régionale*

⁵⁸ Il s'agit d'un levier de dialogue qui existait déjà du temps des services déconcentrés.

⁵⁹ Idem.

Les séminaires mensuels entre Directeurs d'administration centrale et régionale réunissent les différents Directeurs d'administration centrale (Direction générale de la santé (DGS), Direction générale de l'offre de soins (DGOS), Direction générale de la cohésion sociale (DGCS), Direction de la sécurité sociale (DSS), Caisse nationale de l'Assurance maladie (CNAM)) avec les Directeurs généraux d'ARS.

Ces séminaires mensuels existent dans le but de permettre la tenue d'échanges réguliers entre le niveau national et le niveau territorial à un niveau stratégique élevé. Cependant, il semblerait que ces rencontres mensuelles peinent à mettre en place une véritable dynamique de « co-construction » de l'action publique en santé. En effet, l'étude et l'observation de ces séminaires ont permis de mettre en lumière le fait que ces temps d'échange n'allaient pas dans le sens de l'élaboration conjointe et concertée de lignes stratégiques en santé. Ces séminaires permettent davantage aux différents Directeurs d'administration centrale, sous la présidence du Secrétaire général chargé des ministères sociaux, de procéder à un état des lieux de l'actualité des politiques de santé. Ces séminaires mensuels permettent donc à l'administration centrale de veiller au bon déploiement des politiques publiques et des orientations nationales à l'échelle régionale. Lors d'un entretien conduit en administration centrale, un agent du ministère de la santé a ainsi expliqué que les séminaires mensuels permettaient avant toute chose de « s'assurer de l'adhésion des ARS aux projets élaborés au niveau central »⁶⁰.

Ainsi, malgré des échanges plus fréquents, la verticalité des relations entre l'administration centrale et l'échelon territorial semble perdurer. Les séminaires mensuels apparaissent davantage comme un levier de contrôle de l'administration centrale sur les ARS plutôt qu'un levier de « co-construction » des politiques publiques de santé.

b) Le Conseil national de pilotage

À côté des séminaires mensuels, le Conseil national de pilotage (CNP) des ARS a été créé dans le sillage de la réforme de 2009 dans le but de réunir tous les quinze jours l'ensemble des Directeurs d'administration centrale, le Secrétaire général du ministère, le Chef de l'inspection général des affaires sociales, le Directeur du budget, les Directeurs généraux de la Caisse nationale de l'Assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), du Régime

⁶⁰ Entretien

social des indépendants (RSI) et de la Caisse centrale de la Mutualité agricole (CCMSA), le directeur de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). En vertu de la loi HPST et du décret du 8 juillet 2010 relatif au pilotage national des ARS, le CNP est chargé d'examiner l'ensemble des instructions et informations que l'administration centrale souhaite transmettre aux ARS⁶¹. Les travaux préparatoires sont pris en charge par un comité permanent présidé par le Secrétaire général et réunissant tous les membres cités ci-haut⁶².

Un agent du ministère de la santé explique que « *le CNP rassemble tous les potentiels donneurs d'ordre aux ARS. Tout ce qui est adressé aux ARS passe par le CNP pour assurer la transversalité et faire en sorte qu'il n'y ait pas de doublons parce qu'avant, il y avait beaucoup de circulaires qui portaient sur le même sujet et qui parfois se contredisaient* ». Les termes employés ici ne sont pas neutres : le CNP rassemble les « *donneurs d'ordre aux ARS* ». Il s'agit d'une instance chargée de transmettre aux ARS des directives. En effet, l'article 1433-1 du Code de santé publique dispose que la mission principale du CNP est de transmettre aux ARS les directives pour appliquer à l'échelle régionale la politique nationale de santé. Le CNP semble ainsi demeurer dans une dynamique verticale entre l'échelon national et l'échelon territorial.

Cependant, ce levier de coordination invite tout de même les ARS à prendre part à l'élaboration de la décision⁶³. En effet, dans le cadre de la procédure du CNP, les ARS sont consultées et invitées à s'impliquer dans le processus décisionnel. Ainsi, des Directeurs généraux d'ARS « référents » sont désignés sur diverses thématiques (santé publique, offre de soins ambulatoire, offre de soins hospitalière, médico-social, ressources humaines et « appui et budget des ARS », innovation et recherche) et systématiquement consultés sur des projets impactant l'organisation des ARS. Par ailleurs, les ARS sont associées, en amont, aux réflexions voire à l'écriture des instructions. Ainsi, le CNP implique les ARS dans le processus décisionnel en leur offrant la possibilité de s'exprimer sur les instructions à venir. Un agent du ministère de la santé a ainsi déclaré que, grâce au CNP, « *les ARS [pouvaient] faire entendre leurs voix sur ce qui va leur arriver. Dans la procédure du CNP, il y a la co-construction. Les*

⁶¹ LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 – art. 118 portant réforme de l'Hôpital et relative au Patient à la Santé et au Territoire ; Décret n°2010-786 du 8 juillet 2010 relatif au pilotage national des agences régionales de santé.

⁶² Nabet, N. et al. (2011). L'ARS : un pilote de la politique de santé régionale. Adsp n°74.

⁶³ Couty, E., Kouchner, C., Laude, A. et Tabuteau, D. (2010). *La loi HPST : regards sur la réforme du système de santé*. Presses de l'EHESP, 394p.

ARS sont consultées pour savoir ce qui va leur tomber dessus, [afin] qu'elles [puissent dire] si des choses ont été oubliées, si c'est faisable, applicable ».

À l'époque des services déconcentrés, l'échelon territorial bénéficiait de bien moins de latitudes d'action pour s'exprimer sur les instructions élaborées par l'administration centrale. Un médecin inspecteur de santé publique en poste au sein du ministère de la santé explique ainsi qu'aujourd'hui « *les instructions passent en CNP où les ARS donnent leur avis. (...). [Avant], on envoyait l'instruction aux DDASS et DRASS référentes et on ne leur demandait pas leur avis sur l'instruction elle-même mais plus sur le contenu, pour des remarques. C'était une forme de consultation pour s'assurer que la circulaire soit lisible et opérationnelle. Une fois qu'on avait l'accord de ces ARS, le processus final de publication se faisait. Aujourd'hui, avec le CNP, les ARS sont invitées à s'exprimer sur l'instruction elle-même et son contenu* ». Les ARS semblent donc avoir acquis des marges de manœuvre plus importantes puisqu'elles ont la possibilité de formuler des remarques sur les instructions en cours d'élaboration sans se limiter à de simples observations techniques mais en ayant la possibilité de formuler un véritable avis.

Toutefois, l'impact de la procédure du CNP sur la place des ARS dans le processus décisionnel demeure ambigu. En effet, si les ARS sont bien consultées pour donner leur avis sur les instructions validées en CNP, leur rôle demeure limité. Un agent du ministère de la santé explique ainsi qu'« *on ne leur demande pas vraiment leur autorisation* ». Les ARS ne sont pas consultées pour autoriser ou refuser les instructions mais pour transmettre des remarques et des observations, ce qui limite de fait leurs marges de manœuvre. Frédéric Pierru analyse le CNP comme la marque d'une « *résilience napoléonienne* »⁶⁴ dans la mesure où ce dernier non seulement valide l'ensemble des instructions transmises aux ARS mais évalue également périodiquement les résultats de l'action des agences⁶⁵. Le CNP traduit ainsi à certains égards un attachement fort à la culture jacobine.

c) *Les dialogues stratégiques*

⁶⁴ Rolland, C. & Pierru, F. (2013). Les Agences Régionales de Santé deux ans après : une autonomie de façade. *Santé Publique*, vol. 25(4), 411-419. doi:10.3917/pub.134.0411.

⁶⁵ Castaing, C. (2009). Les agences régionales de santé : un outil d'une gestion rénovée ou simple relais du pouvoir central ?. *AJDA*, 40, 2212-2219.

Depuis la réforme de 2009, chaque ARS est liée à l'administration centrale par un Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) d'une durée de quatre ans. Chaque CPOM État-ARS fait l'objet d'un bilan annuel avec les membres du CNP, en présence du Directeur général de l'ARS concernée et de son comité exécutif. Cet échange annuel, également appelé dialogue stratégique, permet de dresser un bilan de la mise en œuvre opérationnelle du CPOM et des résultats obtenus par l'ARS. Le dialogue stratégique permet également à l'administration centrale d'échanger avec le Directeur général de l'ARS sur la stratégie adoptée par l'agence. Par ailleurs, tous les quatre ans, une évaluation complète a lieu et permet de faire le bilan des CPOM actuels et de préparer les futurs CPOM⁶⁶.

Les dialogues stratégiques, parce qu'ils permettent à l'administration centrale d'évaluer les résultats de chaque ARS, semblent se situer dans une tradition jacobine au même titre que le CNP.

d) Le Comité technique de santé publique

Le Comité technique de santé publique, autre instance de dialogue animée conjointement par le Secrétariat général chargé des ministères sociaux (SGCMAS) et la Direction générale de la santé (DGS), réunit régulièrement l'ensemble des Directeurs de santé publique des ARS.

Cette instance permet à la DGS de présenter ses projets et de recueillir l'avis des Directions de santé publique des ARS qui seront chargées de les mettre en œuvre et aussi de faire des appels à candidatures pour intégrer les ARS dans les groupes de travail chargés de construire les politiques. C'est aussi une opportunité pour les Directeurs de santé publique de solliciter la DGS sur leurs sujets d'actualité ou sur leurs difficultés de mise en œuvre. Le Comité technique de santé publique se situe donc bien dans une dynamique de « co-construction » de l'action publique en santé puisqu'il invite les ARS à prendre part aux processus décisionnels aux côtés de la DGS.

B) Les instances de dialogue situées à un niveau technique : un fléchissement de la communication peu propice à la « co-construction » de l'action publique en santé

⁶⁶ Instruction n° 2015-337 SG du 12 novembre 2015 relative aux modalités de suivi des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens signés entre le ministère et les ARS pour la période 2015-2018.

Bien que la création des ARS se soit accompagnée de la mise en œuvre d'instances de dialogue situées à un niveau stratégique élevé, l'objectif de « co-construction » de l'action publique en santé demeure pour le moment inabouti.

La loi HPST de 2009 a également conduit au maintien et à la mise en œuvre d'instances de concertation situées à un niveau technique :

- Les réunions de référents thématiques (a) :
- La procédure de consultation et les groupes de travail (b)
- Les dialogues techniques (c)

a) *Les réunions de référents thématiques*

Les réunions de référents thématiques permettent aux directions d'administration centrale de réunir, sur une thématique, les référents des dix-sept ARS dans le but de « *leur faire part de leurs projets, de l'actualité sur leur thématique [et de les associer] aux travaux et à la rédaction des textes, guides ou référentiels* »⁶⁷.

Il convient de noter que ces réunions existaient déjà du temps des services déconcentrés et qu'elles ont d'ailleurs été, assez paradoxalement, fragilisées par la création des ARS. En effet, un médecin inspecteur de santé publique, chargé de mission au sein de la DGS, explique que lorsque « *les ARS se sont installées, les relations entre l'administration centrale et le niveau territorial se sont distendues. Il n'y avait plus la possibilité d'entrer en contact directement avec les acteurs locaux (...). En central, [les agents avaient reçu] les consignes de ne plus faire de réunions de référents, de ne plus s'adresser directement aux ARS mais de passer par la structure de pilotage des ARS* ». À un niveau plus technique, la réforme de 2009 semble donc s'être accompagnée d'une véritable altération des relations entre les deux niveaux d'administration.

b) *La procédure de consultation et les groupes de travail*

Par ailleurs, les ARS ont la possibilité d'être consultées sur des textes législatifs ou réglementaires. En effet, les Directeurs généraux d'ARS référents sont consultés sur les projets d'article de lois, de décrets, d'arrêtés en fonction de leur domaine de compétence lorsque ces

⁶⁷ Entretien

projets impliquent l'intervention de l'ARS. La consultation demeure proche de ce qui pouvait déjà exister du temps des services déconcentrés.

Les ARS peuvent également être conviées à des groupes de travail sur certains sujets, une telle dynamique se rapprochant davantage de la notion de « co-construction » de l'action publique.

c) Les dialogues techniques

Enfin, tous les ans et en amont des dialogues stratégiques, les dialogues techniques prennent place et permettent à l'administration centrale de faire le point avec les ARS⁶⁸ sur les divers objectifs inscrits dans leur Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens État-ARS respectif. Ces échanges techniques bilatéraux ont lieu entre les référents nationaux situés en administration centrale et les référents techniques d'ARS pour chaque objectif inscrit dans les CPOM État-ARS. Il existe donc autant de dialogues techniques qu'il existe d'objectifs inscrits dans les CPOM.

Pour conclure, ces différentes instances de dialogue, qu'elles se situent à un niveau technique ou stratégique, ne permettent pas toujours une réelle « co-construction » de l'action publique en santé. En effet, les ARS sont bien souvent limitées à une simple consultation (plutôt qu'à une réelle concertation) et rencontrent des difficultés à s'imposer comme des organes stratégiques dans les processus décisionnels.

2.1.3 Les conséquences de la réforme de 2009 sur la communication entre l'échelon national et l'échelon territorial

Nous avons pu constater que depuis 2009 diverses instances de dialogue avaient vu le jour. Cependant, malgré ce nouveau cadre de dialogue formalisé, les ARS ont eu tendance à demeurer dans une relation d'exécution vis-à-vis de l'administration centrale. Par ailleurs, les recherches empiriques menées dans le cadre de ce mémoire ont permis de révéler le fait que malgré ce nouveau cadre de dialogue formalisé, la création des ARS s'était accompagnée d'une complexification de la communication entre l'échelon national et l'échelon régional

⁶⁸ Chaque ARS doit désigner un référent technique (ou thématique) par objectif opérationnel inscrit au CPOM.

faisant obstacle à l'objectif de « co-construction » de l'action publique en santé (A). Pour autant, cette complexification des échanges entre les deux niveaux d'administration peut être analysée comme un garde-fou visant à protéger le statut d'autonomie des ARS d'une mainmise trop forte de l'administration centrale (B).

A) Constat empirique : une communication difficile entre les deux échelons d'administration

Afin d'endosser le rôle de « partenaires » et de « co-constructeurs » de l'action publique en santé, les ARS doivent avoir la possibilité de dialoguer avec l'administration centrale d'où la création d'un cadre de dialogue formalisé dans la continuité de la réforme de 2009. Pour autant, dans les faits, il semblerait que la création des ARS se soit accompagnée d'une complexification des rapports entre les deux échelons d'administration, remettant en cause le dessein originel de « co-construction » des politiques publiques de santé. En effet, les agents en poste au sein du ministère de la santé ont eu tendance à faire remonter un faiblissement du dialogue entre les deux niveaux d'administration peu propice à un processus de « co-construction » de l'action publique. Les ARS seraient plus difficilement associées à certains travaux menés au niveau national en comparaison à leurs prédécesseurs. Un agent explique ainsi « [qu']il y avait les services déconcentrés, qui permettaient de donner des ordres, des consignes et des choses à faire. [Le ministère de la santé] pouvait les réunir, réunir les référents, les inviter directement, prendre contact en direct. C'était un peu plus simple voire assez simple. Quand les ARS se sont installées, les relations se sont distendues. On n'avait plus la possibilité d'entrer en contact directement avec les acteurs locaux ».

Plusieurs éléments peuvent expliquer cette situation. Certains canaux de communication entre les deux échelons d'administration se sont complexifiés (a) voire ont disparu (b).

a) La création du Conseil national de pilotage : une procédure lourde et complexe

Désormais, afin de communiquer avec l'échelon territorial, l'administration centrale doit emprunter la voie du Conseil national de pilotage (CNP), une procédure lourde et complexe peu propice à la fluidité des échanges entre les deux niveaux d'administration. Ainsi,

l'administration centrale ne peut plus envoyer d'instructions, de notes d'information voire de mails aux ARS sans obtenir l'autorisation du CNP. Cette procédure a eu tendance à alourdir les échanges entre les deux échelons d'administration et à ne pas aller dans le sens de la « co-construction » de l'action publique en santé. Un agent en poste au ministère de la santé explique ainsi que *« pour communiquer de manière plus formelle avec les ARS, il faut passer via la procédure du CNP qui est assez lourde et fastidieuse parce qu'elle suscite beaucoup de validations par la hiérarchie »*. Un autre agent du ministère de la santé confirme ce constat en déclarant que *« le CNP complique la relation. La procédure est très lourde. De temps en temps on aimerait juste pouvoir écrire à l'ensemble des interlocuteurs sans passer par le CNP. C'est plus facile de le faire de façon informelle »*.

Il semblerait que du temps des services déconcentrés, il était bien plus simple pour le niveau national d'entrer en contact avec l'échelon territorial du fait du lien hiérarchique qui liait les deux niveaux d'administration. Ainsi, une personne employée au sein du ministère de la santé et anciennement en poste dans une DRASS explique que *« les DDASS et les DRASS étaient directement des services déconcentrés de l'État [et] dépendaient directement du ministre de la santé, alors que les ARS [sont] des agences, [donc] c'est différent. À l'époque, il y avait des relations directes entre services déconcentrés et ministère. À la DDASS, on pouvait appeler le ministère, on ne se posait pas trop de questions alors que maintenant, même pour envoyer un mail, c'est très filtré. Aujourd'hui, pour communiquer avec les référents d'ARS, en théorie on n'a pas le droit de s'adresser directement à eux. Il faudrait qu'on passe par le canal du Conseil national de pilotage pour réguler »*.

b) Le faiblissement voire la disparition de certaines instances de dialogue

Par ailleurs, certaines instances de dialogue ont été fragilisées par la réforme de 2009, notamment les réunions de référents thématiques. Ainsi, plusieurs agents du ministère de la santé ont expliqué avoir reçu des instructions pour ne plus organiser de réunions thématiques avec les référents techniques des ARS. Un agent employé à la Direction général de la santé (DGS) explique se rappeler *« [que des consignes avaient été transmises sur le fait] de ne plus faire de réunions de référents, de ne plus s'adresser directement aux ARS mais de passer par la structure de pilotage des ARS (le CNP). Donc on n'avait plus, pendant un certain temps, de contacts directs avec nos référents et on ne les réunissait plus de façon régulière. On arrivait plus à leur parler directement. Ensuite, pour avoir des contacts avec eux, on a pu demander que soient recrées des réunions de référents. On avait pu réunir les référents santé sexuelle en*

passant par le processus du CNP. Avant, on demandait aux directeurs des DDASS, maintenant, il faut passer par le CNP. Grâce à ces réunions, on a pu refaire du lien mais ce n'est pas évident. Les ARS ont créé une forme de distanciation et une lourdeur dans les relations qu'on peut avoir avec nos collègues ».

Il s'agit d'une information qualitative issue d'un entretien de terrain qui n'a pu être confirmée par la littérature grise. Pour autant, les dires de cet agent d'administration centrale ont pu être corroborés par les propos tenus par un agent en poste au sein d'une ARS de métropole qui rapporte avoir « *vécu le passage des DDASS et des DRASS aux ARS [comme] une coupure par rapport au ministère. Du temps des services déconcentrés, on était fréquemment invités au ministère. Depuis, seules certaines personnes du siège sont invitées. Je ne suis plus allé au ministère depuis que les ARS ont été créées. Peut-être qu'on consulte les ARS mais on les consulte uniquement au niveau de l'État-major* ». Chaque échelon d'administration semble avoir vécu la réforme de 2009 comme une coupure, une fracture dans les relations qui existaient jusque-là entre les deux niveaux d'administration.

Les difficultés de communication entre les deux échelons d'administration rendent la « co-construction » de l'action publique en santé plus difficile. L'administration centrale ayant moins de prises sur l'échelon territorial, elle rencontre des difficultés à obtenir une remontée des informations de terrain. Or, afin de construire des politiques publiques efficaces, le niveau national a besoin des acteurs locaux et des informations de terrain dont ils disposent. Un agent du ministère explique ainsi que les ARS « *ont une certaine latitude pour adapter les grandes politiques aux spécificités du territoire. Nous aussi on peut tirer des expériences des initiatives locales. La libre latitude dans les expérimentations est très intéressante parce que dans notre tour d'ivoire on peut faire des choses très rigides et inefficaces sur le terrain, alors qu'une région elle peut faire quelque chose de plus fonctionnel. Nous, faudrait juste qu'on ait plus d'informations* ». Ces propos ont été confirmés par ceux d'un autre agent en poste au sein du ministère de la santé qui déclare que « *ce qui est très compliqué depuis l'autonomie des ARS c'est d'avoir la remontée des informations de ce qui se passe sur le terrain. Elles sont autonomes, on leur alloue des crédits mais elles ont quand même une certaine latitude pour les dépenser comme elles le veulent et en même temps ce qui est compliqué c'est qu'au niveau national on impulse des politiques, on les finance, et qu'on aimerait bien avoir un retour (...). Ce formalisme entraîne une certaine lourdeur. C'est difficile au niveau national d'avoir une vision de ce qu'il se passe dans les territoires. Pour faire des politiques nationales, il nous faut*

une vision de terrain. Or, au niveau national, on n'a pas de vision de terrain, nos yeux et nos oreilles ce sont nos collègues des ARS ».

- B) Une complexification du dialogue entre l'échelon national et l'échelon territorial : protéger l'autonomie des Agences régionales de santé ?

Certes, il semblerait que la réforme de 2009 se soit accompagnée d'une complexification des échanges et de la communication entre l'échelon national et l'échelon territorial, cependant cela peut s'expliquer par la nécessité de protéger l'autonomie des ARS d'une mainmise trop forte de l'État central.

Ainsi, les canaux de communication apparus avec la réforme de 2009, notamment la procédure du Conseil national de pilotage, peuvent s'analyser comme des garde-fous visant à protéger le statut d'autonomie des ARS vis-à-vis de l'administration centrale. Un agent du ministère de la santé explique ainsi que *« ce filtrage peut être nécessaire pour éviter qu'on demande aux ARS n'importe quoi, dans tous les sens, mais de-là à avoir un dispositif aussi complexe et lourd, c'est trop. Le risque est de devenir trop aveugle et de ne pas parvenir à ancrer suffisamment les politiques dans le réel »*. Un autre agent confirme cela en déclarant que *« ce mécanisme formel permet de verrouiller un peu les messages. Si chaque bureau [d'administration centrale] envoyait en permanence des messages aux ARS, ce serait trop lourd, ça pourrait remettre en cause leur autonomie »*.

Au début de cette partie, nous avons constaté que la création des ARS s'était accompagnée de la mise en œuvre d'un nouveau cadre de dialogue formalisé entre les deux niveaux d'exercice. Puis, nous avons pu nous apercevoir que ce nouveau cadre de dialogue demeurait largement limité à un niveau stratégique élevé et qu'il n'était pas parvenu à empêcher une fracture relationnelle entre l'administration centrale et l'échelon territorial. Nous allons désormais nous intéresser au cadre contractuel par lequel les relations entre les deux échelons d'administration se formalisent désormais.

2.2 Les Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens État-ARS : vers une horizontalisation des rapports entre l'échelon national et l'échelon territorial ?

À côté de ce nouveau cadre de dialogue formalisé pas toujours propice à un principe de « co-construction » de l'action publique en santé, de nouveaux rapports contractuels entre les deux échelons d'administration sont venus remplacer la relation hiérarchique qui liait les services déconcentrés (DDASS, DRASS) à l'administration centrale. En effet, les ARS, en tant qu'agences, sont désormais liées à l'administration centrale par un contrat. Si les marges de manœuvre des agences sont encadrées par ce nouveau dispositif contractuel fixant les objectifs et les moyens mis à leur disposition, il peut également être perçu comme un outil de « bonne gouvernance » apportant souplesse et autonomie aux ARS.

Nous verrons tout d'abord qu'avec la loi HPST de 2009, une relation contractuelle entre l'administration centrale et les ARS s'est mise en place (2.2.1). Nous verrons ensuite que ce cadre contractuel offre aux ARS de nouvelles marges de manœuvre (2.2.2) même si ces dernières demeurent limitées (2.2.3).

2.2.1 Une nouvelle relation contractuelle : le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens État-ARS

Les relations entre l'État et les ARS se formalisent désormais par le biais du Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens État-ARS (CPOM État-ARS), introduit par la loi HPST à l'article L. 1433-2 du Code de santé publique, d'une durée de quatre ans et révisable chaque année⁶⁹. Les CPOM État-ARS s'inscrivent dans ce mouvement notoire ayant impacté l'action publique depuis maintenant plusieurs années et que certains spécialistes du droit public qualifient de « *fureur contractuelle* »⁷⁰. En effet, les personnes publiques ont de plus en plus fréquemment recours au contrat, devenu un instrument privilégié de la modernisation de l'action administrative. Le contrat, contrairement à l'acte unilatéral de puissance publique, témoigne de la rencontre de deux volontés placées sur un pied d'égalité et qui s'accordent pour faire naître une nouvelle situation juridique. Il s'agit donc d'un outil juridique fondé sur l'égalité et le consentement entre les deux parties contractantes, une telle définition excluant l'emprise d'une partie sur une autre. Dans les faits, les contrats publics fonctionnent rarement sur la base d'un réel équilibre entre les deux parties. Ainsi, même lorsqu'un contrat est conclu entre deux personnes publiques, il est relativement fréquent que l'une, en l'occurrence l'État, prenne l'ascendant sur l'autre, ici les ARS.

⁶⁹ LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 – art. 118 portant réforme de l'Hôpital et relative au Patient à la Santé et au Territoire.

⁷⁰ P. Delvolvé

L'objectif du CPOM État-ARS est de fixer de manière négociée les moyens et les objectifs nécessaires à la mise en œuvre des missions de l'ARS⁷¹. Le CPOM est donc une « feuille de route », un cadre, qui définit ce que l'administration centrale attend de la part de l'ARS. Il contient des objectifs de santé publique définis au niveau national mais pouvant être adaptés aux spécificités régionales, chaque ARS disposant de son propre CPOM État-ARS. Le CPOM se veut donc l'outil par lequel la Stratégie nationale de santé va être déclinée au niveau régional⁷². Depuis 2009, deux générations de CPOM se sont succédées, l'une de 2010 à fin 2014⁷³ et l'autre de 2015 à fin 2018. La troisième génération est en cours d'élaboration et devrait bientôt voir le jour.

La structure générale des CPOM État-ARS 2019-2023 est calquée sur les axes de la Stratégie nationale de santé 2018-2022. Les missions principales inscrites dans la trame des CPOM État-ARS 2019-2023 sont donc les suivantes (Annexe II ; Annexe III) :

- Mettre en place une politique de promotion de la santé, incluant la prévention dans tous les milieux et tout au long de la vie ;
- Lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé ;
- Garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge à chaque étape du parcours de santé ;
- Innover pour transformer notre système de santé en réaffirmant la place des usagers ;
- Améliorer l'efficacité et la performance de l'Agence.

Ces missions ont été déclinées en une dizaine d'objectifs faisant l'objet d'indicateurs auxquels sont associés des cibles pluriannuelles chiffrées (et adaptées au contexte régional). Ces indicateurs portent à la fois sur la mise en œuvre des politiques de santé et sur le fonctionnement interne des ARS, que ce soit en matière de systèmes d'information ou de ressources humaines.

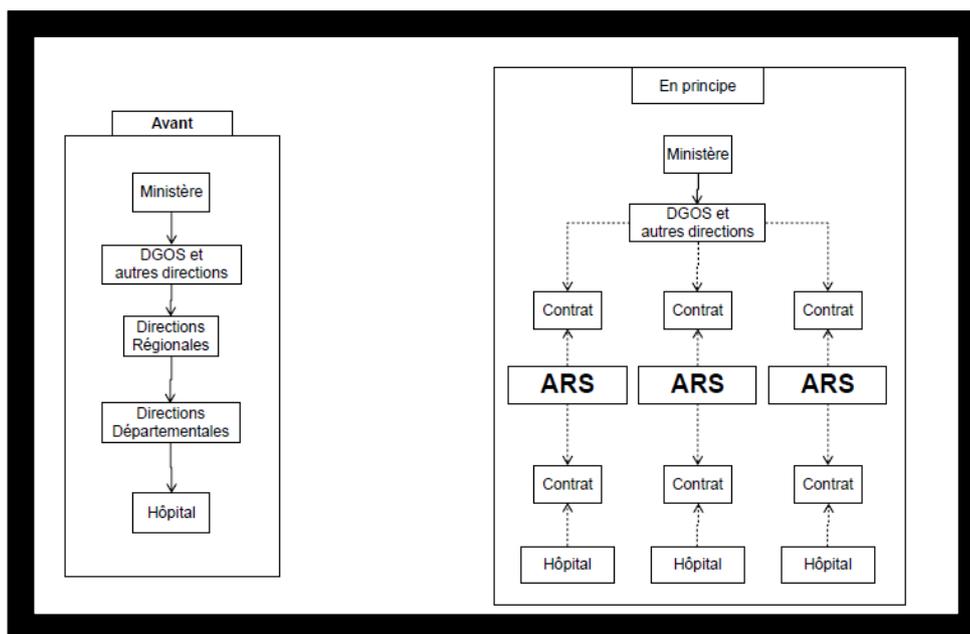
La loi HPST, en introduisant une logique de contractualisation entre l'État et les ARS, a profondément renouvelé la nature de la relation entre l'administration centrale et l'échelon territorial en supposant un principe d'égalité entre les deux niveaux d'exercice.

⁷¹ Richard J., Cytermann L. (2012). Les agences : une nouvelle gestion publique ?. Rapports annuels du Conseil d'État. Vol. 2, n°63 ; Duchesne, V. (22 janvier 2015). La contractualisation de l'action publique – Le cas des ARS. Journée de l'économie de la santé 2016. Gestion et économie médicales. CEPN – Université Paris 13.

⁷² Duchesne, V. (2018). L'agence, le contrat, l'incitation. Les Agences régionales de santé fer-de-lance administratif de la politique de santé. Journal de gestion et d'économie médicales, vol. 36(4), 159-180.

⁷³ La première génération de CPOM État-ARS a concerné la période allant de 2010 à 2013. Un avenant l'a étendue à 2014.

Figure 2: évolution souhaitée du fonctionnement du système de santé depuis la loi HPST du 21 juillet 2009 (Victor Duchesne, 2015)



À l'époque des DDASS et des DRASS, le principe de contractualisation ne pouvait être envisagé dans la mesure où les services déconcentrés et l'État n'étaient qu'une seule et même personne. Un agent du ministère de la santé explique ainsi « [qu']on ne contractualise pas avec les services déconcentrés (...) On a tous les mêmes objectifs, on n'est juste pas sur les mêmes sites, il n'y a donc pas de raison d'utiliser le contrat comme instrument d'action ». Cette tournure de phrase suggère ainsi que contrairement aux services déconcentrés, les ARS n'ont pas tout à fait les mêmes objectifs que l'État central ce qui justifie le fait de recourir à des mécanismes contractuels.

2.2.2 Un cadre contractuel propice à la « co-construction » de l'action publique en santé

Par le recours à la contractualisation, les ARS ont vocation à se transformer en partenaires de l'administration centrale plutôt que de demeurer au rang de services d'exécution de l'État. En effet, le principe du contrat modifie nécessairement la posture des ARS par rapport à celle qu'occupaient les services déconcentrés, les agences se positionnant désormais

en co-constructeurs des politiques publiques plutôt que comme de simples exécutants⁷⁴. La contractualisation traduit ainsi un « *nouveau registre de l'action politique et administrative* » ouvrant la voie à la négociation, au consensus plutôt qu'à l'autorité et à l'action unilatérale⁷⁵. Les ARS sont invitées à prendre part à l'élaboration du CPOM État-ARS.

Les marges de manœuvre des ARS peuvent être identifiées à plusieurs niveaux. Les ARS ont, d'une part, vocation à participer à l'élaboration des objectifs inscrits dans leur CPOM État-ARS (A), et, d'autre part, elles disposent de marges de manœuvre importantes dans les actions mises en œuvre sur leur territoire pour atteindre lesdits objectifs (B).

A) L'élaboration de la trame du CPOM

Il convient de rappeler que les CPOM État-ARS ont pour ambition de décliner les priorités nationales à l'échelon régional, tout en les adaptant aux priorités régionales issues des Projets régionaux de santé (PRS)⁷⁶. Bien qu'ils aient pour objectif de transposer les orientations nationales à l'échelon régional, il n'empêche que la procédure d'élaboration des CPOM État-ARS révèle un processus de « co-construction » de l'action publique en santé entre les deux échelons d'administration. Ainsi, un agent du ministère souligne que « *la politique du Secrétariat général chargé des ministères sociaux et du ministère de la santé c'est la co-construction. [Les ARS] sont des partenaires et non plus des services qui prennent les ordres. (...) L'idée c'est de les consulter, d'écouter leur point de vue sur les objectifs qu'on leur fixe. La « co-construction » c'est vraiment un principe de travail avec les ARS (...)* ».

Les ARS sont invitées à prendre part à l'élaboration du CPOM qui les lie à l'administration centrale pour les quatre années à venir. La trame « type » du CPOM est élaborée par l'administration centrale puis transmise aux ARS qui peuvent suggérer de nouveaux objectifs ou indicateurs adaptés à la réalité de leur région et formuler des observations, des remarques voire des contestations sur certains éléments (Annexe IV). Ainsi, un agent du ministère de la santé explique que « *[pour les CPOM État-ARS], l'administration centrale arrive avec une base construite en articulation avec la politique nationale. On leur fixe des objectifs avec des indicateurs. On leur présente la trame type, ils ont matière à donner*

⁷⁴ Courrèges, C. Réforme de la gouvernance régionale : quel impact sur le pilotage national ? In Nabert, N. et al. (2011). L'ARS : un pilote de la politique de santé régionale. Adsp n°74

⁷⁵ Richard J., Cytermann L. (2012). Les agences : une nouvelle gestion publique ?. Rapports annuels du Conseil d'État. Vol. 2, n°63.

⁷⁶ Instruction SG n°2014-223 du 17 juillet 2014 relative à l'élaboration des CPOM Etat-ARS 2015-2018.

leur avis et on leur demande aussi s'ils veulent ajouter des indicateurs spécifiques pour que ce soit adapté aux spécificités régionales ».

Pour chaque CPOM État-ARS, les observations formulées par l'ARS seront négociées au cours d'un dialogue bilatéral entre l'État et l'ARS concernée. À titre d'exemple, dans le cadre de l'élaboration du CPOM État-ARS 2019-2023 de l'ARS Bourgogne Franche-Comté, cette dernière a formulé son souhait d'ajouter un objectif spécifique sur la « e-santé » qui ne figurait pas dans la trame « type », ainsi que d'autres indicateurs adaptés à ses particularités régionales. Cela s'explique par le fait que la Bourgogne-Franche-Comté déploie depuis plusieurs années un outil numérique visant à fluidifier les parcours de santé et dénommé « e-TICCS ». Cet exemple témoigne du fait que les ARS n'ont pas vocation à demeurer de simples services d'exécution chargés de la mise en œuvre à l'échelon régional des orientations prises au niveau national. L'outil contractuel place les ARS dans une situation de partenaires stratégiques dans l'élaboration du cadre au sein duquel elles interviennent. La collaboration étroite des ARS au processus d'élaboration de l'action publique en santé se fait au profit d'une « *articulation plus fine des processus nationaux avec les processus régionaux* »⁷⁷.

B) L'opérationnalité des CPOM État-ARS : les marges de manœuvre des ARS dans la mise en œuvre des actions

Les CPOM État-ARS fixent un certain nombre d'objectifs coconstruits avec les ARS et leur laissent également le choix des actions à mettre en œuvre pour les atteindre⁷⁸. Les ARS doivent donc adjoindre à leur CPOM État-ARS un plan d'action personnalisé qui fait l'objet d'un suivi tout au long de la durée de vie du CPOM⁷⁹. Les CPOM État-ARS ouvrent ainsi un nouvel espace d'autonomie à l'échelon territorial puisque qu'avec l'instrument contractuel, l'État s'en tient à des recommandations, des objectifs plutôt qu'à des directives précises. Chaque ARS est ainsi libre de déterminer les actions qu'elle souhaite mettre en œuvre pour atteindre les objectifs inscrits dans son CPOM. Pour un même objectif, les ARS peuvent ainsi être amenées à mettre en œuvre des actions très diversifiées. L'État se contente désormais

⁷⁷ Courrèges, C. Réforme de la gouvernance régionale : quel impact sur le pilotage national ? In Nabert, N. et al. (2011). L'ARS : un pilote de la politique de santé régionale. Adsp n°74.

⁷⁸ Ibid.

⁷⁹ Instruction SG n°2014-223 du 17 juillet 2014 relative à l'élaboration des CPOM Etat-ARS 2015-2018.

d'évaluer les résultats obtenus par les ARS sans intervenir dans la manière dont elles y parviennent⁸⁰.

Le plan d'action des ARS fait l'objet d'une évaluation périodique des réalisations au cours de dialogues techniques suivis de dialogues stratégiques qui ont lieu chaque année (voir II- A.). Dans le cadre du dialogue technique sur le sous-objectif 3.2 des CPOM État-ARS 2015-2018 intitulé « *Favoriser l'accès au système de santé pour les personnes les plus éloignées* » (Annexe V), j'ai constaté que pour un même objectif, des actions très différentes pouvaient être mises en œuvre d'une région à une autre.

2.2.3 Le CPOM État-ARS : un étai limitant les marges de manœuvre des ARS

Si la notion de « co-construction » revient régulièrement lorsqu'il s'agit de caractériser le processus d'élaboration des CPOM État-ARS, la manière dont ils sont élaborés suggère cependant une relation déséquilibrée entre les deux échelons d'administration. En effet, l'administration centrale fournit une trame à l'ARS, relativement rigide et peu modulable, à partir de laquelle l'agence peut formuler des demandes de modification et d'adaptation sans aucune certitude que ces dernières seront validées par l'État central. Ainsi, si les CPOM État-ARS doivent normalement s'adapter aux spécificités de chaque région, la réalité se veut bien différente. Les objectifs et les indicateurs sont élaborés au niveau national, et les ARS n'ont qu'un droit de regard et de correction sur ces derniers. Le cadre du CPOM n'est donc pas coconstruit, il est réalisé par l'administration centrale puis soumis à l'observation et au contrôle des ARS. Il s'agit d'un processus en deux temps qui se fait au détriment des ARS qui n'ont en réalité qu'un simple droit de correction plutôt qu'un rôle de co-constructeur du CPOM.

Ce constat se confirme par le rapport des sénateurs Le Menn et Milon publié en 2014⁸¹. Ces derniers soutiennent que les conséquences de la création des ARS n'ont pas été suffisamment tirées au niveau national. L'administration centrale demeurerait trop « prescriptive » au détriment d'un esprit de « co-construction » des objectifs à remplir par

⁸⁰Duchesne, V. (2018). L'agence, le contrat, l'incitation. Les Agences régionales de santé fer-de-lance administratif de la politique de santé. *Journal de gestion et d'économie médicales*, vol. 36(4), 159-180.

⁸¹ Le Menn J., Milon A. (2014). Rapport d'informations du Sénat n° 400 fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (2) et de la commission des affaires sociales (1) sur les agences régionales de santé.

l'échelon territorial⁸². Les objectifs des CPOM demeureraient trop homogènes, insuffisamment adaptés aux particularités régionales⁸³. Dans la continuité de ce constat, un agent du ministère déclare qu' « *au niveau de l'élaboration des CPOM État-ARS, c'est un peu top-down* ».

Toutefois, l'étude des différentes générations de CPOM État-ARS a révélé une tendance à la singularisation des objectifs, indicateurs et cibles des CPOM. La première génération de CPOM ignorait les spécificités régionales, les objectifs étaient les mêmes pour tous et les indicateurs communs à toutes les ARS ne permettaient pas de prendre en compte la réalité de chaque région. Avec la seconde génération de CPOM, les particularités régionales semblent avoir été davantage prises en compte, notamment en ce qui concerne les régions d'Outre-mer et les problématiques de prévention en santé publique puisque les ARS ont eu la possibilité de choisir dans une liste de thématiques celles qu'elles considéraient comme prioritaires. Seulement, la prévention était le seul objectif modulable et optionnel ce qui limitait les marges de manœuvre des ARS. La nouvelle génération de CPOM a vocation à mieux s'adapter aux spécificités régionales avec des indicateurs spécifiques pour toutes les ARS et sur tous les objectifs, pas uniquement la prévention. Les ARS ont donc la possibilité d'ajouter des indicateurs spécifiques pour des enjeux relatifs à l'offre de soins, au médico-social ou en matière de santé-environnement.

Puisque les CPOM État-ARS ne prennent pas suffisamment en compte les spécificités régionales, il n'est pas vraiment opportun de parler de « co-construction » de l'action publique en santé et d'octroyer aux ARS le statut de « partenaires ». Les CPOM État-ARS, en se bornant à décliner les axes de la politique nationale sans procéder à une adaptation aux particularités régionales, limitent les ARS à la mise en œuvre des orientations nationales à l'échelon régional. Les marges de manœuvre des ARS sont donc circonscrites aux frontières de la politique nationale sans pouvoir faire l'objet d'une adaptation et d'une modulation suffisantes par rapport aux réalités régionales⁸⁴. Par ailleurs, si les ARS disposent tout de même de marges de manœuvre pour la mise en œuvre des actions (et non des objectifs et des indicateurs) sur leur territoire, celles-ci sont tout de même très encadrées par le CPOM qui

⁸² Le Menn J., Milon A. (2014). Rapport d'informations du Sénat n° 400 fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (2) et de la commission des affaires sociales (1) sur les agences régionales de santé.

⁸³ Ibid.

⁸⁴ Castaing, C. (2009). Les agences régionales de santé : un outil d'une gestion rénovée ou simple relais du pouvoir central ?. AJDA, 40, 2212-2219.

« fix[e] en amont les objectifs et les moyens et prévo[it] en aval un contrôle des résultats »⁸⁵. Enfin, l'évaluation périodique des réalisations conduit à remettre en cause le CPOM État-ARS comme un élément participant à l'autonomisation des agences par rapport à l'administration centrale. En effet, ce contrôle annuel de l'atteinte des objectifs traduit une certaine emprise de l'administration centrale sur les agences. À certains égards, le CPOM peut donc être analysé comme un « instrument du gouvernement à distance de l'activité des agences par le niveau central »⁸⁶. Le CPOM, parce qu'il s'agit tout de même d'un contrat qui lie les ARS à l'échelon national, impulse donc une « dynamique hiérarchique »⁸⁷ entre les deux niveaux d'administration. Quand bien même il s'agit d'un contrat, l'État et l'ARS ne se situent donc pas sur un pied d'égalité.

À l'heure actuelle, les CPOM État-ARS demeurent très homogènes et la possibilité de les adapter aux réalités régionales relativement limitée. Cependant, le processus d'élaboration des CPOM État-ARS glisse progressivement d'une simple procédure de consultation à une réelle procédure de « co-construction » de l'action publique entre l'administration centrale et les ARS. En effet, chaque nouvelle génération de CPOM État-ARS semble impliquer davantage les ARS dans le processus d'élaboration.

À côté des CPOM État-ARS, l'activité de l'échelon territorial est également cadrée par des instructions nationales traduisant, à certains égards, un travail de « co-construction » entre les deux échelons d'administration.

2.3 Un nouveau processus de « co-construction » des instructions

L'action publique ne se fonde pas uniquement sur des textes juridiques telles que les lois, les décrets, les arrêtés ou les contrats. En effet, elle repose également sur des « normes secondaires d'application »⁸⁸ telles que les notes de service, les circulaires ou les instructions. Les instructions peuvent être définies comme des textes élaborés par des autorités

⁸⁵ Richard J., Cytermann L. (2012). Les agences : une nouvelle gestion publique ?. Rapports annuels du Conseil d'État. Vol. 2, n°63.

⁸⁶ Ibid.

⁸⁷ Pierru, F. (1^{er} septembre 2011). La santé en fusions. L'accouchement des agences régionales de santé au forceps institutionnel. Communication au XI^{ème} Congrès de l'Association française de science politique, Strasbourg.

⁸⁸ Lascoumes, P. (1990). Normes juridiques et mise en œuvre des politiques publiques. *L'Année sociologique* (1940/1948-), 40, troisième série, 43-71.

administratives dans le but d'informer leurs services. Elles servent par exemple à l'administration centrale pour informer les services déconcentrés sur le terrain. C'est par le biais des instructions que l'administration formule son interprétation des textes⁸⁹. Les instructions revêtent une puissance normative indéniable.

Un tel raisonnement s'applique à l'administration sanitaire puisque les ARS reçoivent des instructions de la part de l'administration centrale dans le but d'éclairer les actions et les politiques déployées au niveau des territoires. Un agent du ministère définit les instructions comme suit :

« C'est la déclinaison de la politique nationale dans la région, donc il faut bien expliquer aux services en région comment faire ; et qu'il s'agisse d'un service déconcentré ou d'une ARS, cela ne change rien. C'est l'éclairage du national au niveau régional. On est obligé de le dire si on veut quand même une harmonisation du déploiement en région. Cela éclaire le mode de mise en œuvre ».

Avec la mise en œuvre des ARS en 2009, le processus d'élaboration des instructions a connu des évolutions notables dans le but de s'adapter au nouveau statut d'autonomie des agences. Nous verrons tout d'abord que les ARS continuent de recevoir des instructions de l'État central mais qu'elles sont davantage impliquées dans le processus d'élaboration en comparaison aux anciens services déconcentrés (2.3.1). Nous nous intéresserons ensuite au contenu des instructions, ces dernières étant bien moins directives que du temps des services déconcentrés (2.3.2). Enfin, afin de mieux percevoir ces changements, nous analyserons l'instruction du 8 juin 2018 relative au parcours de santé des migrants primo-arrivants transmise aux ARS par la Direction générale de la santé (DGS) (2.3.3).

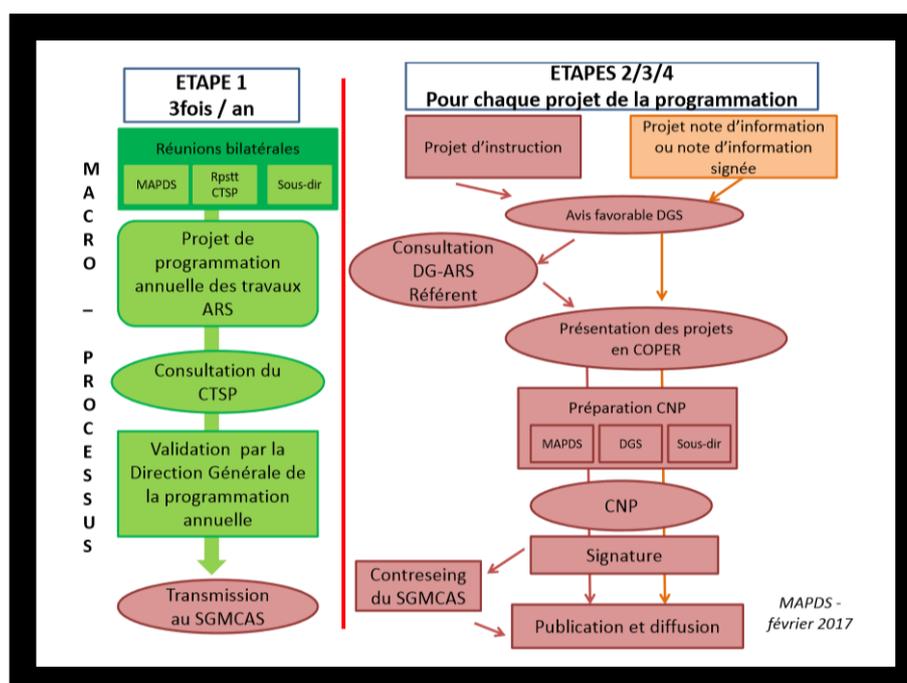
2.3.1 Le processus d'élaboration des instructions

L'élaboration des instructions à destination des ARS se fait en plusieurs étapes (figure 3). L'administration centrale élabore d'abord un premier projet d'instruction soumis aux Directeurs généraux d'ARS référents chargés de faire remonter leurs observations. L'instruction est ensuite soumise à l'avis des ARS par le biais de la procédure en CNP. La procédure d'élaboration des instructions se rapproche donc grandement d'un réel processus de

⁸⁹ Page, E. (2011). Le fonctionnaire en tant que législateur : l'élaboration du droit par l'administration britannique. *Droit et société*, 79(3), 637-665.

« co-construction » puisqu'elle offre la possibilité aux ARS de faire part de leurs points de vue et de confronter leurs idées à celles de l'administration centrale dans le but de faire émerger un projet commun. Certes, le projet d'instruction est d'abord élaboré par l'administration centrale mais le texte final résulte bien d'une série d'étapes auxquelles ont été conviées les ARS.

Figure 3 : Processus d'élaboration des instructions et des notes d'information à direction des ARS (ministère de la santé, DGS)



Avant la mise en œuvre des ARS par la loi HPST de 2009, les instructions à destination des services déconcentrés n'étaient pas élaborées sur la base d'un tel processus de concertation. En effet, la participation des DDASS et des DRASS à l'élaboration des instructions se limitait à une procédure de consultation leur permettant de formuler des remarques techniques. Un agent du ministère explique ainsi qu'« avec les services déconcentrés, on envoyait l'instruction aux DDASS et DRASS référentes et on ne leur demandait pas leur avis sur l'instruction elle-même, mais plus sur le contenu, pour des remarques. C'était une forme de consultation. L'idée c'était de s'assurer que la circulaire soit lisible, opérationnelle. Une fois qu'on avait l'accord de ces référents, le processus final de publication se faisait. Aujourd'hui, avec le CNP, les ARS sont invitées à s'exprimer sur l'instruction elle-même et son contenu ».

2.3.2 Des instructions moins directives

La procédure d'élaboration des instructions n'est pas le seul élément à avoir été modifié suite à la mise en place des ARS. En effet, le contenu des instructions a également été retravaillé dans le but d'être adapté au statut d'autonomie des ARS. Ainsi, ces dernières bénéficient d'un cadre plus souple dans la mesure où les instructions se veulent moins directives que du temps des services déconcentrés. Au cours des entretiens réalisés dans le cadre de ce mémoire, les agents de l'administration centrale ont unanimement fait remonter le fait que les instructions à destination des ARS étaient bien moins prescriptives et directives que celles adressées aux services déconcentrés.

« Les instructions aux ARS sont moins directives qu'avec les services déconcentrés. Elles ont beaucoup plus de marges de manœuvre. On leur dit, voilà le cadre général, à l'intérieur vous faites comme vous voulez » (agent du ministère de la santé).

« C'est une instruction donc c'est quand même des consignes. Après, faut pas trop leur dire comment ils font dans le concret. C'est à eux d'apprécier en fonction du territoire, des ressources, des besoins de la population » (agent du ministère de la santé)

« Le contenu des instructions a changé, on est beaucoup moins directifs. Avant, on était plus directifs. Aujourd'hui c'est devenu plus sain parce qu'on est plus sur des concepts, des objectifs de santé publique et des axes organisationnels voire des boîtes à outils pour les aider à mettre en œuvre. On les attend sur les résultats pas tant sur la mise en œuvre. C'est d'ailleurs là que va se trouver leur autonomie. Ça permet d'être plus près de la réalité » (agent du ministère de la santé)

Ces propos ont été confirmés par les agents en poste en ARS qui ont également fait remonter le fait que les instructions étaient bien moins directives que du temps des DDASS et des DRASS. Un responsable de service en poste dans une ARS d'Outre-mer explique ainsi qu'au niveau des agences il y a une véritable latitude d'action dans la mise en œuvre des instructions : *« dans les départements d'Outre-mer, on n'a pas la même vision de la santé que dans les territoires métropolitains. On a des impératifs de santé différents, donc on essaye de prendre en compte les instructions qui arrivent de la DGS, mais on met toutes nos forces sur les priorités locales »*. Si les instructions viennent cadrer les activités des ARS, ces dernières disposent tout de même de marges de manœuvre importantes pour se dégager de leur étau. Un agent du ministère de la santé explique par ailleurs que les instructions à direction des services

déconcentrés (telles que les DRJSCS) sont « *plus directes. On ne les invite pas à faire, on leur demande de faire. Les ARS, on leur propose, on les invite, on les informe. En même temps c'est un peu hypocrite, parce qu'au final on va quand même leur demander de faire* ».

Cet assouplissement du contenu des instructions trouve son origine dans le statut d'autonomie des ARS puisque comme l'explique une inspectrice de l'action sanitaire et sociale en poste au ministère de la santé : « *ce ne sont plus des services déconcentrés donc c'est forcément beaucoup moins cadré* ». La mise en œuvre des ARS s'est donc accompagnée d'un cadrage moins rigide du national, l'objectif étant de permettre aux ARS de mieux adapter leurs actions aux problématiques de leur territoire. Cette tendance à l'assouplissement des instructions était déjà à l'œuvre du temps des DDASS et des DRASS mais de façon moins prononcée.

Il faut également noter une tendance à la réduction du nombre d'instructions. Chaque année, les ARS reçoivent entre 250 et 300 instructions validées par le CNP⁹⁰. Un agent en poste au ministère de la santé explique ainsi qu' « *il y a eu un mouvement de réduction du nombre d'instructions. Avant, il y avait une quantité énorme d'instructions qui tombaient sur les services déconcentrés, maintenant le nombre a vraiment réduit* ».

2.3.3 L'instruction du 8 juin 2018 relative à la mise en place du parcours de santé des migrants primo-arrivants et sa déclinaison au niveau régional

Afin d'illustrer au mieux les marges de manœuvre dont disposent les ARS au niveau de la mise en œuvre des instructions sur leur territoire, il apparaît intéressant de s'appuyer sur un exemple concret. Le 8 juin 2018, la Direction générale de la santé (DGS) a transmis aux ARS, par la voie du Conseil national de pilotage (CNP), une instruction relative à la mise en œuvre d'un parcours de santé des migrants primo-arrivants⁹¹. L'instruction identifie plusieurs axes prioritaires dans la construction du parcours de santé des migrants. Elle encourage tout d'abord les ARS à mettre en place un « rendez-vous santé » centré sur l'information, la prévention,

⁹⁰ Le Menn J., Milon A. (2014). Rapport d'informations du Sénat n° 400 fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (2) et de la commission des affaires sociales (1) sur les agences régionales de santé.

⁹¹ Instruction N°DGS/SP1/DGOS/SDR4/DSS/SD2/DGCS/2018/143 du 8 juin 2018 relative à la mise en place du parcours de santé des migrants primo-arrivants.

l'orientation et l'insertion dans le système de soins de droit commun et intervenant dans un délai optimal de quatre mois après l'arrivée du migrant sur le territoire. Afin d'organiser ce « rendez-vous santé », les ARS sont invitées à procéder à l'identification de « structures médicales pivots » (type PASS, centres de santé, maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP)). Ensuite, l'instruction incite les ARS à élaborer une cartographie de l'offre de soins dans leurs territoires. Par ailleurs, elle met en avant la nécessité de recourir à l'aller-vers et de procéder à des bilans d'orientation face à des situations d'urgence. Enfin, elle met l'accent sur la santé mentale, en cherchant à encourager tout au long du parcours de santé, le repérage et la prise en charge globale du psycho-traumatisme.

Du 12 mars au 14 avril 2019 se sont tenus les dialogues techniques relatifs à l'objectif 3.2 des CPOM État-ARS et intitulé « *Favoriser l'accès au système de santé pour les personnes les plus éloignées du système* ». Ces dialogues techniques ont notamment permis d'échanger avec les ARS sur le déploiement du parcours de santé des migrants en région depuis la publication de l'instruction en juin 2018. Les ARS ont pu rendre compte de l'état d'avancement du parcours de santé dans leur région, de la manière dont elles se sont appropriées les recommandations de l'instruction et des éventuelles difficultés qu'elles ont pu rencontrer dans la mise en œuvre de cette dernière. À partir de ces informations, j'ai pu élaborer un tableau récapitulatif de l'état d'avancement des ARS dans l'élaboration du parcours de santé des migrants dont voici ci-bas un extrait (le tableau complet se trouve en Annexe VI). Cet état des lieux a permis de mettre en évidence des différences importantes au niveau de la consolidation des parcours de santé d'une région à une autre.

Les termes de l'instruction étant peu voire pas directifs, ils ont laissé aux ARS des marges d'autonomie importantes dans l'élaboration dudit parcours. Un responsable de service en charge des populations migrantes et des détenus dans une ARS de métropole explique que du temps des DDASS et des DRASS une telle instruction « *aurait été bien plus cadrée. On n'aurait pas laissé le choix de comment faire, ça aurait été plus directif* ».

Tableau Excel : état des lieux de l'avancement du parcours de santé des migrants dans les territoires (extrait)

Ci-dessous un extrait du tableau Excel portant sur l'état des lieux de la mise en œuvre du parcours de santé des migrants primo-arrivants par les ARS depuis la publication de l'instruction le 8 juin 2018 (le tableau complet est visible en Annexe VI) : l'extrait porte sur les structures pivots choisies par les ARS afin d'organiser le « rendez-vous santé ». Les informations proviennent des remontées d'informations transmises par les ARS au cours des dialogues techniques ainsi que des informations inscrites dans les Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins pour les plus démunis (PRAPS) de chaque ARS.

Structures pivots		
ARS	PRAPS	Dialogues techniques – CPOM
Auvergne- Rhône Alpes		<p>Sur le volet « santé mentale », volonté de centrer le parcours santé autour des CUMP et des CLAV (Comités Locaux d'Aide aux Victimes).</p> <p>Sur le volet « somatique », le point d'entrée se fait par les PASS.</p> <p><u>Difficultés :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Constat d'une augmentation de la file active des migrants ce qui entraîne une surcharge du dispositif. - Pour les MNA, la prise en charge par les PASS se fait difficilement du fait de leur statut de mineurs sans référent adulte pour valider les soins.

Arielle GRAZIANI

Bourgogne Franche- Comté		<p>Le "rdv santé" est organisé autour des PASS et des structures médicales pivots (MSP, centres de santé, CES).</p> <p>Sur certains territoires, le "rdv santé" a bien lieu, mais ce n'est pas homogène sur l'ensemble du territoire de la région.</p> <p><u>Difficultés</u> : Mention du fait que les PASS sont surchargées.</p>
Bretagne	<p>Développer l'offre de consultations autour des CES, de consultations ressources.</p> <p>Mobiliser les PASS</p> <p>Associer les médecins libéraux et les MSP.</p>	<p>Le parcours de santé des migrants se structure autour des coordinateurs DATASAM dans chaque département, chargés d'être les pivots du parcours.</p> <p>Tous les dispositifs de droit commun (PASS, EMPP, Points santé) reçoivent des migrants.</p>
Corse		<p>Rôle des PASS / mobilisation de certains médecins de ville.</p> <p>Mention de la mise en œuvre d'une PASS mobile.</p>
Centre-Val de Loire		<p>Le "rdv santé" se structure différemment selon les ressources de chaque territoire. Sur certains territoires, est envisagée une consultation unique sur un même lieu, d'autres envisagent plutôt de confier la coordination du "rdv santé" à une association en partenariat avec la CPAM (protocole en cours dans l'Indre).</p> <p>Les structures pivots identifiées mais pas encore validées sont diverses : CH, PASS, CEGIDD, CV, CES, associations en partenariat avec la CPAM...</p>

Arielle GRAZIANI

Grand Est		<p><u>La structure pivot varie selon le statut du migrant :</u></p> <p>1) Pour les personnes en séjour irrégulier, la structure pivot est la PASS chargée de réaliser l'examen clinique, la vérification du statut vaccinal et le dépistage de la tuberculose (soit sur son budget propre, soit en la réorientant vers les CV et CLAT)</p> <p>2) Pour les demandeurs d'asile, les structures pivots sont les centres de médecine préventive pour les personnes hébergées en structures. Les CLAT, CV, CEGGID pourraient intervenir dans les structures.</p> <p>3) Reste en suspens la question des demandeurs d'asile qui ne sont pas en structures d'hébergement.</p> <p>Par ailleurs, depuis 2016, l'ARS a déployé sur le département de Meurthe-et-Moselle un coordinateur parcours de santé des migrants qui favorise la coordination des acteurs. Volonté de dupliquer ce poste sur 2 autres départements. Les financements ont été accordés en 2018 pour le département de la Moselle et pour le département du Bas Rhin se sera en 2019.</p>
Hauts-de-France		<p>Les bilans santé sont organisés par les PASS sur des plages horaires dédiées.</p>

Ile-de-France		<p>Les PASS hospitalières généralistes et spécialisées sont fortement mobilisées.</p> <p>Pôles santé des CAES (SSP et La Croix Rouge) et du CHUM Famille d'Ivry avec triple fonctions :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Réaliser des bilans de santé orientation 2) Consultations de médecine générale 3) Diagnostic en psychiatrie (via EMPP si possible). <p>Proposition d'un schéma de bilan infirmier avec document de liaison pour les soins entre CAES et les centres d'hébergement.</p>
Nouvelle-Aquitaine		<p>Les PASS sont structurées comme les pivots du parcours de santé des migrants. Les 36 PASS généralistes du territoire sont mobiles et se déplacent auprès des migrants, jusqu'au domicile.</p>
Normandie	<p>Faciliter l'accès à la santé par l'intermédiaire des PASS, EMPP et des CES.</p> <p>Conventionnement entre structures d'accueil, PASS et CES.</p> <p>Faire des PASS des lieux ressources de proximité sur les questions de statuts et de santé.</p>	<p>Un protocole pour l'accueil des primo-arrivants a été élaboré et mobilise les PASS comme les pivots de l'orientation des publics. C'est elles qui organisent le recours si nécessaire au CLAT, au CEGIDD, CV, etc.</p> <p>Favoriser le conventionnement avec l'UR-IRSA pour le bilan de santé (CES).</p>

	(Mise en œuvre du "protocole de prise en charge sanitaire des migrants accueillis en Normandie" censé faciliter l'accès au droit commun)	
Occitanie		Mobilisation des PASS et EMPP
PACA	<p>Prise en charge des personnes en situation irrégulière primo-arrivantes au moyen des PASS (p. 15).</p> <p>Renouvellement de l'AAP "Prévention pour les personnes relevant d'un accueil dans les PASS" avec cinq axes dont notamment un sur le renforcement des stratégies de dépistage et de prévention de l'infection à VIH et autres IST, des hépatites B et C et de la tuberculose dans la population migrante.</p>	<p>Pour le "rdv santé", mobilisation des différents professionnels de santé (PMI, CEGGID, CMP, EMPP, PASS, CLAT, CPEF, médecins libéraux, centres dentaires CPAM, etc.).</p> <p>Mention du fait que le dispositif ne peut pas reposer sur les PASS qui sont déjà surchargées -> nécessité de mobiliser d'autres partenaires du soin.</p>

Pays de la Loire	Mettre en place des créneaux de rdv dans les PASS pour une file d'attente maîtrisée.	Deux modèles de structures pivots sont retenus : PASS et MSP en lien avec les CFPD pour la partie dépistage médicalisée.
	Mettre en place des délais d'accès à une prise en charge par un psychiatre ou un psychologue.	Un projet a été présenté dans le cadre de l'article 51 sur le parcours de santé des migrants avec une articulation temps médicaux / psychologues / médiateurs dans une MSP.
Réunion		Accès aux soins garanti par les équipes médico-soignantes du CRA.
Martinique		
Guyane		
Guadeloupe		

Cet extrait permet de constater que d'une région à une autre, les structures médicales pivots identifiées par les ARS pour organiser le « rendez-vous santé » varient grandement. Si une majorité d'ARS a fait le choix d'organiser le parcours de santé autour des Permanences d'accès aux soins (PASS), certaines se sont tournées vers d'autres types de structures. L'ARS Pays-de-la-Loire rapporte ainsi avoir organisé son parcours de santé autour des PASS et des Maisons de santé pluridisciplinaires (MSP). L'ARS Centre-Val de Loire envisage quant à elle de confier la coordination du « rendez-vous santé » à une association en partenariat avec la CPAM. L'ARS Bourgogne-Franche-Comté a fait le choix de se tourner vers les PASS ainsi que les MSP et les centres de santé. Par ailleurs, il est important de souligner que dans certaines régions d'Outre-mer où la problématique de l'immigration ne se pose pas dans les mêmes termes qu'en métropole, les ARS ont écarté d'office la mise en œuvre de l'instruction.

Pour conclure, l'activité des ARS est encadrée par de nombreux éléments (la politique nationale de santé, les CPOM État-ARS, une multitude d'instructions et de notes d'information filtrées par le Conseil national de pilotage). Le principe de « co-construction » de l'action publique en santé peine à contrebalancer une relation relativement déséquilibrée au profit de l'administration centrale. Les objectifs des CPOM demeurent très homogènes et les instructions nombreuses et détaillées. Frédéric Pierru explique ainsi que les plans, les contrats qui lient l'échelon national aux ARS impulsent une dynamique de « *relation hiérarchique* » entre les deux niveaux d'exercice⁹².

Cependant, grâce à un travail de « co-construction » qui ne cesse de s'approfondir, les ARS acquièrent de plus en plus de moyens leur permettant de participer à l'élaboration de l'action publique en santé pour venir l'adapter à leurs besoins et leurs spécificités. Ainsi, progressivement, les ARS obtiennent des marges d'action croissantes⁹³.

⁹² Pierru, F. (1^{er} septembre 2011). La santé en fusions. L'accouchement des agences régionales de santé au forceps institutionnel. Communication au XI^{ème} Congrès de l'Association française de science politique, Strasbourg.

⁹³ Salomon, R. (2011). *ARS : un an après*. Adsp n°74, 48 pages.

3 Les Agences régionales de santé ont-elles les moyens de leur autonomie ?

Dans la partie précédente, nous avons pu constater que les ARS n'influencent que partiellement le contenu des CPOM État-ARS et des instructions qui participent pourtant au cadrage de leur activité. Si leur statut d'autonomie leur offre la possibilité d'être davantage conviées aux processus stratégiques décisionnels en comparaison aux anciens services déconcentrés, des efforts demeurent nécessaires pour atteindre un réel équilibre entre le niveau national et le niveau régional. Par ailleurs, nous avons pu observer que la complexification de la communication entre les deux échelons d'administration avait tendance à faire obstacle à la participation des ARS à l'élaboration de l'action publique en santé.

Il s'agit désormais de s'intéresser à la capacité des ARS à évoluer librement au sein du cadre qui leur est fixé. Les outils territorialisés et les leviers financiers mis à leur disposition ont vocation à leur donner les moyens de mettre en œuvre une politique régionale de santé. Cependant, il convient de rappeler que si le projet de loi HSPT mentionnait une « *politique régionale de santé* »⁹⁴, une telle formulation a disparu du texte de loi voté par le Parlement. La modification de la teneur du texte, couplée au fait que les ARS n'ont qu'un statut d'autonomie et non d'indépendance, conduit à questionner l'existence de véritables politiques régionales de santé dans les territoires. En effet, contrairement aux autorités administratives indépendantes qui définissent par elles-mêmes leur politique, les ARS en tant qu'agences sont chargées de mettre en œuvre une politique fixée par les autorités ministérielles. Pour autant, leur statut d'autonomie doit leur permettre d'exercer une « *responsabilité structurante* »⁹⁵ dans le domaine dans lequel elles interviennent. Ainsi, si les ARS ont pour mission d'appliquer la politique nationale à l'échelon régional, elles doivent le faire à travers la définition d'un Projet régional de santé (PRS).

Nous verrons tout d'abord que si les ARS se sont vues confier un ensemble d'outils de territorialisation les mettant en capacité d'enrichir la politique nationale de santé d'un Projet régional de santé (PRS), il apparaît difficile d'évoquer l'existence de véritables politiques régionales de santé (3.1). Nous nous intéressons ensuite au degré d'autonomie financière des ARS (3.2), puis nous verrons qu'assez paradoxalement les ARS ne perçoivent pas nécessairement l'autonomie comme un objectif ultime à atteindre (3.3).

⁹⁴ N°120, Projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires, 13e législature, 2008.

⁹⁵ Richard J., Cytermann L. (2012). Les agences : une nouvelle gestion publique ?. Rapports annuels du Conseil d'État. Vol. 2, n°63.

3.1 Projet régional de santé ou politique régionale de santé ?

Si les ARS disposent de latitudes d'action non-négligeables pour adapter la politique de santé nationale à l'échelon territorial (3.1.1), elles agissent dans un cadre national strict (3.1.2) qui n'a toutefois pas fait obstacle au développement d'une certaine autonomie politique des agences (3.1.3).

3.1.1 Les Agences régionales de santé, des acteurs stratégiques : un Projet régional de santé adaptable aux particularités régionales

- A) Le Projet régional de santé ou l'adaptation de la politique nationale de santé à la réalité des territoires

Comme nous l'avons vu ci-haut, la loi HPST de 2009 comporte une certaine ambiguïté quant aux missions des ARS. Si le projet de loi évoquait une « *politique régionale de santé* », une telle formulation a disparu du texte voté en 2009. À la place, l'article L. 1431-2 du Code de santé publique dispose que « *les ARS sont chargées, en prenant en compte les spécificités de chaque région, de mettre en œuvre au niveau régional la politique de santé publique définie aux articles L. 1411-1 et L. 1411-2* ». La vocation des ARS est de décliner la politique nationale dans les régions et de l'adapter aux réalités territoriales. Pour mener à bien cette mission, les ARS se sont vues octroyer des instruments de territorialisation importants. Ainsi, l'article L. 1431-1 du Code de santé publique dispose ainsi que les ARS doivent mettre en place « *un ensemble coordonné de programmes et d'actions concourant à la réalisation, à l'échelon régional et infrarégional, des objectifs de la politique nationale de santé* ». Ces programmes ont vocation à conférer aux ARS les moyens de moduler la politique nationale de santé à la réalité de leur territoire. Dès lors, ils peuvent être perçus comme offrant à l'échelon territorial des latitudes d'action nouvelles pour se détacher de la politique nationale de santé. Quelles sont les marges d'autonomie des ARS à ce niveau ? Est-ce qu'elles peuvent réellement s'approprier la politique nationale de santé ?

En vertu de l'article L. 1434-1 du Code de santé publique, chaque ARS a pour mission de mettre œuvre un Projet régional de santé (PRS) devant s'inscrire dans « *les orientations de*

la politique nationale de santé ». Le PRS correspond à la stratégie régionale de santé que chaque agence compte conduire dans les cinq ans sur son territoire. Il s'agit donc un document essentiel en région et son analyse, à l'échelle nationale, est une source d'information importante pour identifier la manière dont les politiques nationales ont été déclinées régionalement. Chaque PRS est arrêté par le Directeur général de l'ARS après avis, dans le champ de leurs compétences respectives, de la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CNSA), des Conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie, du préfet de région, des collectivités territoriales de la région et du conseil de surveillance de l'ARS.

Les PRS 2018-2022 correspondent à la deuxième génération de PRS, la première génération ayant couvert la période 2012-2017. L'article 158 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (LMSS) et le décret n° 2016-1023 du 26 juillet 2016 relatif au PRS ont apporté des changements majeurs dans la composition et les objectifs visés par cette seconde génération. Désormais, les PRS sont composés, *a minima*, de trois documents :

- Un cadre d'orientation stratégique qui détermine les objectifs généraux et les résultats attendus à dix ans pour améliorer l'état de santé de la population, lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé.
- Un schéma régional de santé unique (et non plus par secteur de prise en charge) qui permet une approche de la santé par parcours de prise en charge et d'accompagnement.
- Un seul programme obligatoire : le Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS) qui détermine les objectifs attendus, les actions à conduire, les moyens à mobiliser, les résultats attendus, le calendrier de mise en œuvre et les modalités de suivi et d'évaluation dans ce domaine bien précis.

Le PRS est donc composé de trois niveaux : un niveau stratégique, un niveau de planification et un niveau de programmes. Le PRS peut être défini comme un « *outil réglementaire de programmation globale* »⁹⁶.

Le PRS traduit la possibilité pour les ARS d'adapter la politique nationale de santé à la réalité de leur territoire voire de faire émerger une véritable « politique régionale de santé ». Grâce à un diagnostic territorial de santé, les ARS font émerger des besoins régionaux spécifiques qui guideront ensuite l'application de la politique nationale à l'échelle régionale.

⁹⁶ Nabet, N. et al. (2011). L'ARS : un pilote de la politique de santé régionale. Adsp n°74.

Un agent du ministère de la santé explique ainsi que « *les ARS n'appliquent pas stricto sensu les politiques nationales. Il y a le diagnostic territorial qui permet d'adapter les politiques nationales aux particularités du territoire. Chaque territoire est différent, on ne peut pas appliquer les politiques partout de la même manière. Après, il y a des plans où il est logique qu'on les applique de la même manière sur les territoires* ».

Si les services déconcentrés disposaient déjà de certaines latitudes d'action dans la déclinaison des politiques nationales à l'échelon territorial, ces dernières se sont accrues avec la création des ARS et des outils de territorialisation. Un agent en poste au ministère de la santé explique ainsi qu'« *avant [l'administration centrale] avait des prises sur les DDASS. Il y avait quand même un lien hiérarchique qui faisait qu'il avait quand même du pouvoir sur ces services. Avec les ARS, elles se sont retrouvées autonomes y compris sur le plan financier. Il y a une politique nationale, mais elles la déclinent comme elles veulent. [L'État central] les laisse juges de leurs priorités en fonction de la réalité de leur région. Il y a les documents de cadrage mais elles établissent leur diagnostic et leur programme de santé, donc au final elles font ce qu'elles veulent* ». À l'époque des services déconcentrés, l'échelon territorial avait bien moins de latitudes d'action que les ARS aujourd'hui. Les services déconcentrés étaient majoritairement pilotés par voie de « *directives nationales uniformes* »⁹⁷, ce qui limitait grandement leurs marges de liberté. Ainsi, l'objectif du PRS est d'éviter l'application uniforme de la politique nationale de santé dans les territoires. Comme l'explique un agent en poste au sein d'une ARS d'Outre-mer, « *le PRS vise à faire un document qui ne soit pas un copier-coller de ce qui se fait au niveau national, mais qui soit adapté au contexte local. Dans notre schéma de santé, on a inscrit des problématiques qui sont spécifiques à la région. On a une marge de manœuvre par rapport aux instructions nationales* ».

Le fait d'offrir à l'échelon territorial la possibilité de moduler les orientations de la politique nationale selon les besoins locaux semble indispensable par bien des aspects. En effet, il apparaît difficile de demander aux régions de se mobiliser de façon égale sur l'ensemble des enjeux de santé⁹⁸. À titre d'exemple, une région très urbaine et peuplée n'aura pas les mêmes enjeux de santé qu'une région rurale ayant une faible densité de population.

⁹⁷ Courrèges, C. Réforme de la gouvernance régionale : quel impact sur le pilotage national ? In Nabert, N. et al. (2011). L'ARS : un pilote de la politique de santé régionale. Adsp n°74.

⁹⁸ Ibid.

B) Un exemple pratique : l'hétérogénéité des Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins des plus démunis (PRAPS)

Afin de rendre compte de la capacité des ARS à adapter les éléments de cadrage élaborés au niveau national à la réalité de leur région, j'ai procédé à une étude des différents Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins des plus démunis (PRAPS) déclinés dans les régions françaises de métropole et d'Outre-mer. J'ai cherché à analyser le degré de différenciation des programmes d'une région à une autre.

Les PRAPS ont été institués par la loi n°98-657 du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre la pauvreté et les exclusions. Il s'agit d'un dispositif visant à lutter contre la précarité et ses conséquences en matière de santé. La loi HPST a confirmé le PRAPS comme l'un des programmes obligatoires constituant le PRS.

Cette revue des PRAPS m'a permis de constater que s'il existait quelques grandes thématiques récurrentes, certains PRAPS abordaient des sujets parfois très spécifiques : la structure des PRAPS varie donc d'une région à une autre, témoignant d'une certaine adaptation des objectifs nationaux aux problématiques régionales.

Parmi les thématiques abordées dans les PRAPS, huit ont été régulièrement mentionnées (Annexe VII) :

- Faciliter l'accès aux droits, fluidifier les démarches administratives et améliorer la compréhension du système de santé.
- Renforcer le pouvoir d'agir des publics démunis (littératie, compétences psychosociales)
- Développer l'accès aux soins via l'interprétariat, la médiation sanitaire et l'aller-vers
- Structurer une offre spécifique passerelle (PASS, EMPP...)
- Améliorer le repérage et l'orientation pour des personnes en situation de précarité et présentant un problème de santé
- Former les professionnels de santé aux problématiques des publics cibles
- Mieux coordonner les acteurs intervenant dans le champ de la santé/précarité
- Mieux prendre en compte la santé mentale des personnes précaires

Dans la mesure où les PRAPS ont pour objectif de lutter contre les conséquences de la précarité en santé, il n'apparaît pas étonnant que certains éléments soient présents dans la plupart de ces programmes. Cependant, à côté de ces thématiques récurrentes, certains PRAPS se singularisent par leurs approches et leurs objectifs spécifiques. Ainsi, certains programmes focalisent leur attention sur des populations particulières. À titre d'exemple, seules trois ARS dédient une partie de leur PRAPS à la santé des personnes en situation de prostitution, huit PRAPS évoquent la santé des personnes placées sous main de justice et deux PRAPS seulement mentionnent la question des mineurs non-accompagnés. Ces différences s'expliquent notamment par les particularités régionales auxquelles sont confrontées les ARS. Les régions n'ont pas les mêmes besoins, il est donc normal que leurs programmes et leurs plans se différencient les uns des autres. Les ARS disposent donc de latitudes d'action relativement importantes à ce niveau, puisqu'elles peuvent réellement orienter leur PRAPS dans un sens ou dans un autre.

Cependant, la capacité des ARS à pouvoir influencer le contenu des PRAPS ne permet pas de témoigner de l'existence de véritables politiques régionales de santé.

3.1.2 Un cadre national rigide

Certes, les ARS peuvent venir moduler les politiques nationales de santé en les adaptant à la réalité de leur région grâce au PRS, pour autant leurs marges de manœuvre demeurent grandement encadrées et limitées⁹⁹. En effet, le Code de santé publique dispose expressément que le PRS doit s'inscrire « *dans les orientations de la politique nationale de santé* »¹⁰⁰ et se conformer « *aux dispositions financières prévues par les lois de finances et les lois de financement de la sécurité sociale* »¹⁰¹. Ainsi, les orientations stratégiques de la politique de santé sont adoptées au niveau national. Si les ARS peuvent décider de mettre l'accent sur certaines d'entre elles, elles demeurent contraintes par ce cadrage national. Elles interviennent ainsi en seconde intention, ce qui limite grandement leur rôle en tant que partenaires de l'administration centrale dans l'élaboration des politiques publiques de santé. Au détour d'un entretien, un agent du ministère de la santé explique que puisque les ARS « *mettent en œuvre une politique nationale de santé, elles ne peuvent pas être complètement*

⁹⁹ Tabuteau, D. (2010). Loi « Hôpital, patients, santé et territoires » (HPST) : des interrogations pour demain !. *Santé Publique*, vol. 22(1), 78-90. doi:10.3917/spub.101.0078.

¹⁰⁰ Article L. 1434-1 du Code de santé publique

¹⁰¹ Article L. 1434-1 du Code de santé publique

autonomes ». Cette déclaration permet à elle seule de traduire la complexité et le flou autour du statut d'autonomie des ARS et pose ainsi le cœur du débat : les ARS ont certes un statut d'autonomie mais qui se heurte directement au fait qu'elles doivent appliquer la politique nationale de santé en région au même titre que les anciens services déconcentrés. Finalement, la politique de santé est déterminée au niveau national par le biais de feuilles de route nationales et les ARS s'inscrivent dans ces grandes lignes de sorte qu'il apparaît difficile de parler de « co-construction » des politiques de santé dans la mesure où les ARS ne sont invitées qu'à titre subsidiaire à prendre part à leur définition. Un agent du ministère de la santé explique qu'« *au niveau national, on continue de faire une sorte de cadrage, à dire [aux ARS] qu'il y a des thèmes, des politiques prioritaires et on va laisser la main pour qu'en région, en fonction de leur diagnostic et de leurs besoins, elles identifient les besoins de leur territoire. Les priorités, a priori, elles vont toutes répondre aux enjeux de la politique nationale. C'est large, ça fait une espèce de grand entonnoir, et l'idée est qu'en région elles s'adaptent, sur une priorité vraiment forte dans leur région ou un public* ». Un agent du ministère de la santé en poste à la Direction générale de la santé soutient qu'« *il faudrait faire disparaître les feuilles de route nationales [et qu'il] faudrait juste un cadre national mais sans ces feuilles de route trop précises* ». Ce témoignage est rejoint par le constat d'un agent en poste dans une ARS de métropole qui explique qu'« *en ARS, on croule sous les plans à décliner, les instructions à mettre en œuvre. Nous, on doit aussi jongler avec nos priorités et nos contraintes de terrain* ».

Les ARS peuvent certes adapter les orientations nationales à leurs problématiques régionales, cependant, leurs marges de manœuvre demeurent bien moindre que ce que prédisait le projet de loi HPST qui disposait que les ARS devraient « *définir et mettre en œuvre la politique régionale de santé, dans le cadre de la politique de santé publique définie à l'article L. 1411-1 du présent code* ». Cette première formulation octroyée aux ARS un statut d'acteurs stratégiques chargés d'élaborer, en parallèle de la politique nationale de santé, des politiques régionales de santé¹⁰². Dans le texte de loi voté par le Parlement, les marges de manœuvre à la disposition des ARS ont été largement réduites et leur autonomie sensiblement remise en cause. En effet, si auparavant les ARS devaient se voir confier la mission d'établir une véritable « politique » à l'échelle régionale, elles doivent désormais mettre en œuvre les

¹⁰² Castaing, C. (2009). Les agences régionales de santé : un outil d'une gestion rénovée ou simple relais du pouvoir central ?. AJDA, 40, 2212-2219.

objectifs fixés par le niveau national¹⁰³. Cécile Castaing évoque un « *changement d'orientation* »¹⁰⁴ entre le projet de loi et la loi adoptée. Ces changements sémantiques peuvent sembler minimes mais traduisent une volonté de mieux encadrer les ARS et de restreindre leur degré d'autonomie.

Par ailleurs, il convient de souligner que l'échelon national procède régulièrement au contrôle du contenu des PRS élaborés par les ARS. Ainsi, suite à la parution de la Stratégie nationale de santé fin 2017, les ARS devaient publier leur PRS au courant de l'été 2018. À la fin du mois de septembre 2018, une première analyse de ces PRS a été réalisée par l'équipe de la Mission d'appui aux ARS et à la démocratie sanitaire (MAPDS) au sein du Secrétariat Général de la DGS pour s'assurer que les politiques conduites par la DGS étaient bien positionnées dans chaque stratégie régionale de santé. À travers une telle analyse, l'administration centrale cherche à repérer le traitement des thématiques de la DGS au sein des régions au regard de leurs spécificités. Ainsi, les ARS sont soumises au cadrage national auquel s'ajoute des contrôles réguliers effectués par l'administration centrale.

Faudrait-il confier aux ARS des latitudes d'action plus importantes dans l'élaboration de l'action publique en santé ? La classe politique se divise quant au niveau d'autonomie dont devraient pouvoir jouir les ARS. Dans leur rapport réalisé pour la Commission des affaires sociales du Sénat, les sénateurs Le Menn et Milon soulèvent l'ambiguïté du texte législatif initial qui parle de confier aux ARS la mission de définir une politique régionale de santé, pendant que d'autres dispositions affirment le caractère national de la politique de santé. Ils écrivent à cet égard qu' « *on ne définit pas au niveau régional une politique nationale* » et évoque une « *confusion dangereuse sur le rôle des ARS* »¹⁰⁵. Pour beaucoup, confier aux ARS une plus grande autonomie dans l'élaboration des politiques de santé représente un risque majeur au niveau de l'égalité entre les territoires ainsi qu'un risque d'éclatement de l'action publique. Un agent du ministère de la santé déclare ainsi qu' « *au niveau de la santé, il faut une cohérence entre les territoires. Il ne peut pas y avoir dans un territoire, une politique très investie, et dans un autre territoire, autre chose. Il faut un cadre national* ». Un tel constat fait

¹⁰³ Castaing, C. (2009). Les agences régionales de santé : un outil d'une gestion rénovée ou simple relais du pouvoir central ?. AJDA, 40, 2212-2219.

¹⁰⁴ Ibid.

¹⁰⁵ Le Menn J., Milon A. (2014). Rapport d'informations du Sénat n° 400 fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (2) et de la commission des affaires sociales (1) sur les agences régionales de santé.

obstacle à une plus grande autonomie des ARS vis-à-vis de l'administration centrale et des politiques nationales.

3.1.3 L'émergence d'une (relative) autonomie politique

Il apparaît cependant important de souligner qu'au cours des divers entretiens réalisés dans le cadre de ce mémoire, l'autonomie politique des ARS a été régulièrement mentionnée. Ainsi, un agent du ministère de la santé explique qu'avec « *la création des ARS, les projets régionaux ont émergé, une certaine autonomie politique est apparue, qu'il n'y avait pas avant. Il me semblait qu'en DRASS on était plus dépendant, c'était plus terminal* ». Un agent d'ARS confirme cette vision en déclarant que « *l'ARS a une force de communication, une frappe politique beaucoup plus forte que les DDASS et les DRASS* »

Ces informations sont empiriques, aucune source écrite n'a permis de confirmer ou infirmer ces déclarations. Cependant, étant donné, d'une part, le poids acquis par les ARS qui réunissent plus de sept organismes auparavant dispersés, et, d'autre part, leur statut d'autonomie, il ne semble pas étonnant qu'elles aient pu acquérir une relative responsabilité politique.

3.2 Des marges de manœuvre financières limitées par un « cadre budgétaire contraint »¹⁰⁶

Le fait d'étudier l'autonomie des ARS par rapport à l'administration centrale conduit nécessairement à s'intéresser au versant financier de l'action publique en santé. Les ARS ne peuvent s'ériger au rang d'acteurs stratégiques dans l'élaboration des politiques de santé sans bénéficier d'une certaine autonomie financière. En effet, si elles n'ont pas la possibilité de moduler l'affectation des crédits qui leur sont dévolus, leurs marges de manœuvre demeurent de fait très étroites. Il convient de mentionner qu'au cours des entretiens réalisés dans le cadre de ce mémoire, les agents de l'administration centrale et des ARS ont régulièrement présenté le volet financier comme l'un des pivots essentiels de l'autonomie des agences. Comme le résume un agent du ministère de la santé, il semblerait que « *la marge d'autonomie des ARS se*

¹⁰⁶ Le Menn J., Milon A. (2014). Rapport d'informations du Sénat n° 400 fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (2) et de la commission des affaires sociales (1) sur les agences régionales de santé.

situe au niveau financier. Il s'agit d'un levier qui permet aux ARS d'avoir une liberté dans leur manière de faire ». Les ARS bénéficieraient d'une autonomie financière dont ne jouissaient pas les services déconcentrés qui les ont précédés.

Dans cette partie, il conviendra d'évaluer s'il est pertinent d'évoquer l'existence d'une autonomie financière des ARS. Il s'agira tout d'abord d'analyser le cadre budgétaire contraint dans lequel les ARS interviennent (3.2.1) pour ensuite s'intéresser au degré d'autonomie financière dont elles disposent (3.2.2).

3.2.1 Le cadre budgétaire contraint des Agences régionales de santé

Il convient de rappeler qu'en vertu de l'article L. 1432-6 du Code de santé publique, les ressources des ARS sont constituées de subventions de l'État, de contributions de l'Assurance maladie, de crédits de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), de ressources propres et de legs et de financements issus des collectivités territoriales. L'Assurance maladie est la principale source de financement des ARS (figure 4).

Le législateur a créé les ARS pour diverses raisons, notamment celle de promouvoir une meilleure efficacité dans la gestion du système de santé. Dès lors, les ARS ont été ancrées dans le respect de l'Objectif national des dépenses d'Assurance maladie (Ondam)¹⁰⁷. Créé par les ordonnances de 1996, l'Ondam est un objectif de dépenses à ne pas dépasser dans le domaine des soins de ville et d'hospitalisation dispensés dans les établissements privés ou publics. Il s'agit donc d'un indicateur de maîtrise des dépenses. Le fait que les enveloppes budgétaires des ARS soient fixées dans le cadre de l'Ondam participe de la permanence d'un contrôle financier centralisé de l'activité des agences¹⁰⁸. Alors que le *Rapport 2010* sur les ARSS promouvait une régionalisation des enveloppes budgétaires, cette ambition a été rapidement écartée lors de la mise en œuvre des ARS.

Les ARS doivent donc remplir leurs missions dans « *un cadre relativement contraint budgétairement* »¹⁰⁹. Par ailleurs, si les agences gèrent des sommes importantes, elles ne

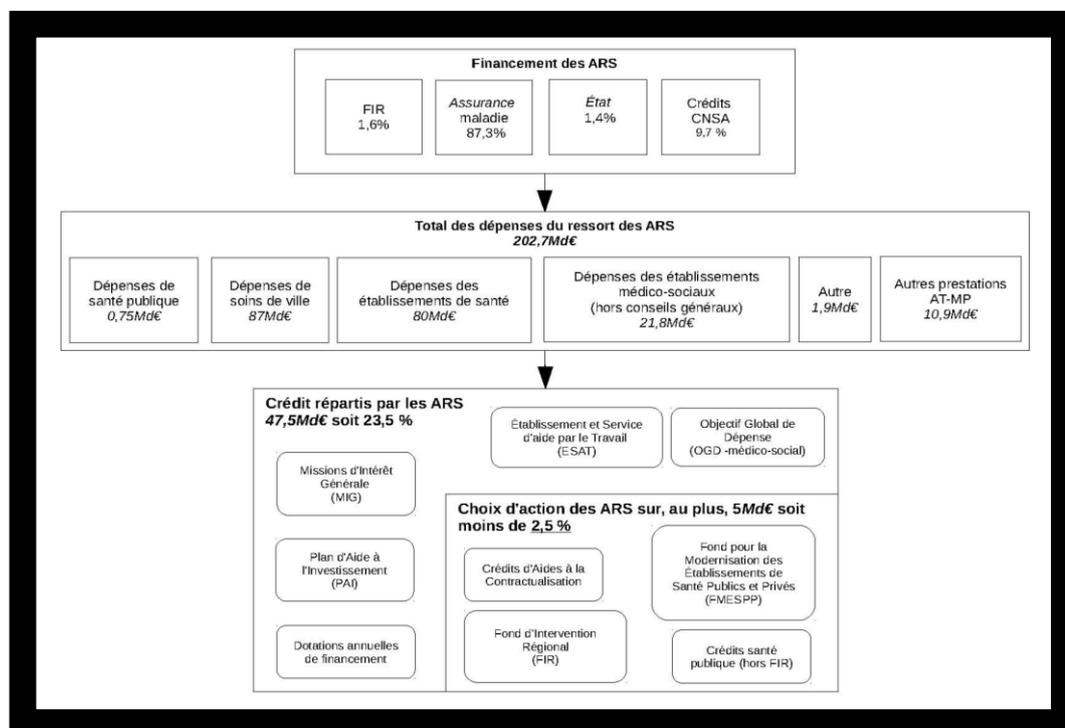
¹⁰⁷ Le Menn J., Milon A. (2014). Rapport d'informations du Sénat n° 400 fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (2) et de la commission des affaires sociales (1) sur les agences régionales de santé.

¹⁰⁸ Rolland, C. & Pierru, F. (2013). Les Agences Régionales de Santé deux ans après : une autonomie de façade. *Santé Publique*, vol. 25(4), 411-419. doi:10.3917/spub.134.0411.

¹⁰⁹ Ibid.

peuvent agir qu'à la marge sur la répartition des flux financiers. Leur latitude d'action en matière financière demeure donc largement limitée.

Figure 4 : Les flux financiers des ARS (V. Duchesne, 2015)



Comme l'indique la figure 4, en 2015, sur environ 202,7 milliards d'euros de dépenses, les ARS ne pouvaient répartir qu'environ 47,5 milliards d'euros (soit 23,5% de la somme totale)¹¹⁰. Le chiffre est encore plus faible s'il est question des flux pour lesquels les ARS ont la possibilité d'agir sur leur affectation, autrement dit ceux pour lesquels elles disposent d'une réelle liberté de choix : 5 milliards d'euros (soit 2,5% du montant final)¹¹¹. Au niveau de la gestion des flux financiers, les ARS ont donc une liberté d'action limitée à 2,5% du montant total de leurs ressources. Dans un rapport de 2012, la Cour des comptes a rappelé la faible autonomie financière des ARS.

Il convient toutefois de ne pas interpréter ces chiffres trop abruptement. Certes, l'autonomie financière des ARS est limitée, seulement il n'est pas évident de confier davantage de latitudes d'action aux ARS sur les dépenses d'Assurance maladie qui constituent une part

¹¹⁰ Duchesne, V. (22 janvier 2015). La contractualisation de l'action publique – Le cas des ARS. Journée de l'économie de la santé 2016. Gestion et économie médicales. CEPN – Université Paris 13.

¹¹¹ Ibid.

importante du budget des agences¹¹². En effet, l'Ondam renvoie aux tarifs, aux prix et aux honoraires fixés nationalement. Cette faible maîtrise des ARS sur les choix financiers s'explique donc par le fait que la majorité des fonds au sein du système de santé obéissent à des règles de répartition définies au niveau national.

3.2.2 L'autonomie financière des ARS : « une opportunité récente »¹¹³

Quatre ans après la naissance des ARS, l'article 65 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 a institué le Fonds d'intervention régional (FIR) dans le but de conférer aux ARS une plus grande souplesse dans la gestion de leurs crédits¹¹⁴. Le FIR – levier financier relativement nouveau à la main des ARS – est défini par le « Rapport d'activité – FIR » du SGCMAS pour l'année 2017 comme « *une enveloppe globale et fongible de crédits auparavant dispersés (...) qui permet de donner aux ARS plus de souplesse de gestion et de marges de manœuvre dans l'allocation des crédits et les moyens de déployer la Stratégie régionale de santé [déclinant les objectifs nationaux de santé] ainsi que de favoriser les innovations dans les territoires* »¹¹⁵. Le FIR est constitué de la dotation des régimes obligatoires d'Assurance maladie, de la dotation de la CNSA et d'une contribution exceptionnelle du Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire (FNPEIS)¹¹⁶. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 a fait du FIR un septième sous-objectifs de l'Ondam.

Depuis 2015, le périmètre d'activité du FIR a été élargi et ses missions s'articulent désormais autour de cinq orientations stratégiques :

- La promotion de la santé et la prévention des maladies, des traumatismes, du handicap et de la perte d'autonomie.
- L'organisation et la promotion de parcours de santé coordonnés ainsi que la qualité et la sécurité de l'offre sanitaire.

¹¹² J. Le Menn, A. Milon, 2014, Rapport d'informations du Sénat n° 400 fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (2) et de la commission des affaires sociales (1) sur les agences régionales de santé.

¹¹³ Ibid.

¹¹⁴ Article 65 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 ; Décret n° 2012-271 du 27 février 2012 relatif au fonds d'intervention régional des agences régionales de santé

¹¹⁵ Secrétariat général chargé des ministères sociaux. (octobre 2018). Rapport d'activité FIR 2017.

¹¹⁶ Ibid.

- La permanence des soins et la répartition des professionnels de santé et des structures de santé sur le territoire.
- L'efficacité des structures sanitaires et médico-sociales et l'amélioration des conditions de travail de leurs personnels.
- Le développement de la démocratie sanitaire.

En 2016, un budget annexe dédié à la gestion des crédits du FIR a été mis en place, dans le but de permettre aux ARS de gérer leurs crédits de façon pluriannuelle¹¹⁷, entraînant ainsi le passage à une logique d'objectifs et de résultats. Les ARS peuvent désormais gérer leur budget de manière pluriannuelle et reporter une partie des crédits non consommés sur l'exercice suivant¹¹⁸.

A) Le FIR : une marge de manœuvre financière...

Le FIR, en regroupant des moyens jusque-là dispersés et en sortant d'une logique de moyens et de financements fléchés pour passer à une logique d'objectifs et de résultats a accru l'autonomie financière des ARS.

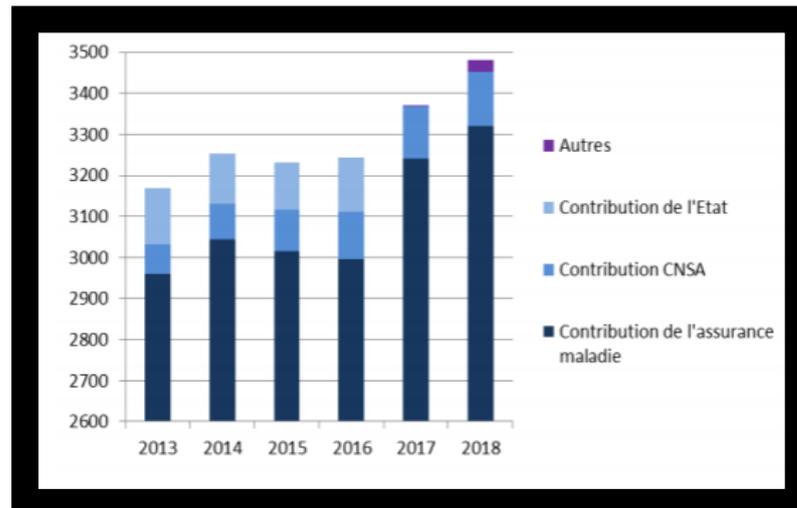
Par ailleurs, la tendance actuelle à l'accroissement des crédits du FIR va dans le sens d'une plus grande autonomie financière des ARS (figure 5). Le montant délégué aux ARS s'élevait à 3 170 millions d'euros en 2013 pour atteindre 3 481 millions d'euros en 2018¹¹⁹.

¹¹⁷ Article 56 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015

¹¹⁸ Secrétariat général chargé des ministères sociaux. (octobre 2018). Rapport d'activité FIR 2017.

¹¹⁹ PLFSS 2019. Annexe 7 : Ondam et dépenses de santé.

Figure 5: crédits délégués aux ARS de 2013 à 2018 (en millions d'€)(PLFSS 2019 - Annexe 7¹²⁰)



Le basculement de crédits vers le FIR fragilise la mainmise de l'administration centrale sur les ressources des ARS. Un agent du ministère de la santé explique ainsi que si « *les ARS souhaitent avoir plus de FIR (...), au niveau de l'administration centrale cela a des conséquences sur la gestion des crédits* ». D'ailleurs, les acteurs identifient bien souvent le FIR comme la principale marge d'autonomie des ARS. Un agent du ministère de la santé explique ainsi qu'avec le FIR « *on donne aux ARS une grosse enveloppe est elles en font ce qu'elles veulent. C'est là qu'il y a autonomie* ». Ces propos ont été confirmés par un autre agent du ministère expliquant que les ARS « *ont quand même une grande autonomie financière par rapport aux services déconcentrés* ». Le FIR permet aux ARS de bénéficier d'une plus grande latitude d'action dans le financement des programmes mis en œuvre sur leur territoire. Un médecin inspecteur de santé publique en ARS déclare ainsi que « *le FIR est le moyen financier pour les ARS d'appliquer leur propre politique, sur leurs propres priorités. Avec le FIR, les régions peuvent vraiment choisir leurs priorités. Réduire la voilure sur une politique, orienter ses actions dans un sens* ». Un agent d'une ARS située en Outre-mer complète ce discours en déclarant qu'avec le FIR, l'ARS dispose d'un « *budget spécifique et (...) peut [ainsi] proposer des actions locales [ayant fait] l'objet d'une validation par la direction générale et être force proposition pour mener des actions à la fois spécifiques au territoire et très innovantes* ».

Le FIR offre aux ARS une souplesse importante dans l'utilisation des crédits, les agences pouvant les redéployer comme elles le souhaitent du moment qu'ils demeurent investis dans le périmètre des missions du fonds. Par ailleurs, la fongibilité permet aux ARS de bénéficier de plus grandes marges de manœuvre car elles peuvent désormais redistribuer les

¹²⁰ PLFSS 2019. Annexe 7 : Ondam et dépenses de santé.

crédits au sein des missions du FIR en prenant en considérations les besoins spécifiques de leur région.

B) ...encadrée par l'administration centrale

Pour autant, si le FIR permet aux ARS de bénéficier d'une plus grande marge de liberté au niveau financier, il demeure un levier contrôlé par l'État. Un inspecteur de l'administration sanitaire et sociale en poste au sein d'une ARS de métropole déclare ainsi que « *le FIR donne [aux ARS] des latitudes supérieures à ce que [les services déconcentrés] avaient pu connaître. Par contre, le FIR est suivi, pisté, les ARS doivent en rendre compte. L'utilisation du FIR est cadrée* ».

Le FIR demeure un outil contrôlé par l'administration centrale. Le suivi de l'utilisation des crédits du FIR par les ARS fait l'objet d'un rapport d'activité annuel établi par chaque ARS censé retracer la destination finale des crédits par sous-objectif de l'Ondam¹²¹. Par ailleurs, les décisions concernant le FIR sont soumises au CNP des ARS, qui définit, par circulaires, les orientations pour l'utilisation du fonds, émet un avis sur la répartition des crédits entre régions et est chargé du suivi de la gestion du fonds. Comme l'explique un agent en poste dans une ARS, si « *le FIR est source d'autonomie financière, (...) il ne faut pas oublier que ce ne sont pas des ressources pérennes et [que les ARS] ne dispose[nt] pas de visibilité sur ce qui sera renouvelé d'une année sur une autre. Cela limite beaucoup la manière dont les actions peuvent être déployées* ». Les ARS ont certes une plus grande latitude d'action grâce aux crédits du FIR, cependant les politiques qu'elles mènent à partir de ce fonds sont forcément précaires dans la mesure où il ne s'agit pas de financements pérennes.

3.3 La réticence des ARS à se saisir de leur autonomie

Ce mémoire a cherché à analyser la marge d'autonomie des ARS et leur capacité à se placer en qualité de partenaires stratégiques de l'administration centrale dans l'élaboration de l'action publique en santé. Nous avons ainsi pu constater que l'autonomie des ARS était toute relative et que ces dernières demeuraient par bien des aspects dans un rapport d'exécution vis-à-vis de l'administration centrale.

¹²¹ Secrétariat général chargé des ministères sociaux. (octobre 2018). Rapport d'activité FIR 2017.

Cependant, les recherches empiriques ont fait émerger un élément intéressant et peu abordé par la littérature. Contre toute attente, l'échelon territorial ne semble pas considérer l'autonomie vis-à-vis de l'administration centrale comme un but ultime à atteindre. En effet, les entretiens conduits auprès d'agents en poste au sein d'ARS ont permis de mettre en relief des discours nuancés sur le statut d'autonomie des agences. Un agent en poste au sein d'une ARS explique ainsi que « *ce n'est pas forcément aidant de travailler sans cadre pour une administration, même autonome* ». Le cadre d'autonomie des ARS a pu être perçu comme un élément difficile à gérer par les agents, certains préférant les rouages bien connus de la relation hiérarchique qui liait les services déconcentrés à l'État central.

Les entretiens conduits auprès d'agents en administration centrale ont permis de confirmer ce constat en faisant apparaître une réalité intéressante : les ARS refuseraient de se saisir de leur autonomie. Tout au long de ce mémoire, nous avons pu étudier les obstacles que pouvaient rencontrer les ARS pour pleinement jouir de leur statut d'autonomie octroyé par la loi HPST de 2009. Cependant, il semblerait que les ARS soient en réalité un des premiers freins à leur autonomie. Un agent en poste au sein du ministère de la santé considère ainsi « *qu'il y a un problème de courage [et que] les ARS ne veulent pas se saisir de leur autonomie (...) Elles reviennent vers le ministère à chaque fois pour avoir un accord, une validation ou juste pour qu'on leur répète la réglementation. Ils sortent le parapluie en contactant [le ministère]. Ce sont des établissements autonomes, et on se demande où est leur autonomie, ils ne veulent pas la prendre. Ils se protègent beaucoup en demandant [au ministère] de valider les choses* ». À l'origine, l'un des objectifs visés par la loi HPST était de faire émerger des acteurs régionaux disposant de compétences et de moyens sans précédent leur permettant d'intervenir au niveau régional sur les problématiques qui étaient à l'origine systématiquement remontées au niveau national¹²². Or, les entretiens ont révélé que les ARS continuaient de contacter sans cesse l'échelon national pour obtenir des informations ou bien faire valider des éléments. Un agent en poste au ministère de la santé soutient alors que « *les ARS se réfèrent sans cesse au ministère de la santé en cas de problème pour savoir quelle est [sa] position. Ils passent par l'administration centrale. On est les gardiens du code de la santé, des arrêtés et des décrets. On est leurs référents. Si nous on dit le texte c'est ça, le texte c'est ça* ».

Finalement, l'autonomie n'apparaît pas comme un objectif ultime à atteindre pour les ARS, elle semble au contraire « *être vécue comme un fardeau plutôt que comme une*

¹²² Courrèges, C. Réforme de la gouvernance régionale : quel impact sur le pilotage national ? In Nabert, N. et al. (2011). L'ARS : un pilote de la politique de santé régionale. Adsp n°74.

opportunité à saisir »¹²³. Cette réticence des ARS à se saisir de leur statut d'autonomie peut s'expliquer par la faiblesse des moyens mis à leur disposition. En effet, les moyens dont disposent les ARS sont sensiblement moins importants que ceux dont disposaient les services déconcentrés¹²⁴. Cela peut s'expliquer par le fait que la réforme de 2009 s'est faite dans le sillage de la « Révision générale des politiques publiques » (RGPP) avec un objectif ferme de réduction des dépenses publiques et d'amélioration de l'efficacité du système de santé. La mise en œuvre des ARS s'est donc accompagnée d'une réduction des moyens humains, matériels et financiers. Dans ces conditions, les ARS n'ont pas forcément les moyens de jouir du statut d'autonomie octroyé par la loi HPST. Un agent en poste au sein d'une ARS d'Outre-mer explique ainsi qu' « *en ARS, il y a une marge de manœuvre dans la mise en œuvre des politiques nationales, ce qui n'existait pas en DDASS et DRASS qui appliquaient telles quelles les consignes de l'administration centrale. Mais cela ne marche pas forcément mieux maintenant. Ce n'est pas parce qu'on adapte les politiques nationales que c'est mieux, parce qu'on les adapte sous les contraintes d'effectifs, de moyens financiers* ».

¹²³ Rolland, C. & Pierru, F. (2013). Les Agences Régionales de Santé deux ans après : une autonomie de façade. *Santé Publique*, vol. 25(4), 411-419. doi:10.3917/spub.134.0411.

¹²⁴ Ibid.

Conclusion

Ce mémoire visait donc à analyser la capacité des ARS à se saisir de leur statut d'autonomie et à se placer en partenaires stratégiques de l'administration centrale dans l'élaboration de l'action publique en santé. La logique impulsée par la création des ARS était de promouvoir une forme de « co-construction » de l'action publique en santé entre l'échelon national et l'échelon territorial. Or, l'étude de l'état actuel des relations entre les deux niveaux d'administration amène au constat d'une réforme inachevée et partielle.

En effet, nous avons pu constater que les ARS, certes autonomes par certains aspects, demeurent bien souvent dans le giron de l'administration centrale limitant ainsi leur capacité à s'ériger en partenaires stratégiques dans l'élaboration des politiques publiques de santé. Placées sous la tutelle de l'État central, elles continuent de recevoir des instructions et des orientations des autorités gouvernementales. Elles signent avec l'administration centrale un « Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens » (CPOM) dont le contenu est largement dicté par le niveau national. Les agences doivent donc mettre en œuvre une politique définie par l'État central¹²⁵ et interviennent dans un cadre national qui limite de fait leurs marges de manœuvre. Par ailleurs, nous avons pu constater que les ARS rencontrent des difficultés à se saisir de leur statut d'autonomie afin d'élaborer des politiques régionales de santé adaptées aux caractéristiques de leur territoire. Ces difficultés proviennent en majeure partie d'une absence d'autonomie financière qui limite leur capacité d'action.

Pour conclure, les ARS sont donc soumises à des injonctions contradictoires, leur statut d'autonomie les invite à sortir du « *traditionnel contrôle vertical* »¹²⁶ de l'administration centrale tout en demeurant sous son contrôle étroit. Par bien des aspects, les ARS continuent donc d'emprunter la voie de la relation hiérarchique qui caractérisait la relation entre l'administration et les anciens services déconcentrés. Encore loin d'être parvenues à s'ériger au rang de véritables agences autonomes, les ARS demeurent donc par bien des aspects de simples « *relais du pouvoir central* »¹²⁷.

¹²⁵ L'article 1431-1 du Code de santé publique confie aux ARS la mission de décliner à l'échelle régionale les orientations nationales de la politique de santé.

¹²⁶ Duchesne, V. (2018). L'agence, le contrat, l'incitation. Les Agences régionales de santé fer-de-lance administratif de la politique de santé. *Journal de gestion et d'économie médicales*, vol. 36(4), 159-180. doi:10.3917/jgem.184.0159.

¹²⁷ Castaing, C. (2009). Les agences régionales de santé : un outil d'une gestion rénovée ou simple relais du pouvoir central ?. *AJDA*, 40, 2212-2219.

Bibliographie

Ouvrages

- ❖ Belorgey, G. (1967). *Le Gouvernement et l'administration de la France*. A. Colin, 448p.
- ❖ Couty, E., Kouchner, C., Laude, A. et Tabuteau, D. (2010). *La loi HPST : regards sur la réforme du système de santé*. Presses de l'EHESP, 394p.
- ❖ Truchet, D. (2009). *Droit de la santé publique*. Dalloz 7^e éd.

Articles

- ❖ Amat-Roze, J. (2011). La territorialisation de la santé : quand le territoire fait débat. *Hérodote*, 143(4), 13-32. doi:10.3917/her.143.0013.
- ❖ Bras, P. & Tabuteau, D. (2009). "Santé 2010", un rapport de référence pour les politiques de santé. *Les Tribunes de la santé*, 25(4), 79-93. doi:10.3917/seve.025.0079.
- ❖ Bréchat, P. & Lopez, A. (2017). Pour des agences régionales de santé dotées de plus de moyens de régulation. *Les Tribunes de la santé*, 55(2), 75-87. doi:10.3917/seve.055.0075.
- ❖ Castaing, C. (2009). Les agences régionales de santé : un outil d'une gestion renouvelée ou simple relais du pouvoir central ?. *AJDA*, 40, 2212-2219.
- ❖ Combeau, P. (2010). Les nouveaux visages territoriaux de la déconcentration. *Revue française du droit administratif (RFDA)*, 5, 1011-1020.
- ❖ Courrèges, C. Réforme de la gouvernance régionale : quel impact sur le pilotage national ? In Nabert, N. et al. (2011). *L'ARS : un pilote de la politique de santé régionale*. Adsp n°74.
- ❖ Courrèges, C. & Lopez, A. (2012). L'Agence Nationale de Santé : le défi d'un pilotage national unifié, refusant technocratie et centralisation. *Santé Publique*, vol. 24(3), 229-240. doi:10.3917/spub.123.0229.
- ❖ Denis, J.-L., Valette, A. (1997). La régulation régionale au concret : l'expérience des DRASS. *Politiques et Management Public*, 15-4, 1-25.
- ❖ Devolvé, P. ().
- ❖ Duchesne, V. (2018). L'agence, le contrat, l'incitation. Les Agences régionales de santé fer-de-lance administratif de la politique de santé. *Journal de gestion et d'économie médicales*, vol. 36(4), 159-180. doi:10.3917/jgem.184.0159.

- ❖ Jabot, F. & Demeulemeester, R. (2005). Les interactions entre les niveaux national, régional et infrarégional dans les programmes de santé publique. *Santé Publique*, vol. 17(4), 597-606. doi:10.3917/spub.054.0597.
- ❖ Lascoumes, P. (1990). Normes juridiques et mise en œuvre des politiques publiques. *L'Année sociologique* (1940/1948-), 40, troisième série, 43-71.
- ❖ Moquet-Anger, M.-L. (2009). Les aspects de la nouvelle organisation territoriale de la santé, JCPA, n° 2224.
- ❖ Moreau, J. (2009). Esquisse d'une théorie juridique de la territorialisation, *Revue de droit sanitaire et social* (num. spéc. *Territoire et santé*), 16-27.
- ❖ Nabet, N. et al. (2011). L'ARS : un pilote de la politique de santé régionale. Adsp n°74.
- ❖ Page, E. (2011). Le fonctionnaire en tant que législateur : l'élaboration du droit par l'administration britannique. *Droit et société*, 79(3), 637-665.
- ❖ Rolland, C. & Pierru, F. (2013). Les Agences Régionales de Santé deux ans après : une autonomie de façade. *Santé Publique*, vol. 25(4), 411-419. doi:10.3917/spub.134.0411.
- ❖ Tabuteau, D. (2002). La régionalisation du système de santé en questions », *Droit Social*, n°7/8.
- ❖ Tabuteau, D. (2010). Loi « Hôpital, patients, santé et territoires » (HPST) : des interrogations pour demain !. *Santé Publique*, vol. 22(1), 78-90. doi:10.3917/spub.101.0078.
- ❖ Tabuteau, D. (2017). Les ARS ; cadre et limites juridiques d'une nouvelle autorité sanitaire. *Revue de droit sanitaire et social*, p. 1056.
- ❖ Villeneuve, P. (2009). Les compétences sanitaires des collectivités territoriales, *Revue de droit sanitaire et social* (num. spéc. *Territoire et santé*), 86 .

Compte-rendu colloque

- ❖ Duchesne, V. (22 janvier 2015). La contractualisation de l'action publique – Le cas des ARS. Journée de l'économie de la santé 2016. Gestion et économie médicales. CEPN – Université Paris 13. URL : <https://congres.eska.fr/pdf/12.DUCHESNE.pdf>
- ❖ Pierru, F. (1^{er} septembre 2011). La santé en fusions. L'accouchement des agences régionales de santé au forceps institutionnel. Communication au XI^{ème} Congrès de l'Association française de science politique, Strasbourg. URL : <http://syndicat-synapse.fr/useruploads/files/Article%20PIERRU%20sur%20ARS.pdf>

Rapports

<Prénom NOM> -

- ❖ La Cour des comptes. (2012). Rapport public annuel 2012 de la Cour des comptes sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale.
- ❖ Le Menn J., Milon A. (2014). Rapport d'informations du Sénat n° 400 fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (2) et de la commission des affaires sociales (1) sur les agences régionales de santé.
- ❖ Richard J., Cytermann L. (2012). Les agences : une nouvelle gestion publique ?. Rapports annuels du Conseil d'État. Vol. 2, n°63.
- ❖ Salomon, R. (2011). ARS : un an après. Adsp n°74, 48 pages.
- ❖ Secrétariat général chargé des ministères sociaux. (octobre 2018). Rapport d'activité FIR 2017.
- ❖ Soubie, R. (1993). *Santé 2010. Santé, maladie, technologies. Des données pour le futur.* Commissariat Général du Plan.

Textes législatifs et réglementaires

- ❖ Exposé des motifs LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relatif aux Patients, à la Santé et aux Territoires.
- ❖ Décret n°77-429 du 22 avril 1977 portant organisation des directions régionales et départementales des affaires sanitaires et sociales.
- ❖ LOI n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions
- ❖ LOI n° 2011-N°120, *Projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires*, 13e législature, 2008.
- ❖ LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 – art. 118 portant réforme de l'Hôpital et relative au Patient à la Santé et au Territoire
- ❖ LOI n°2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016
- ❖ LOI n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019 - Annexe 7 : Ondam et dépenses de santé.
- ❖ Décret n°2010-786 du 8 juillet 2010 relatif au pilotage national des agences régionales de santé.
- ❖ Décret n° 2012-271 du 27 février 2012 relatif au fonds d'intervention régional des agences régionales de santé
- ❖ Note de service du Secrétariat général chargé des ministères sociaux adressée aux membres du Conseil national de pilotage des ARS relatif à l'organisation des relations entre les Directeurs généraux d'ARS et l'administration centrale du 4 avril 2016.

<Prénom NOM> -

- ❖ Note de service du Secrétariat général chargé des ministères sociaux relative à la procédure d'élaboration, de validation et de diffusion des instructions et des notes d'information à destination des DG-ARS au sein de la DGS du 23 février 2017.
- ❖ Instruction SG n°2014-223 du 17 juillet 2014 relative à l'élaboration des CPOM Etat-ARS 2015-2018
- ❖ Instruction n° 2015-337 SG du 12 novembre 2015 relative aux modalités de suivi des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens signés entre le ministère et les ARS pour la période 2015-2018

Liste des annexes

Annexe I – Grille d’entretien

Annexe II – Structure générale des CPOM État-ARS 2019-2023

Annexe III – Structure générale des 3 générations de CPOM État-ARS

Annexe IV – Trame « type » pour le dialogue entre l’administration centrale et les ARS pour l’élaboration du CPOM État-ARS 2019-2023

Annexe V – Trame « type » pour le dialogue technique « objectif 3.2 : *Favoriser l’accès au système de santé pour les personnes les plus éloignées* »

Annexe VI – Tableau pour le suivi du déploiement du parcours de santé des migrants primo-arrivants prévu par l’instruction du 8 juin 2018

Annexe VII – Revue des PRAPS 2018-2022 : les principales thématiques abordées par chaque PRAPS 2018-2022

Annexe I : Grille d'entretien

Thèmes abordés	Questions
Présentation générale de la personne	<p>Poste occupé au sein de l'institution</p> <p>Date de la prise de poste (avant/après 2009)</p> <p>Missions, rôle</p>
Régularités des échanges / rapports avec les ARS	<p>Les échanges avec les ARS sont-ils fréquents ? À quelle occasion entrez-vous en contact avec les ARS ?</p>
Relations entre le ministère de la santé et les ancêtres des ARS (DDASS, DRASS)	<p>Comment qualifieriez-vous les relations entre le Ministère et les ancêtres des ARS (DDASS et DRASS) ? Est-ce qu'on pouvait parler de relation hiérarchique ?</p> <p>Est-ce qu'il y avait beaucoup de formalités dans le dialogue entre l'administration centrale et les services déconcentrés ?</p> <p>Est-ce que c'était facile d'entrer en contact avec les services déconcentrés pour les agents en poste au sein de l'administration centrale ?</p>
Mise en place des ARS et statut particulier d'EPA	<p>Comment qualifieriez-vous les ARS ? ARS à mi-chemin entre service déconcentré et service décentralisé ?</p> <p>Pourquoi la loi HPST (2009) a-t-elle octroyé davantage d'autonomie à l'échelon territorial ?</p> <p>Pourquoi mettre en place les ARS ? Les principaux buts poursuivis par la réforme HPST ?</p> <p>Le statut d'EPA devait garantir l'autonomie des ARS, d'après vous, dans la réalité, est-ce le cas ?</p> <p>La relation entre l'administration centrale et les ARS est-elle équilibrée ?</p> <p>Est-ce que l'équilibre penche d'un côté ou d'un autre ?</p>
Les formalités dans les relations l'administration centrale et les ARS	<p>Présentation de la démarche à suivre par les agents de l'administration centrale pour communiquer avec les ARS (pour un simple envoi de mails, pour une invitation, pour une procédure plus complexe de diffusion d'instruction, etc.).</p> <p>Pour quelles raisons existe-t-il un mécanisme aussi formel ? Volonté de protéger les ARS d'une mainmise de l'administration centrale ? Est-ce qu'un tel formalisme existait du temps des services déconcentrés ?</p>

	<p>Ce formalisme est-il un obstacle au dialogue entre l'administration centrale et les ARS ? L'existence de formalités n'est-elle pas un frein au dialogue entre l'administration centrale et les ARS ?</p> <p>Est-ce que plus d'autonomie ou moins d'autonomie serait souhaitable ?</p>
<p>Les problèmes rencontrés dans le dialogue entre l'administration centrale et les ARS</p>	<p>Qu'est-ce qui est compliqué au quotidien dans les relations entre l'administration centrale et les ARS ?</p> <p>Est-ce qu'avec les services déconcentrés l'échange était plus facile ?</p>
<p>CPOM Etat / ARS</p>	<p>Présentation des CPOM Etat/ARS.</p> <p>Le CPOM traduit-il une forme d'autonomie des ARS ou est-ce au contraire un levier de contrôle sur les activités des ARS ?</p> <p>La contractualisation permet-elle de sortir d'un contrôle vertical (par directives, instructions) et d'aller vers une relation plus horizontale ?</p>
<p>CNP</p>	<p>Rôle du CNP.</p> <p>Les ARS, qui sont des EPA, reçoivent des instructions du CNP : est-ce contradictoire ?</p>
<p>Ressources financières des ARS</p>	<p>Les enveloppes budgétaires des ARS sont fixées dans le cadre de l'ONDAM ? Est-ce qu'il aurait fallu que ces enveloppes budgétaires soient régionalisées ?</p> <p>Connaissez-vous le FIR ? Est-ce que le FIR peut être considéré comme une marge de manœuvre financière pour les ARS ?</p>
<p>Du côté des ARS</p>	<p>Si autonomie il y a, est-ce qu'elle est bien vécue par les ARS ? Au contraire, est-ce que ces dernières se plaignent d'un manque de marges de manœuvre (ou au contraire d'un « trop plein » d'autonomie) ?</p>

Annexe II : Structure générale des CPOM Etat-ARS 2019-2023

Axe SNS	DAC pilote(s)	DAC associée(s)	Autre(s) partenaire(s)	Objectif transverse	Indicateur(s) contractuel(s) de résultat / de partenariat					
I. Mettre en place une politique de promotion de la sante, incluant la prévention, dans tous les milieux et tout au long de la vie	DGS	DGOS DGCS DSS		1. Agir sur les principaux déterminants des maladies chroniques, des incapacités et de la perte d'autonomie	1.a - Taux de participation au dépistage des cancers 1/ du col de l'utérus, 2/ colorectal 3/ du sein.					
					1.b - prévalence du tabagisme quotidien en population adulte (18-75 ans)					
					1.c - Taux de vaccination en EHPAD					
					1.d - nombre de partenariats ARS-PMI					
					1.e - Lutte anti-vectorielle					
II. Lutter contre les inegalites sociales et territoriales d'acces a la sante	DGOS	DGS DSS DREES	CNAM MSA	2. Améliorer la structuration territoriale des soins de proximité en développant les partenariats* *Le suivi de l'indicateur APL développé par la DREES sera utilisé comme un indicateur de contrôle dans l'évaluation	2.a - Nombre de médecins recrutés dans l'année dans le cadre de l'objectif des 400 médecins					
					2.b - Nombre de contrats locaux de santé					
					2.c - Nombre de CPTS adhérentes à l'ACI en 2020 et soutenues par l'ARS en 2019					
					2.d - Nouveaux hopitaux de proximité labellisés					
					3.a - Taux d'installation des dispositifs favorisant l'accès aux soins des personnes en situation de précarité (ACT, LHSS, LAM)					
	DGCS	DGS DSS DGOS		3. Réduire les inégalités sociales de santé des populations vulnérables	3.b - Nombre de consultations odontologiques réalisées en PASS					
					3.c - Nombre de dépistages programmés dans les ESMS					
					3.d - couverture territoriale par un projet de santé mentale en 2020					
					III. Garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge a chaque etape du parcours de sante	DGOS	DGS DGCS DSS	CNAM	4. Améliorer la fluidité et la pertinence des prises en charge	4.a. - Taux de réhospitalisation à 30 jours
										4.b. - Taux de chirurgie ambulatoire
4.c - Taux d'EHPAD ayant accès à la téléconsultation										
4.d - Nombre d'adultes maintenus en ESMS pour enfants au titre de l'amendement Creton										
4.e - Taux de scolarisation à l'école des enfants accompagnés en établissements spécialisés										
DGS	DGOS DGCS DSS		5. Améliorer la sécurité sanitaire	4.f - Part de l'offre médico-sociale des services proposant un accompagnement en milieu ordinaire						
				4.g - Prélèvement / greffe d'organes						
				4.h - Taux d'occupation des places d'hébergement temporaire en EHPAD						
				5.a. - Taux de réalisation des 5 volets ORSAN						
				5.b - Pourcentage d'EIG liés aux Systèmes d'information						
DGOS	DGCS	ANACT	6. Promouvoir les démarches de qualité de vie au travail et répondre aux attentes des professionnels de santé	5.c - Nombre d'EIG cloturés ou nombre d'EIG transmis à la HAS						
				5.d. - Pourcentage d'ES et ESMS n'ayant pas déclaré d'EIGS sur l'année						
IV. Innover pour transformer notre systeme de sante en reaffirmant la place des usagers	DSS	DGS DGCS DGOS		7. Accroître l'efficience du système de santé	6.a - nombre d'ES et d'ESMS participant à un cluster régional QVT					
					7.a - Taux régional de marge brute des ES hors aide "en valeur absolue"					
					7.b- Gains achats Phare et taux d'ESMS ayant recours aux achats mutualisés (groupements ou centrales d'achats)					
					7.c - Taux d'ESMS ayant engagé une action de coopération (GHT, GCMS)					
					7.d - Taux d'évolution des dépenses de prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHEV) produits de santé					
	SG DGS	DGS DGOS DGCS		8. Accroître la participation des usagers au système de santé	7.e - Taux d'évolution des dépenses de transports					
					8.a - Déploiement du SPIS en région					
					8.b - Traitement des plaintes et des réclamations					
					8.c - Formation régionale des usagers					
					8d - taux de refus de soins ressenti par les personnes vivant avec un handicap (handifaction)					
Efficience / performance de l'Agence	SG	DRH DFAS	NC	9. Impulser l'efficience interne des ARS	9.a - Taux d'absence pour maladie inférieure ou égale à 3 jours					
					9.b. - Part des agents n'ayant pas bénéficié de formation depuis près de 2 ans					
					9.c - Taux de postes d'encadrement direct d'agent occupés par des femmes, dont postes COMEX					
					9.d - Taux d'encadrants ayant suivi un cursus managérial au cours des 3 années précédentes					
					9.e - Taux d'évolution sur le baromètre social par rapport aux cibles régionales.					
					9.f - Part des ETP affectés à l'animation territoriale, dont ETP dans les DD					
					9.g - Taux de saturation du plafond d'emploi dans le respect de la masse salariale					

Annexe III : Structure générale des trois générations de CPOM État-ARS

Les générations de CPOM État-ARS	Objectifs
<p>Première génération : CPOM État-ARS 2010-2013</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. L'amélioration de l'espérance de vie en bonne santé 2. La promotion de l'égalité devant la santé 3. Le développement d'un système de santé de qualité, accessible et efficient.
<p>Seconde génération : CPOM État-ARS 2015-2018</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Maîtriser les dépenses et renforcer la performance médico-économique des acteurs de santé 2. Garantir la qualité et la sécurité de prises en charge coordonnées et adaptées aux besoins des usagers 3. Garantir l'égal accès au système de santé 4. Faire le choix de la prévention et agir tôt et fortement sur les déterminants de la santé 5. Garantir une bonne gestion des ressources des ARS
<p>Troisième génération : CPOM État-ARS 2019-2023</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mettre en place une politique de promotion de la santé, incluant la prévention dans tous les milieux et tout au long de la vie 2. Lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé 3. Garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge à chaque étape du parcours de santé 4. Innover pour transformer notre système de santé en réaffirmant la place des usagers 5. Efficience / performance de l'Agence

**Annexe IV : Trame « type » pour le dialogue entre l'administration centrale et les ARS pour
l'élaboration du CPOM État-ARS 2019-2023**



**Bilatérale ARS X du 24 avril
Élaboration des CPOM État-ARS 2019-2023**

Présents :

ARS BFC :

Administration centrale :

Cette réunion a été fixée compte tenu de la date du dialogue stratégique (23 mai). Elle n'est pas conclusive mais permet d'initier le processus de co-construction des cibles et d'entendre les demandes d'indicateurs ou objectifs spécifiques de l'ARS.

1. Demande d'objectifs et d'indicateurs spécifiques
2. Indicateurs nécessitant des précisions

Objectif transverse	Indicateur(s) contractuel(s)	Observations	ARS	Administration centrale
1. Agir sur les principaux déterminants des maladies chroniques, des incapacités et de la perte d'autonomie	1.a - Taux de participation au dépistage des cancers 1/ du col de l'utérus, 2/ colorectal 3/ du sein.			
	1.b - prévalence du tabagisme quotidien en population adulte (18-75 ans)			
	1.c - Taux de vaccination en EHPAD			
	1.d - Nombre de partenariats ARS-PMI			
	1.e - Lutte anti-vectorielle			

2. Améliorer la structuration territoriale des soins de proximité en développant les partenariats*	2.a - Nombre de médecins recrutés dans l'année dans le cadre de l'objectif des 400 médecins			
	2.b - Nombre de contrats locaux de santé			
	2.c - Nombre de CPTS adhérentes à l'ACI en 2020 et soutenues par l'ARS en 2019			
	2.d - Nouveaux hôpitaux de proximité labellisés			
*Le suivi de l'indicateur APL développé par la DREES sera utilisé comme un indicateur de contrôle dans l'évaluation				
	3. Réduire les inégalités sociales de santé des populations vulnérables			
	3.a - Taux d'installation des dispositifs favorisant l'accès aux soins des personnes en situation de précarité (ACT, LHSS, LAM)			
	3.b - Nombre de consultations odontologiques réalisées en PASS			
	3.c - Taux d'ESMS PH ayant prévu une action de prévention ou bilan de santé dans leur CPOM			
	3.d - couverture territoriale par un projet de santé mentale en 2020			
	4. Améliorer la fluidité et la pertinence des prises en charge			
	4.a. - Taux de réhospitalisation à 30 jours			
	4.b. - Taux de chirurgie ambulatoire			
	4.c - Taux d'EHPAD ayant accès à la téléconsultation			
	4.d - Nombre d'adultes maintenus en ESMS pour enfants au titre de l'amendement Creton			
	4.e - Taux de scolarisation à l'école des enfants accompagnés en établissements spécialisés			
	4.f - Part de l'offre médico-sociale des services proposant un accompagnement en milieu ordinaire			
	4.g - Prélèvement / greffe d'organes			

	4.h - Taux d'occupation des places d'hébergement temporaire en EHPAD			
5. Améliorer la sécurité sanitaire	5.a. - Taux de réalisation des 5 volets ORSAN			
	5.b - Pourcentage d'EIG liés aux Systèmes d'information			
	5.c - Nombre d'EIG clôturés ou nombre d'EIG transmis à la HAS			
	5.d. - Pourcentage d'ES et ESMS n'ayant pas déclaré d'EIGS sur l'année			
6. Promouvoir les démarches de qualité de vie au travail et répondre aux attentes des professionnels de santé	6.a - nombre d'ES et d'ESMS participant à un cluster régional QVT			
7. Accroître l'efficacité du système de santé	7.a - Taux régional de marge brute des ES hors aide "en valeur absolue"			
	7.b- Gains achats Phare et taux d'ESMS ayant recours aux achats mutualisés (groupements ou centrales d'achats)			
	7.c - Taux d'ESMS ayant engagé une action de coopération (GHT, GCMS)			
	7.d - Taux d'évolution des dépenses de prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHEV) produits de santé			
	7.e - Taux d'évolution des dépenses de transports			
8. Accroître la participation des usagers au système de santé	8.a - Déploiement du SPIS en région			
	8.b - Traitement des plaintes et des réclamations			
	8.c - Formation régionale des usagers			
	8d - Taux de refus de soins ressenti par les personnes vivant avec un handicap (handifaction)			
9. Impulser l'efficacité	9.a - Taux d'absence pour maladie inférieure ou égale à 3 jours			

interne des ARS	9.b. - Part des agents n'ayant pas bénéficié de formation depuis près de 2 ans			
	9.c - Taux de postes d'encadrement direct d'agent occupés par des femmes, dont postes COMEX			
	9.d - Taux d'encadrants ayant suivi un cursus managérial au cours des 3 années précédentes			
	9.e - Taux d'évolution sur le baromètre social par rapport aux cibles régionales.			
	9.f - Part des ETP affectés à l'animation territoriale, dont ETP dans les DD			
	9.g - Taux de saturation du plafond d'emploi dans le respect de la masse salariale			

Annexe V : Tableau pour le suivi du déploiement du parcours de santé des migrants primo-arrivants prévu par l'instruction du 8 juin 2018

**CPOM Etat-ARS 2018
Dialogue technique objectif 3.2
Trame d'entretien (à préremplir en amont par l'ARS)**

1. Bilan des actions 2018

Accès aux dépistages organisés des cancers des publics les plus éloignés des dépistages :

- Quelles actions spécifiques ont été mises en œuvre en 2018 pour améliorer l'accès aux dépistages organisés des cancers des publics les plus éloignés des dépistages ? avec quels partenariats ?
- Quels ont été les résultats de ces actions ?
- Quelle évaluation de ces actions ?

Accès aux soins des publics vulnérables :

- **Mise en œuvre et suivi du PRAPS :**
 - Quels sont les axes principaux du PRAPS ?
 - Quels sont les partenariats mobilisés pour son élaboration ?
 - Suivi et premiers éléments de quelques actions « emblématiques » initiées en 2018.

- **Offre sanitaire et médico-sociale à destination des personnes précaires**

	Appels à projets lancés en 2018	Perspectives visées pour 2019-2022 (en lien avec la Stratégie de prévention et de lutte et le plan addiction)
LHSS		
LAM		
ACT En distinguant les ACT		

pour personnes avec des troubles psychiques		
ACT Un chez soi d'abord		

- **Comment expliquez-vous les écarts entre places installées et places financées ?**
 - Pour les LAM :
 - Pour les LHSS :
 - Pour les ACT :
 - Pour les ACT psy/
- **PASS / EMPP :**
 - Quelle politique de l'ARS (développement de PASS mobiles, actions envers certains publics, rapprochement PASS/EMPP)
 - Quelles difficultés rencontrez-vous avec le dispositif PASS ?
- **Quel pilotage et quelle articulation entre ces différents dispositifs d'accès aux soins ?**
- **Quelles actions avez-vous mises en œuvre pour favoriser l'accès aux soins de premiers recours des personnes précaires (lien avec la médecine de ville, développement de l'offre de proximité type centres de santé, projets sur les bilans de santé, CMPP, etc.) ?**
- **Quelles actions avez-vous mises en œuvre pour améliorer le repérage des besoins des personnes précaires, notamment celles sans domiciles et l'aller vers ?**
- **Accès aux soins et aux accompagnements adaptés en santé mentale à destination des publics précaires :**
 - Les acteurs (équipes, structures, dispositifs...) intervenant auprès des publics précaires présentant des troubles psychiques sont-ils associés à l'élaboration des projets territoriaux de santé mentale (PTSM) de votre région ?
 - Quelles actions avez-vous menées en 2018 et quelles actions envisagez-vous en 2019 ?

- Quels outils avez-vous mis en place (en matière notamment de repérage ou d'orientation des personnes et de coopération / coordination des acteurs) ?
- **Accès aux soins des migrants (mise en œuvre de l'instruction du 8 juin 2018 relative au parcours de santé des migrants)**
 - Quels modèles de parcours de santé des migrants avez-vous retenus sur vos territoires, quelles structures sanitaires avez-vous identifiées comme pivots de ces parcours ?
 - Avez-vous réalisé des cartographies de l'offre de santé mobilisée pour la santé des migrants pour vos différents territoires ? Comment informez-vous les autres acteurs de l'offre mobilisée ?
 - Quelles actions avez-vous mises en œuvre en matière de repérage ou d'orientation des personnes et de coopération / coordination avec les acteurs des autres secteurs (professionnels de l'hébergement et de l'accueil des migrants) ?
- **Accès aux soins des femmes enceintes et des enfants en situation de précarité :**
 - Quelles actions avez-vous mises en œuvre, notamment au sein des établissements de santé, pour améliorer l'accès aux droits et aux soins des femmes enceintes en situation de précarité (réunions pluridisciplinaires psycho-sociales, les dispositifs de suivi de parcours rapproché de ces populations, partenariats avec l'assurance maladie, les PMI, les etc.) ?
 - Quelles actions avez-vous mises en place pour que les femmes en situation précaires et leurs nourrissons bénéficient d'un suivi postnatal
 - Quelles actions avez-vous mises en place en faveur des enfants en situation de précarité dans les domaines bucco-dentaire, surpoids-obésité, santé mentale, santé sexuelle pour les adolescents, etc. (critères de sélection des actions, modalités pour joindre ces publics) ?

2. Synthèse en vue du dialogue stratégique

Bonnes pratiques	Difficultés	Propositions d'évolution

ARS	Interventions de "aller vers" urgence (bilan d'orientation infirmier)		Structures pivots	
	PRAPS	CPOM	PRAPS	CPOM
Auvergne-Rhône Alpes	Volonté de favoriser une prise en charge inter-institutionnelle des migrants via une coordination entre préfecture, réseau cohésion sociale, l'OFII et les professionnels pour permettre une meilleure prise en charge en matière de santé et un repérage amélioré (p. 17).			Sur le volet « santé mentale », volonté de centrer le parcours santé autour des CUMP et des CLAV (Comités Locaux d'Aide aux Victimes). Sur le volet « somatique », le point d'entrée se fait par les PASS. Difficultés : - Constat d'une augmentation de la file active des migrants ce qui entraîne une surcharge du dispositif. - Pour les MNA, la prise en charge par les PASS se fait difficilement du fait de leur statut de mineurs sans référent adulte pour valider les soins.
Bourgogne Franche-Comté				Le "rdv santé" est organisé autour des PASS et des structures médicales pivots (MSP, centres de santé, CES). Sur certains territoires, le "rdv santé" a bien lieu, mais ce n'est pas homogène sur l'ensemble du territoire de la région. Difficultés : Mention du fait que les PASS sont surchargées.
Bretagne	En 2016, mise en place, dans le cadre du renforcement du dispositif régional DATASAM, d'un réseau de professionnels de la santé et du social chargé d'orienter les migrants primo-arrivants.		Développer l'offre de consultations autour des CES, de consultations ressources. Mobiliser les PASS Associer les médecins libéraux et les MSP.	Le parcours de santé des migrants se structure autour des coordinateurs DATASAM dans chaque département, chargés d'être les pivots du parcours. Tous les dispositifs de droit commun (PASS, EMPP, Points santé) reçoivent des migrants.
Corse	Expérimenter un bus santé social dans un territoire (prévention, promotion, bilans, soins paramédicaux, accès aux droits, médiation administrative et numérique, interprétariat, etc.).			Rôle des PASS / mobilisation de certains médecins de ville. Mention de la mise en œuvre d'une PASS mobile.
Centre-Val de Loire	Encourager la mise en œuvre de protocoles entre les structures d'accueil et d'hébergement des migrants et les structures susceptibles d'intervenir pour réaliser les bilans de santé (p. 24).	Existence de protocoles établis entre les structures d'accueil et les CH en Eure-et-Loir. Travail mené entre le CEGIDD et le CADA dans le Loiret.		Le "rdv santé" se structure différemment selon les ressources de chaque territoire. Sur certains territoires, est envisagée une consultation unique sur un même lieu, d'autres envisagent plutôt de confier la coordination du "rdv santé" à une association en partenariat avec la CPAM (protocole en cours dans l'Indre). Les structures pivots identifiées mais pas encore validées sont diverses : CH, PASS, CEGIDD, CV, CES, associations en partenariat avec la CPAM...
Grand Est				La structure pivot varie selon le statut du migrant : 1) Pour les personnes en séjour irrégulier, la structure pivot est la PASS chargée de réaliser l'examen clinique, la vérification du statut vaccinal et le dépistage de la tuberculose (soit sur son budget propre, soit en la réorientant vers les CV et CLAT) 2) Pour les demandeurs d'asile, les structures pivots sont les centres de médecine préventive pour les personnes hébergées en structures. Les CLAT, CV, CEGIDD pourraient intervenir dans les structures. 3) Reste en suspens la question des demandeurs d'asile qui ne sont pas en structures d'hébergement. Par ailleurs, depuis 2016, l'ARS a déployé sur le département de Meurthe-et-Moselle un coordinateur parcours de santé des migrants qui favorise la coordination des acteurs. Volonté de dupliquer ce poste sur 2 autres départements. Les financements ont été accordés en 2018 pour le département de la Moselle et pour le département du Bas Rhin se sera en 2019.
Hauts-de-France		AB Réfugiés : dispositif mobile composé d'un psychologue, d'une IDE et "d'ambassadeurs d'intégration" salariés de l'association "La Vie Active" (anciens migrants, sortes de médiateurs pairs qui font aussi office de traducteurs).		Les bilans santé sont organisés par les PASS sur des plages horaires dédiées.
Ile-de-France		Financement par l'ARS de maraudes sanitaires pour le repérage des personnes vulnérables migrantes en campement ou à la rue ou après leur mise à l'abri. Financement de l'association TRACE intervenant dans les centres d'hébergement avec des psychiatres et psychologues pour former les équipes au repérage des psycho-traumatismes et aider à mieux orienter les personnes. Réalisation d'un référentiel des actions d'aller vers (ne concerne pas que les actions d'aller vers les populations migrantes).		Les PASS hospitalières généralistes et spécialisées sont fortement mobilisées. Pôles santé des CAES (SSP et La Croix Rouge) et du CHUM Famille d'Ivry avec triple fonctions : 1) Réaliser des bilans de santé orientation 2) Consultations de médecine générale 3) Diagnostic en psychiatrie (via EMPP si possible). Proposition d'un schéma de bilan infirmier avec document de liaison pour les soins entre CAES et les centres d'hébergement.
Nouvelle-Aquitaine				Les PASS sont structurées comme les pivots du parcours de santé des migrants. Les 36 PASS généralistes du territoire sont mobiles et se déplacent auprès des migrants, jusqu'au domicile.
Normandie			Faciliter l'accès à la santé par l'intermédiaire des PASS, EMPP et des CES. Conventionnement entre structures d'accueil, PASS et CES. Faire des PASS des lieux ressources de proximité sur les questions de statuts et de santé. (Mise en œuvre du "protocole de prise en charge sanitaire des migrants accueillis en Normandie" censé faciliter l'accès au droit commun)	Un protocole pour l'accueil des primo-arrivants a été élaboré et mobilise les PASS comme les pivots de l'orientation des publics. C'est elles qui organisent le recours si nécessaire au CLAT, au CEGIDD, CV, etc. Favoriser le conventionnement avec l'UR-IRSA pour le bilan de santé (CES).
Occitanie		Actions d'accès aux soins et de prévention dans les squats et bidonvilles.		Mobilisation des PASS et EMPP
PACA	Deux protocoles ont été mis en place dans le Var et les Bouches du Rhône pour réaliser l'évaluation et le suivi sanitaire des primo-arrivants. Ils reposent sur l'existence d'un réseau de médecins libéraux ou bénévoles mobilisables et l'implication des PASS. Exemple protocole dans les Bouches du Rhône : protocole réalisé entre la DD 13, une PASS de l'AP-HM et l'Association SaraLogisol qui gère des CAO. À chaque arrivée de migrants, la DDCS prévient la DD qui prend contact avec le médecin coordonateur de la PASS qui actionne un réseau de médecins rémunérés par l'Association Sara pour réaliser les évaluations sanitaires. Ce dispositif permet d'éviter de surcharger les PASS déjà très sollicitées. Dans le Var, une équipe de Promosoins (AS et IDE) se déplace dans le CAO pour réaliser l'évaluation. La PASS n'intervient que subsidiairement.	Evaluations sanitaires des migrants par l'Association SaraLogisol dans les Bouches du Rhône pour les publics en CAO et en CAES (consultations médicales avec IDE et un interprète, et prise en charge des frais de pharmacie, laboratoire et radiologie dans l'attente de l'ouverture des droits). L'association s'appuie sur les dispositifs habituels (CLAT, CEGIDD, PMI...) et des médecins de ville volontaires. Financement par le FIR.	Prise en charge des personnes en situation irrégulière primo-arrivantes au moyen des PASS (p. 15). Renouvellement de l'AAP "Prévention pour les personnes relevant d'un accueil dans les PASS" avec cinq axes dont notamment un sur le renforcement des stratégies de dépistage et de prévention de l'infection à VIH et autres IST, des hépatites B et C et de la tuberculose dans la population migrante.	Pour le "rdv santé", mobilisation des différents professionnels de santé (PMI, CEGIDD, CMP, EMPP, PASS, CLAT, CPEF, médecins libéraux, centres dentaires CPAM, etc.). Mention du fait que le dispositif ne peut pas reposer sur les PASS qui sont déjà surchargées -> nécessité de mobiliser d'autres partenaires du soin.
Pays de la Loire		Expérimentation d'un dispositif mobile PASS/CFPD à Nantes pour intervenir dans les squats et les bidonvilles.	Mettre en place des créneaux de rdv dans les PASS pour une file d'attente maîtrisée. Mettre en place des délais d'accès à une prise en charge par un psychiatre ou un psychologue.	Deux modèles de structures pivots sont retenus : PASS et MSP en lien avec les CFPD pour la partie dépistage médicalisée. Un projet a été présenté dans le cadre de l'article 51 sur le parcours de santé des migrants avec une articulation temps médicaux / psychologues / médiateurs dans une MSP.
Réunion		Tri médical réalisé par Médecins du Monde		Accès aux soins garanti par les équipes médico-soignantes du CRA.
Martinique				
Guyanne				
Guadeloupe				

ARS	Organisation de la médiation		Organisation de l'interprétariat	
	PRAPS	CPOM	PRAPS	CPOM
Auvergne-Rhône Alpes	Depuis 2015, l'ARS a mis en oeuvre des pratiques de médiation en santé inspirées du référentiel de la HAS (p. 19). Ces actions de médiation sont focalisées sur les territoires en politique de la ville. Volonté de développer d'autres formes de médiation en santé comme de la médiation mobile dans les territoires ruraux.	L'ARS ARA soutient des dispositifs de médiation sanitaire. Fin 2015, l'ARS avait lancé un AAP pour des actions de médiation sanitaire dans les territoires politique de la ville. Depuis 2015, l'ARS ARA comptabilise 42 actions de médiation sanitaire généralement portées par des collectivités territoriales (communes, EPCI...) ou par des associations. Les actions de médiation sanitaire s'appuient essentiellement sur les ressources locales. Exemples : 1) à Saint-Etienne, l'action de médiation sanitaire est conduite par la Mutualité Loire et le CHU de Saint-Etienne. 2) dans la zone rurale de Combrailles, c'est Médecins du monde qui porte des actions de médiation sanitaire. En 2019, un état des lieux de la médiation sanitaire en territoires en politique de la ville, en zones rurales et dans les structures sociales et médico-sociales doit être réalisé. Difficultés : l'ARS a souligné le fait que s'il existe une bonne couverture régionale des actions de médiation sanitaire, il y a un problème d'insuffisance de l'offre de soins qui rend parfois caduques les actions de médiation.	En parallèle du renforcement du recours à l'interprétariat, recenser les outils facilitant la compréhension telle que l'ordonnance visuelle (p. 13)	Développement d'outils pour renforcer l'interprétariat linguistique. Projet d'appui à la généralisation de l'ordonnance visuelle.
Bourgogne Franche-Comté			Interprétariat dans les lieux d'accompagnement et de soins (mise à jour des listes de personnes en interne parlant une langue étrangère, accès à l'interprétariat par téléphone, recours à des interprètes professionnels...) (p. 43).	Mention de problèmes d'interprétariat dans les PASS
Bretagne		Mise en place d'un dispositif de médiation en santé dès 2019 dans un quartier de Rennes (mais pas spécifique aux populations migrantes)	Mobiliser des compétences d'interprétariat (physique et téléphonique)	Le DATASAM est chargé d'organiser l'interprétariat sur le territoire breton. Projet interprétariat dans le cadre de l'article 51.
Corse	Réaliser un diagnostic territorial de l'offre en médiation santé (p. 23)			
Centre-Val de Loire			Porter une attention particulière à la médiation et à l'interprétariat en santé en dotant les professionnels de santé de moyens adaptés aux situations rencontrées (formations, simplification des démarches administratives...) Établir un diagnostic territorial de l'offre en interprétariat (p. 23).	Les enquêtes menées auprès des PASS ont fait ressortir des problèmes liés à la charge de travail et aux besoins alloués pour la prise en charge des personnes migrantes dont l'interprétariat. L'ARS CVL attend la mission de l'IGAS pour obtenir des exemples de modèles économiques pour le financement des
Grand Est				Déploiement de l'interprétariat présentiel pour la médecine de ville au-delà de Strasbourg et Mulhouse Expérimentation de l'interprétariat par téléphone avec l'ISM Paris (depuis septembre 2018).
Hauts-de-France			Une réflexion sur l'organisation d'un réseau régional d'interprétariat sera menée. (p. 12)	Définir une organisation régionale d'accès à l'interprétariat professionnel (IP) (en lien avec les préconisations mission IGAS)
Ile-de-France		Un marché public est actuellement en cours pour la réalisation d'un état des lieux sur l'état des pratiques et des besoins en médiation sanitaire dans la région. Financement par l'ARS d'opérations de médiation sanitaire intervenant auprès des populations migrantes (1 IDE, 1 médecin, 1 interprète) et qui réalisent les premiers bilans de santé des migrants (pas systématiques) : opérations confiées aux opérateurs SSP et à la Croix Rouge.	Mettre en place une organisation régionale visant à faciliter le recours à l'interprétariat professionnel dans le domaine de la santé en lien avec les réseaux existants. Renforcer l'accès à l'interprétariat en mettant en place un référent interprétariat professionnel dans les GHT.	Marché public en cours pour la réalisation d'un état des lieux sur l'accès à l'interprétariat professionnel
Nouvelle-Aquitaine	Soutenir les médiations sanitaires en bidonville et habitat mobile : développer un plan régional de médiation sanitaire, déployer des médiateurs en santé sur le territoire... (p. 23).	Mention d'animateurs en santé publique dans les établissements de santé, chargés de développer des missions de santé publique au sein des établissements mais aussi à l'extérieur dans une démarche d'aller vers. Développement de la médiation sanitaire en partenariat avec la FNASAT et SPF (et avec une focale sur les personnes en habitat mobile et bidonvilles). Il existe donc des postes de médiateurs en santé financés dans le cadre du PRAPS. Objectif d'aboutir à un plan régional de médiation. Actions de médiation sanitaire portées par Médecins du Monde à Bordeaux (Mission squats Bordeaux). Projet de médiation sanitaire à Angoulême. L'ARS soulève la nécessité d'envisager un cadre réglementaire à la médiation sanitaire (car pour le moment financement du projet de médiation sur le FIR).	Développer un dispositif d'interprétariat sur les territoires non pourvus, mobilisable par les PASS et les EMPP (p. 23).	Il y a deux coordinatrices "interprétariat" au niveau de la PASS régionale, l'une en charge de la partie "Sud-Aquitaine", l'autre "Nord-Aquitaine". Une enquête vient d'être réalisée sur les outils et les besoins des PASS en termes d'interprétariat. Les résultats seront bientôt transmis à l'ARS. Absence de financement fléché pour l'interprétariat au niveau des PASS. Le rapport de la mission IGAS sur l'interprétariat est attendu. L'ARS et l'URPS-ML ont pour projet de cofinancer un projet d'interprétariat pour la médecine de ville. Accent mis sur l'interprétariat en visio conférence.
Normandie	Communiquer sur le référentiel de l'HAS en matière d'interprétariat et de médiation en santé. Développer la médiation transculturelle en psychiatrie.	Un AAP est prévu en 2019 pour développer les ressources en matière de médiation interculturelle. Dispositif "Accompagnement vers l'empowerment sanitaire et social" (ACCESS) porté par le groupe SOS Solidarité dans la métropole de Rouen Normandie : le dispositif propose un programme structuré d'interventions dans le domaine de la santé en direction des migrants. L'objectif est de développer leur empowerment dans le champ de la santé. Financement assuré pour 5 ans.		Volonté de professionnaliser l'interprétariat en santé : faire un état des lieux des ressources, mobiliser les ressources pour professionnaliser les interprètes avec mise en place d'une formation. Un AAP est prévu en 2019 pour développer les ressources en matière d'interprétariat : élaboration d'un cahier des charges pour faire appel à une ou plusieurs structures en mesure de suivre et d'assurer les modalités de mise à disposition des ressources en interprétariat vers les professionnels de santé.
Occitanie			Recenser les outils et les services d'interprétariat en santé. Elaborer un AAP pour déployer une offre d'interprétariat en santé sur les territoires	
PACA		Consultations transculturelles au Point Accueil Ecoute Jeunes et Parents (PAEJ) de Marseille, Arles et Vitrolles.	L'AP-HM recourt à un service d'interprétariat téléphonique (ISM). Mais ce dispositif est considéré comme trop coûteux et parfois inutile par les autres PASS (p. 84). Recours à un agent volontaire de l'hôpital pour assurer une mission d'interprétariat (p. 84). Le PRAPS souligne la nécessité de clarifier le financement de ces dispositifs d'interprétariat (budget global, MIG PASS, MIG précarité ?).	Renforcer les possibilités d'interprétariat chez les professionnels libéraux pour faire en sorte que les patients puissent être suivis en médecine de ville et pas uniquement en PASS.
Pays de la Loire	Le PRAPS recommande de développer une réflexion sur un dispositif mobile d'accompagnement de proximité adapté aux spécificités de chaque territoire, en capacité d'intervenir dans les hébergements pour demandeurs d'asile et intégrant les orientations nationales autour de la médiation sanitaire.	Mise en place de formations aux "consultations transculturelles avec accès à l'interprétariat" en soutien aux équipes de secteurs.	En matière d'interprétariat, deux associations départementales sont financées (p. 5). Organiser l'accès à l'interprétariat via la mise à disposition d'outils traduits ou grâce à l'interprétariat à distance, etc.	Annuaire sur l'interprétariat et les situations de précarité. Faciliter l'accès à l'interprétariat pour les PASS, professionnels de santé libéraux, structures de dépistage médicalisées. Accès à l'interprétariat pour les médecins généralistes avec l'expérimentation portée par l'URPS-ML depuis 2017. En pédopsychiatrie, formation aux consultations transculturelles avec accès à l'interprétariat.
Réunion				
Martinique				
Guyanne	Réaliser un état des lieux des ressources en médiation santé Soutenir la formation des médiateurs sociaux.		Développer l'accès à l'interprétariat professionnel dans les services de santé via la mise en place d'une organisation régionale visant à faciliter le recours à l'interprétariat	
Guadeloupe				

ARS	Formation/repérage des personnes avec troubles psychiques		Dispositifs prise en charge des troubles psychiques	
	PRAPS	CPOM	PRAPS	CPOM
Auvergne-Rhône Alpes		L'observatoire Orspere-Samdarra intervient sur le volet accompagnement professionnel : il soutient des actions de formation auprès des professionnels de santé et des actions d'aide au repérage des troubles mentaux pour les professionnels qui accompagnent les migrants. L'ARS a proposé à l'observatoire de monter un module de formation auprès des professionnels de santé pour les former à la prise en charge du psychotraumatisme.		Sur le volet « santé mentale », volonté de centrer le parcours santé autour des CUMP et des CLAV (Comités Locaux d'Aide aux Victimes).
Bourgogne Franche-Comté	Formaliser des partenariats entre professionnels de la santé mentale et dispositifs d'accueil des migrants (p. 43).			
Bretagne				Des temps de psychologue sont prévus au au sein du Réseau Louis Guilloux. File active de 75 personnes.
Corse	Les situations complexes sont signalées par les acteurs de proximité (hébergement, accueil de jour, PASS...) puis abordées en lien avec les établissements de santé, le réseau de partenaires, la CDC.			
Centre-Val de Loire				
Grand Est				
Hauts-de-France				
Ile-de-France	Financement de l'association TRACE intervenant dans les centres d'hébergement avec des psychiatres et psychologues pour former les équipes au repérage des psycho-traumatismes et aider à mieux orienter les personnes.			
Nouvelle-Aquitaine				
Normandie				Question de la prise en compte du psychotraumatisme dans les EMPP.
Occitanie				
PACA				
Pays de la Loire		Il existe des temps de psychologues systématiques dans les PASS. Première évaluation puis si besoin, orientation en CMP voire professionnels de ville. Expérimentation menée par la CNAM pour les troubles psychiatriques dans le cadre de l'article 51.	Accompagner l'accès aux soins en santé mentale par une réponse graduée : du groupe de parole à des consultations de ville de psychologues ou de psychiatres, ou à des consultations en EPSM ou CH (p. 19).	
Réunion				
Martinique				
Guyanne				
Guadeloupe				

Annexe VII : Les principales thématiques abordées par chaque PRAPS 2018-2022

	La santé des jeunes, des femmes, et la périnatalité	Renforcer le pouvoir d'agir des personnes (<i>empowerment</i>)/ ETP	Développer les dispositifs d'accès aux soins et aux droits : Interprétariat Médiation sanitaire Aller-vers	Favoriser la communication et l'information des publics précaires (notamment en lien avec l'Assurance maladie)	Prioriser les territoires fragiles	Lien santé / hébergement	Santé Mentale	Intégration du public PRAPS dans les parcours des personnes âgées et en situation de handicap	Maladies chroniques et précarité	Précarité et cancer	Former les professionnels aux problématiques des publics PRAPS	Migrants et santé	Coordination entre acteurs	Santé et personnes placées sous main de la justice	Santé des personnes en situation de prostitution	Favoriser l'accès aux soins de premier recours	Dispositifs de prévention adaptés	Mineurs non accompagnés
<i>PRAPS Nouvelle Aquitaine</i>	x	x	x	x	x	x (objectif 6 dédié à l'hébergement)	x			x	x	x (peu mentionné : renforcer le recours à l'interprétariat)				x	x	
<i>PRAPS Normandie</i>	x	x	x	x	x	x (Axe 5 : lien entre santé et mal-logement / prendre en compte les contraintes spécifiques des usagers dont la question du logement (publics sans-abri, mal-logés, hébergés...))	x	x	x	x	x	x (Axe 5 : référence au parcours migrant)	x	x (objectif spécifique)	x (objectif spécifique)		x	
<i>PRAPS Occitanie</i>		x	x	x	x	x	x	x	x		x	Peu mentionné -> question	x			x	x	

						mais thématisé peu abordé					parcours migrants ou d'actions spécifiquement dédiées aux problèmes des migrants						
PRAPS IDF	x	x	x	x		x	x			x	x				x	x	x
						x (développement important)					Faiblement mentionné : questions de l'interpré- tariat, de la santé mentale, etc.						
PRAPS Bourgogne Franche- Comté	x Pas de mention des femmes		x	x		x	x			x	x Objectif 4 : organiser le parcours santé des migrants	x	x (Dévelop- pement importa- nt)			x	
PRAPS Martinique	x	x		x			x			x		x	x			x	
PRAPS Pays de la Loire	x Focus essentielle- ment sur les jeunes	x	x			x	x			x	x Développe- ment important - axe dédié aux migrants	x	x (Dévelop- pement importa- nt)		x	x	x
PRAPS Guyane	Non	x	x		x					x		x			x		
PRAPS Guadeloupe	x Jeunes		x	x		x	x			x		x	x				
PRAPS Mayotte					x					x		x					
PRAPS Réunion	x		x								x	x	x	x			

GRAZIANI	Arielle	13 septembre 2019
Master 2 Pilotage des politiques et actions en santé publique		
Les relations entre l'administration centrale et les Agences régionales de santé (ARS) : les ARS, partenaires autonomes de l'administration centrale ?		
Promotion 2018-2019		
Résumé : Ce mémoire vise à analyser les rapports entre l'administration centrale et les Agences régionales de santé (ARS) afin de mettre en perspective la capacité des ARS à endosser un rôle stratégique dans l'élaboration de l'action publique en santé et à ne pas demeurer cantonnées au rang de services d'exécution de l'État central. Les DDASS et les DRASS, ancêtres des ARS et anciens services déconcentrés de l'État, entretenaient avec l'administration centrale une relation hiérarchique et verticale les limitant au statut de services d'exécution. L'enjeu de ce mémoire est donc d'analyser si les ARS, dotées d'un statut d'établissement public administratif et de leviers d'action nouveaux, ont pu parvenir à s'autonomiser de l'administration centrale et à s'ériger au rang d'acteurs stratégiques dans le domaine de l'action publique en santé.		
Mots clés : Administration centrale, Agences régionales de santé, action publique en santé, « co-construction » de l'action publique		

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique ainsi que L'IEP de Rennes n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.