MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2013 –

LA MISE EN PLACE DES ARS : UNE REFORME AU MILIEU DU GUE

– Groupe n° 20 –

- **Gabriel CERCLIER (IASS)**
- **Yannick LEFAIVRE (AAH)**
- **Pierre LUSTEAU (IES)**
- **Brice MORALES (IASS)**
- **Stéphane MORANDI (D3S)**
- **Quentin MOURONVAL (DH)**
- **Philippe ORLIAC (DS)**
- **Thaïs RINGOT (DH)**
- **Julien SOTO (D3S)**

Animateur

Professeur Patrick ZYLBERMAN

Sommaire

Introduction 9

I. Une nouvelle institution fonctionnelle, territoriale et humaine, fondée sur des décloisonnements administratifs et culturels encore insuffisants 11

A. La mise en place rapide d'une réforme structurelle encore inachevée..... 11

1. La loi HPST et la création des ARS 11

2. La phase de préfiguration des ARS : un mode de lancement décrié 12

3. Un renouveau organisationnel à l'impact limité..... 14

4. Le bien-fondé de la mise en place des ARS : une question de perspectives 15

B. Un environnement de travail unifié pour des personnels aux statuts différenciés 16

1. Des ARH aux ARS : de l'embryon administratif à une nouvelle bureaucratie ?..... 16

2. Le rapprochement physique d'agents aux statuts et cultures professionnelles différentes : un élément de décloisonnement. 17

3. Des inégalités de statuts et de conditions d'emploi : un obstacle à une gestion des ressources humaines efficace..... 18

4. Vers des statuts uniques au sein des ARS ?..... 20

II. L'ARS dans son environnement : des défis majeurs à relever 21

A. Un décloisonnement qui reste encore largement à construire 21

1. La loi HPST, une loi mieux comprise dans son esprit que dans sa lettre 21

2. Un décloisonnement largement inabouti 23

3. Des freins au décloisonnement bien identifiés 24

4. Vers un décloisonnement renforcé 25

B. Une représentativité des acteurs augmentée mais des objectifs de démocratie sanitaire qui restent à démontrer..... 27

1. Démocratie sanitaire : entre intentions et concrétisation ? 27

2. Efficacité de la loi HPST sur la démocratie sanitaire 28

3. De multiples freins à l'efficacité de la loi HPST en matière de démocratie sanitaire 29

4. Différentes pistes d'amélioration du dispositif actuel 30

Conclusion 32

Bibliographie 35

Liste des annexes I

Recommandations II

Remerciements

Nous remercions l'ensemble des acteurs qui ont accepté de nous accorder un entretien dans le cadre de notre étude. Au-delà de leur intérêt immédiat pour notre rapport, ces différents échanges ont permis d'approfondir notre connaissance de notre futur environnement professionnel et de nous ouvrir de nouvelles pistes de réflexion.

Nous sommes également reconnaissants à Monsieur Patrick Zylberman pour son accompagnement et ses conseils.

Liste des sigles utilisés

AM : Assurance Maladie

ARS : Agence Régionale de Santé

ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation

CAP : Commission Administrative Paritaire

CAPN : Commission Administrative Paritaire Nationale

CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles

CCAS : Centre Communal de l'Action Sociale

CHT : Communauté Hospitalière de Territoire

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CNAMTS : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

CNP : Conseil National de Pilotage

CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

CRAM : Caisse Régionale d'Assurance Maladie

CSP : Code de la Santé Publique

CSS : Code de la Sécurité Sociale

CT : Collectivité Territoriale

DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales

DG : Directeur Général

DGARS : Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé

DT : délégation territoriale

EHESP : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

EN3S : Ecole Nationale Supérieure de la Sécurité Sociale

EQTP : Equivalent Temps Plein

FIR : Fonds d'Intervention Régional

GCS : Groupement de Coopération Sanitaire

GRH : Gestion des Ressources Humaines

HPST : Hôpital, Patient, Santé, Territoire

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sanitaires

IREPS : Institut Régional d'Education et de Promotion de la Santé

MSA : Mutualité Sociale Agricole

MIEC : Mission d'Inspection, d'Evaluation et de Contrôle

MISP : Médecin Inspecteur de Santé Publique

ONDAM : Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie

PRS : Projet Régional de Santé

PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

RSI : Régime Social des Indépendants

RTT : Réduction du Temps de Travail

SNIIRAM : Système National d'Informations Inter Régions d'Assurance Maladie

SROS : Schéma Régional de l'Organisation Sanitaire

STARS : Simplification et Transformation des Agences Régionales de Santé

UCANSS : Union des Caisses Nationales de Sécurité Sociale

URCA M : Union Régionale des Caisses d'Assurances Maladies

UNCAM : Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie

UNPS : Union Nationale des Professionnels de Santé

Introduction

La croissance régulière de l'endettement public a fait des critères d'efficience et d'efficacité le fil conducteur de la conception et de la gestion des politiques publiques. Le champ de la santé n'y échappe pas compte tenu de ses enjeux financiers (l'ONDAM 2013 est d'environ 170 milliards d'euros[1]) et compte tenu de la dissémination des acteurs et de leurs statuts.

Issus d'une sédimentation historique, médecine libérale, établissements publics/établissements privés sanitaires, sociaux et médico-sociaux, associations, services de l'Etat, collectivités territoriales et usagers ont tous une légitimité à participer ensemble à la gouvernance de la santé. Or, l'éclatement des compétences et des institutions peut être source d'inefficience et d'inefficacité. Une gouvernance réussie réside donc à la fois dans la capacité à unifier, rationnaliser, mutualiser, normaliser et à respecter les capacités d'initiative garantes d'une réponse personnalisée et adaptée aux besoins des usagers. L'inflation législative qui a concerné le champ de la santé entre 2004 et 2009, avec 12 lois sans compter les lois de financement de la sécurité sociale et 9 ordonnances, montre que la conciliation de ces ambitions d'intérêt général reste un sujet aussi sensible que complexe.

Dans ce parcours législatif, les 135 articles de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST), loi « boîte à outils[2] », ont modifié 800 articles de lois et de codes. A l'approche du quatrième anniversaire de ce texte, des premiers enseignements peuvent être tirés de sa mise en œuvre. L'objet du présent rapport, compte tenu du temps imparti pour sa réalisation, n'est cependant pas de passer au crible l'ensemble de la loi HPST. Le choix a été fait de concentrer l'analyse sur cette nouvelle institution, l'Agence Régionale de Santé (ARS), créée par l'article 118 de la loi, et sa place dans le système de santé.

La rencontre des professionnels travaillant au sein des ARS a été le support de notre analyse afin de pouvoir confronter la lettre et l'esprit de la loi HPST à sa mise en œuvre opérationnelle. C'est donc bien l'écart entre la règle de droit telle qu'elle a pu être élaborée par le législateur et son application concrète sur le terrain qu'il convient de mesurer : il y a-t-il ou non distorsion entre la norme juridique et les pratiques et représentations des acteurs

[1] 78 pour les soins de ville, 75 pour les établissements de santé et 16,5 pour les établissements et services médico-sociaux.

[2] Selon les termes d'un discours du Conseiller d'Etat Didier Tabuteau devant la Société française de santé publique.

en présence ? Quels rapports de force la norme de droit traduit-elle ? Encourage-t-elle, régule-t-elle ou au contraire freine-t-elle l'émergence de ces rapports de force ?

Nouvel établissement public de l'Etat à caractère administratif, les ARS regroupent environ 9000 agents et sont dirigées par un directeur général, souvent surnommé « préfet sanitaire »[3], dont la mission est de réguler l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale sur le territoire régional tout en s'inscrivant dans le cadre de la politique nationale de santé. La question se pose donc de savoir comment sont organisées les ARS par rapport aux anciens services administratifs auxquels elles se sont substitués, tant sur l'aspect de l'organisation fonctionnelle (répartition des compétences) que sur l'aspect territorial avec le rôle des délégations dans les départements. Un autre enjeu à examiner est celui de la gestion des ressources humaines concernant des personnes aux statuts et cultures professionnelles différentes, dont la nature respective des missions pouvait les conduire à s'opposer. Cette nouvelle institution, décloisonnée en interne, a pour principale finalité le décloisonnement des prestataires sanitaires, sociaux et médico-sociaux afin de gagner en efficience dans un contexte macroéconomique contraignant. Différents outils incitatifs ou coercitifs sont à la disposition des ARS et de leur directeur général afin d'atteindre ces objectifs. Enfin, la démocratie sanitaire se développe ; il est donc utile de voir l'apport des ARS dans son approfondissement.

De façon plus générale, la mise en place des ARS a-t-elle atteint ses objectifs de décloisonnement et d'efficience dans le respect des intentions initiales du législateur ?

Aussi, le présent rapport vise à examiner l'ARS en tant que nouvelle institution fonctionnelle, territoriale et humaine (I) au service de la réalisation d'un décloisonnement des acteurs de santé et de la mise en œuvre de la démocratie sanitaire (II). Il ressort de l'ensemble des entretiens menés que des progrès sont en cours mais qu'ils devront encore être approfondis.

[3] Deux décisions du 12 décembre 2012, *Syndicat national des établissements et résidences privés pour les personnes âgées (SYNERPA)* **requête numéro 350479**, et *Syndicat des médecins inspecteurs de santé publique (SMISP)* **requête numéro354635**, rappellent l'existence du pouvoir hiérarchique des ministres compétents sur les établissements publics de l'Etat et fixent les limites de ce pouvoir.

I. Une nouvelle institution fonctionnelle, territoriale et humaine, fondée sur des décloisonnements administratifs et culturels encore insuffisants

A. La mise en place rapide d'une réforme structurelle encore inachevée.

1. La loi HPST et la création des ARS

C'est le titre 4 de la loi HPST qui traite de l'organisation territoriale du système de santé.

Il définit les agences régionales de santé (ARS), établissements publics, qui réunissent sous l'égide d'un directeur nommé en Conseil des ministres, les services de Etat et ceux de l'Assurance maladie et se substituent à plusieurs structures existantes (les services déconcentrés de l'Etat, les URCAM, les groupements régionaux de santé publique, les missions régionales de santé, les CRAM pour leur volet sanitaire). Les ARS sont pilotées par un Comité de pilotage au niveau national comprenant des représentants de l'Etat et de l'UNCAM. Entourées d'un Conseil de surveillance (composé de représentants de l'Etat, de l'Assurance maladie, des collectivités territoriales et des usagers), les agences régionales de santé ont compétence sur le sanitaire (à la fois soins et prévention) et sur le secteur médico-social ; dans ce dernier secteur (établissements pour personnes âgées et handicapées), ce sont désormais les ARS qui répartissent les financements de l'assurance maladie.

La loi confie aux ARS deux grandes missions : mettre en œuvre la politique de santé publique (en particulier les orientations définies par la loi de santé publique de 2004, la réponse aux urgences et aux crises sanitaires et la mise en place d'actions de prévention) et réguler l'offre de soins, tant pour les établissements de santé que pour les prestataires libéraux.

La loi HPST est une loi planificatrice, regroupant les plans déjà existant dans le secteur sanitaire (les SROS, schémas régionaux d'organisation sanitaire) et ceux prévus par la loi de santé publique de 2004 : elle place l'ensemble sous l'égide du projet régional de santé. Ce projet stratégique qui s'inscrit dans le cadre des objectifs de santé publique définis au niveau national et prévoit les actions à mener sur une période pluriannuelle.

L'ARS est également chargée de territorialiser la politique de santé. La notion de territoire est mise en avant : l'ARS doit définir, après avis de la conférence régionale, des préfets et des présidents de Conseils généraux des territoires de santé pertinents pour les activités de santé, où des enjeux particuliers seront identifiés, afin que le projet régional de santé y réponde. Ces territoires peuvent être infrarégionaux ou être communs à plusieurs

régions. Dans ces territoires, est créée une conférence de territoire, composée des acteurs du système de santé du territoire concerné, dont les usagers du système de santé.

Les acteurs du système de santé et notamment les personnels des ARS, s'accordent à dire que le texte de la loi HPST n'a pas été assez précis ou que l'État n'a pas suffisamment encadré les responsables préfigurateurs.

2. La phase de préfiguration des ARS : un mode de lancement décrié

C'est à peine six jours après la promulgation de la loi qu'eut lieu le premier conseil national de pilotage des ARS le 27 juillet 2009. Cette réunion marque le début de la phase de préfiguration des ARS.
La période de préfiguration poursuivait plusieurs objectifs :

- la recherche d'un lieu unique d'implantation pour l'ARS (siège et DT);
- la préparation des organigrammes pour la fin de l'année 2009 (préparés par les équipes de préfiguration). L'organisation des services de la future ARS devait répondre aux trois objectifs que sont le pilotage renforcé de la politique de santé, la fonction support et appui ainsi que la mise en place de délégués territoriaux pour que le principe de transversalité s'applique partout ;
- le recrutement des personnels (qui a surtout eut lieu de janvier à avril 2010) ;
- l'information : les ARS ont lancé, dès la période de préfiguration, des actions de communication et de dialogue auprès des acteurs locaux et des partenaires : assemblées générales, rencontres avec les élus, représentants de l'État, organismes de sécurité sociale, usagers, offreurs de soins, associations ou fédérations. Elles ont également appuyé leur communication sur différents médias : lettres d'information, plaquettes de présentation de l'ARS, sites internet, blog, etc.

Trois ans après la promulgation de la loi HPST, les sentiments vis à vis de la période de préfiguration sont contrastés. Si la déléguée territoriale de l'ARS avance que cette dernière « s'est très bien passée », d'autres cadres n'hésitent pas à parler « d'échec ». On peut évaluer l'avis des acteurs sur le sentiment d'avoir été écouté ou non lors de la phase de préfiguration. Là où la déléguée territoriale de l'ARS dit avoir participé activement, de l'année précédant la promulgation du texte (alors qu'elle travaillait à l'URCAM) à sa mise en place effective, d'autres ont le sentiment d'avoir subi un « schéma appliqué à marche forcée ».

L'implantation immobilière des ARS prend en compte la stratégie nationale. Celle-ci consiste à privilégier l'implantation, sur un site unique, de l'ensemble des personnels et à mener une démarche pragmatique en fonction de la situation immobilière régionale. La période de préfiguration a donc été mise à profit pour rechercher les solutions les plus adaptées et préparer les futurs déménagements et l'accueil de l'ensemble des personnels sur un site unique à court ou moyen terme. 66% des sièges des ARS et 78% des DT se sont installées dans des locaux préexistants comme c'est le cas du siège de l'ARS Bretagne. En revanche, le siège de l'ARS Rhône-Alpes est divisé en deux sites jusqu'au prochain déménagement à l'été 2013 sur un site unique. Le déménagement et la question de la surface consacrée aux ARS par ailleurs fait l'objet d'un objectif des CPOM liant l'ARS à l'État, avec des indicateurs évaluant le nombre de mètres carrés par agent.

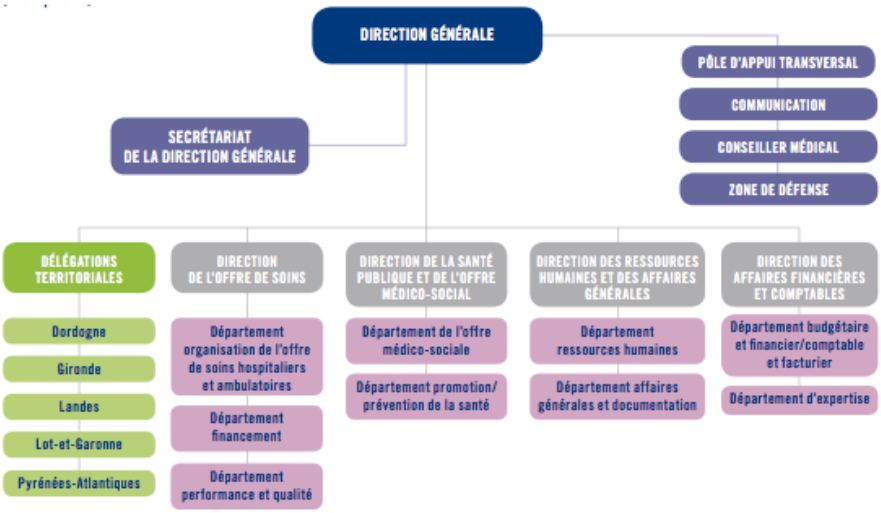
Une fois achevé le processus de nomination des responsables préfigurateurs et de leur intégration via un séminaire dédié (le 10 octobre 2009), la préparation concrète des ARS et de leurs organigrammes a pu commencer. L'absence d'encadrement des préfigurateurs pour la création des organigrammes est revendiquée par le rapport du Ministère de la Santé « les ARS, un an après ». Cela a pu permettre aux futurs directeurs de s'adapter aux caractéristiques locales. Sur le plan national, 90 groupes de consultation ont été formés mais aucun syndicat ou association n'y a été convié en tant que tel, ce qui reste un regret pour les personnels des ARS. Au niveau régional, des réunions ont été organisées par les responsables préfigurateurs. Ces réunions ont surtout réunies des équipes de préfiguration composées des agents des institutions désormais fusionnées au sein de l'ARS. En Bretagne, il y a eu cinq réunions par thème, comme la gestion des ressources humaines, avant avril 2010. Les cadres interrogés estiment ne pas avoir été écoutés. Ils critiquent en outre le recours systématique des responsables préfigurateurs à des sociétés d'audit extérieures comme Cap Gemini, qui n'avaient « aucune connaissance des domaines sanitaires et sociaux ». Il en a résulté des zones d'ombre, comme la place des DT, que même les plus fervents défenseurs des ARS ne peuvent nier.

La Cour des Comptes, dans son rapport sur les ARS de septembre 2012 n'hésite pas à parler de « qualifications partiellement inadaptées aux missions » en pointant du doigt la trop grande proportion d'agents de catégorie C. Pourtant, les acteurs (cadres et médecins) des ARS interrogés déplorent cette perte des postes administratifs et de secrétariat, essentiels à leur travail et particulièrement chronophage pour eux. Le passage d'une secrétaire pour trois cadres à une secrétaire pour vingt cadres a même été évoqué et mis en

corrélation avec la fuite des médecins de l'ARS vers des contrées plus accueillantes (CT, Education Nationale, etc.).

3. Un renouveau organisationnel à l'impact limité

La persistance du cloisonnement au sein des services des ARS caractérise leur fonctionnement interne. Les organigrammes des ARS diffèrent suivant les volontés des responsables préfigurateurs et de leurs équipes de préfiguration. Le schéma type est le suivant :



Il est semblable aux observations faites dans la plupart des ARS et mérite quelques remarques. D'abord, les services ont été découpés en directions métier. Il s'agit là d'un découpage « par enveloppe », ainsi que l'ont qualifié certains de nos interlocuteurs. Ces directions métier sont le plus souvent reproduites dans les DT comme c'est le cas en Bretagne. Pour les personnels des ARS interrogés, la création de cette nouvelle entité n'a pas fait progresser la transversalité chère aux concepteurs de loi HPST. Les directions médico-sociales et sanitaires sont la plupart du temps séparées. Les services peinent à communiquer entre eux à l'intérieur du siège (mais également avec les DT). Des solutions locales sont pourtant expérimentées pour venir à bout de ce cloisonnement. Des groupes de travail composés d'éléments de différentes directions se réunissent sur des thèmes spécifiques de santé publique. Il existe néanmoins des exceptions au découpage par métier. C'est le cas de l'ARS Pays de Loire dans laquelle l'offre médico-sociale cohabite avec l'offre sanitaire. Le pôle veille et sécurité sanitaire et environnementale n'apparaît pas dans l'organigramme type du document ministériel dont il est issu. Ce pôle est d'ailleurs organisé de façon inégale d'une ARS à l'autre (rapport IGAS « la mise en œuvre par les ARS des politiques de santé environnement » décembre 2011). Enfin, tout en haut de l'organigramme figure le DG. Les DG sont encore pour la plupart les anciens

préfigurateurs des ARS. Le directeur de l'agence communique avec ses services via la réunion de comités de direction à laquelle sont conviés les directeurs des directions du siège et des DT. La fréquence de ces réunions varie selon les ARS observées (en moyenne une fois par semaine).

Force est de constater que le positionnement des DT vis-à-vis du siège est à clarifier. Le rôle des DT n'ayant pas été défini par la loi, on trouve sur le territoire national toutes les formes de DT (de 6 à 50 personnes) selon les moyens humains, financiers et la volonté du préfigurateur ou du DG. Tout ce qui a pu être centralisé au siège l'a été, comme l'allocation des ressources et la gestion des personnels. Ce lien de subordination n'est pas forcement bien vécu par les anciens personnels des DDASS. Le siège contribue également à l'animation territoriale via un rôle d'appui et d'expertise quel que soit le domaine (PMSI et inspection par exemple). Des efforts sont faits pour faciliter le lien entre les entités via des réunions hebdomadaires ou via des vidéoconférences. L'identification d'un référent dans chaque DT pour chacune des directions métier favorise également la circulation de l'information (exemple du référent MIEC à l'ARS Rhône-Alpes).

En pratique, l'autonomie des DG est limitée par la tutelle de l'Etat. Les DGARS se sont vus confiés de responsabilités et des outils juridiques plus importants que ceux dont disposaient les anciens DRASS et DDASS. De plus, il y a un pilotage national « qui est serré ». Le CNP est chargé de conduire « l'animation du réseau des agences » (article L.1433-1). Les DGARS sont réunis à Paris tous les mois et reçoivent des instructions ; d'aucuns disent même « qu'ils vont à la messe ». La loi HPST prévoit bien que la politique de santé est nationale et unique, mais les ARS visent à tenir compte des spécificités régionales. La ministre de la Santé a rappelé aux DGARS que la réduction des déficits n'était pas une option. Le ton est davantage à l'exigence, même si les outils sont ceux de la négociation (CPOM). Le poids de la tutelle est de plus en plus fort. Cet état de fait semble résulter davantage du contexte économique et social que de la réforme HPST en tant que telle. Toutefois, d'autres y voient un choix politique ou même idéologique. La vraie marge de manœuvre des DG, compte tenu de la faiblesse du montant du FIR, réside dans les possibilités de recrutement d'agents contractuels en particulier.

4. Le bien-fondé de la mise en place des ARS : une question de perspectives

D'un point de vue organisationnel, de réelles faiblesses subsistent puisqu'en l'absence d'Agence Nationale de Santé la loi HPST a donné naissance à 22 agences différentes. Ces faiblesses organisationnelles sont aussi incarnées par les organigrammes

d'un certain nombre d'ARS qui ne sont pas encore stabilisés. Le grand mérite de l'ARS est de permettre le rassemblement des acteurs de santé publique dans une même structure, ce qui devrait amener à de substantielles économies d'échelle ainsi qu'à un décloisonnement des secteurs. Or la majeure partie des organigrammes de l'ARS reproduisent le cloisonnement entre les secteurs sanitaires et médico-sociaux. La mise en place des ARS s'est aussi traduite par la mise en place d'une autorité hiérarchique unique en la personne du DGARS synonyme de cohérence pour la politique régionale de santé. Néanmoins les personnels des Agences s'accordent à constater un éloignement hiérarchique entraînant une perte de visibilité de la stratégie d'ensemble.

La loi HPST était une réforme attendue et la création des ARS a suscité des passions, qu'il s'agisse d'enthousiasme ou de critiques. Compte tenu de leur mise en place toute récente, préjuger de l'efficacité ou de l'inefficacité des ARS est difficile. Plusieurs lectures sont encore possibles. Les agents de l'État vivent mal le fait que la plupart des postes-clés soient occupés par des agents de l'Assurance-Maladie. Or l'ARS a été instituée en vue de promouvoir l'efficience du système de santé et il s'avère que les agents de l'AM sont bien plus sensibles à ces thématiques économiques et budgétaires que les agents de l'État. La différence de rémunération entre ces deux corps crée des tensions qui sont difficilement surmontables. Une baisse des effectifs, plus particulièrement du secrétariat, constitue une opportunité en matière de gains de productivité de la part des personnels de l'Agence mais est jugée chronophage par nombre de cadres.

Comme souligné précédemment, l'ARS est une entité nouvelle dont l'impact sur le champ de la santé reste limité. Des tensions sont apparues dès sa phase de préfiguration. Au-delà de ces problèmes de mise en place, il s'avère que la cohabitation de personnels différents est elle aussi source de difficultés.

B. Un environnement de travail unifié pour des personnels aux statuts différenciés

1. Des ARH aux ARS : de l'embryon administratif à une nouvelle bureaucratie ?

Le personnel des ARH, groupement d'intérêt public, était peu nombreux, quelques centaines d'agents au total, et comprenait des agents de droit public (fonctionnaires d'Etat issus notamment des anciennes DDASS et DRASS, contractuels de droit public, fonctionnaires hospitaliers et des collectivités locales) et des agents de droit privé (notamment des caisses d'assurance maladie régis par 9 conventions collectives : employés

et cadres, praticiens-conseils et agents de direction pour le régime général, la MSA et le RSI).

Le personnel des ARS est composé de la même diversité de statuts mais les enjeux de gestion des ressources humaines sont d'une toute autre ampleur compte tenu des quelques 9000 EQTP employés au sein de ces nouvelles structures. Les agents de droit public représentent environ 82% des effectifs et les agents de droit privé environ 18%.

2. Le rapprochement physique d'agents aux statuts et cultures professionnelles différentes : un élément de décloisonnement.

La volonté d'installer des agents qui ne se connaissent pas dans des locaux communs (ce qui n'est pas toujours le cas) et sous la direction d'un même supérieur hiérarchique sont des manifestations tangibles d'un décloisonnement. La période de préfiguration des ARS avait donc été mise à profit pour rechercher les solutions les plus adaptées et préparer les futurs déménagements et l'accueil de l'ensemble des personnels sur un site unique à court ou moyen terme. « *Les ARS ont réussi à constituer leurs équipes sans heurt majeur (les tensions parfois observées se sont le plus souvent expliquées par des mésententes personnelles »*[4]*).* De plus, maintenir le plus possible des personnels des anciennes DDASS dans les délégations territoriales de l'ARS a pu contribuer aussi à faciliter l'adhésion de ces agents à la réforme. Des initiatives sont aussi lancées par des directeurs de structure. Par exemple, une déléguée territoriale de l'ARS interrogée organise ainsi des réunions semestrielles avec l'ensemble des personnels de la DT dans lesquelles chacun peut exposer sa mission à ses collègues.

Cependant, ce rapprochement physique n'est probablement pas suffisant pour créer une fluidité professionnelle durable au quotidien pendant, pour une partie d'entre eux au moins, de nombreuses années. Les personnes se parlent, s'évaluent à statuts différents ainsi qu'à cultures et systèmes professionnels et juridiques différents. Les acteurs de terrain rencontrés ont des appréciations contrastées des différences de statuts et de leurs conséquences, notamment à niveaux de compétences comparables.

[4] Selon un cadre d'ARS.

3. Des inégalités de statuts et de conditions d'emploi : un obstacle à une gestion des ressources humaines efficace

Les modalités de travail dissemblables posent des difficultés (par exemple, l'accès aux systèmes d'information SNIIRAM[5] de l'assurance maladie a été dans un premier temps limité aux seuls agents transférés en 2010 et qui disposaient déjà des habilitations nécessaires ; les discussions entre la CNAMTS, le secrétariat général chargé des ministères sociaux et l'union nationale des professions de santé (UNPS), soucieuse de conserver l'anonymat des données individuelles des professionnels de santé ont retardé de deux ans la mise au point d'un nouveau protocole d'accès aux données non nominatives sur les activités de soins) et alimentent les revendications des organisations syndicales.

Les principaux sujets de GRH portent sur l'organisation et la durée du temps de travail (congés, jours accordés au titre de la RTT), le remboursement des frais professionnels, la restauration, l'organisation et le paiement des astreintes. Sur ces questions, non seulement les textes réglementaires applicables aux agents de l'Etat diffèrent sensiblement des dispositions conventionnelles prévues pour les agents des organismes de sécurité sociale mais des accords locaux plus favorables qui s'appliquaient dans les structures précédant les ARS ont encore accru les difficultés. Les personnels interrogés estiment pour la plupart n'avoir pas avoir reçu suffisamment d'informations sur la mise en place des ARS.

En matière de recrutement, concernant les personnels de l'assurance maladie, il suffit de faire un appel à candidature qui est suivi d'un entretien et le directeur décide de l'embauche ou pas. Pour les fonctionnaires qui sont en position d'affectation et non de détachement, les pouvoirs du directeur général de l'ARS sont limités par les règles de gestion de la fonction publique. Le recrutement des agents publics titulaires doit respecter la procédure des commissions administratives paritaires nationales (CAPN). En termes d'évolution et de gestion de carrières, le DGARS est aussi tributaire des décisions prises au niveau national par celles-ci. Le passage en CAP est également nécessaire pour la mutation volontaire d'un agent entre une délégation territoriale et le siège même d'une ARS. Sur le plan personnel, le recrutement a parfois été vécu difficilement puisque outre le déménagement parfois occasionné, les personnels ont dû postuler ce qui a parfois été mal vécu et a pu aboutir sur

[5] Le SNIIRAM est un entrepôt de données inter-régimes sur les activités de soins et de remboursement en ville et à l'hôpital.

des postes en ARS parfois éloignés des fonctions précédentes (exemple d'un passage des ressources humaines en DDASS à l'agence comptable de l'ARS).

Par ailleurs, le recrutement de contractuels à des fonctions et salaires parfois élevés « ne passe pas » auprès des agents de la fonction publique en général. Justifié par le besoin de spécialistes certains personnels y voient un manque de cohérence ; en effet, spécialiser les fonctions revient à nécessiter davantage de personnels alors que l'objectif affiché (ou non) est la contraction des postes.

La question de l'unification des statuts et des conceptions de la philosophie et de l'action professionnelle se pose alors inévitablement. En faisant des ARS des établissements publics de l'Etat à caractère administratifs placés sous tutelle ministérielle, la loi HPST rapprochait intuitivement cette nouvelle institution d'un mode de gestion des ressources humaines qui est généralement celui de la Fonction publique d'Etat. La question d'une intégration réussie des agents de l'assurance maladie aux statuts et cultures professionnelles différents devait donc devenir un sujet à résoudre, à défaut d'avoir créé un statut unique, corps de fonctionnaires ou statut d'emploi, propre à cette nouvelle institution. En effet, dès lors que les agents fonctionnaires et ceux de l'assurance maladie restent d'abord des agents de leurs statuts et entités professionnelles d'origine, ils peuvent concevoir que leur affectation en ARS n'est qu'un moment de leur carrière professionnelle.

Dès lors, ils ne peuvent accepter facilement de perdre leur statut d'origine pour une hypothétique carrière professionnelle au sein de la nouvelle entité ARS. Ces agents conservent leurs relations professionnelles, leurs cultures professionnelles afin de faciliter leur départ de l'ARS le cas échéant. Cette conception est d'ailleurs conforme à l'esprit même de la mobilité professionnelle inscrite tant dans le statut général des fonctionnaires que dans le code du travail, lesquels prévoient, voire encouragent, la mobilité professionnelle en dehors du statut et/ou de l'entité professionnelle d'origine, à la fois pour mettre des compétences et une expérience professionnelles aux services de collectivités de travail qui en ont besoin ainsi que dans un but d'enrichissement et de motivation professionnelle.

Outre l'attachement à cette possibilité de retour dans l'entité de travail d'origine, qui peut contribuer à limiter l'intégration et l'attachement dans l'entité de travail de passage, les différences de statuts à niveaux de responsabilités professionnelles identiques ou comparables posent des questions d'égalité ou d'équité.

4. Vers des statuts uniques au sein des ARS ?

C'est une idée qui revient souvent. La multiplicité des statuts entraîne en effet une lourdeur de gestion pour les services supports des ARS. La plupart d'entre elles ont par exemple dû recruter à la tête des directions des ressources humaines un binôme comprenant un cadre de l'assurance maladie et un agent de catégorie A de la fonction publique.

La mise en place d'un statut unique peut prendre deux formes :

- *créer un ou plusieurs nouveaux corps de fonctionnaires* dans lequel seraient déversés les fonctionnaires des trois fonctions publiques affectés en ARS, avec un droit d'option ou non comme cela s'est fait pour les agents de l'administration des postes et télécommunications avant que ne soit créé France Télécom. L'acceptabilité pour les agents de l'assurance maladie, qui sont minoritaires en nombre, serait probablement aussi conditionnée à un système de « garanties de rémunérations » transitoire. Un telle solution, si elle a le mérite de créer un puissant sentiment d'appartenance unifié à l'ARS, ne va pas toutefois dans le sens de la politique de ressources humaines de l'Etat, engagé dans un politique de réduction de corps afin de permettre une mobilité professionnelle plus aisée, à niveaux de compétences identiques ou comparables, tout au long de la carrière.
- *créer un ou plusieurs statuts d'emploi (détachements sur contrat-types ou emplois fonctionnels)* appliqués le temps de l'exercice professionnel au sein de l'ARS. Cette solution est beaucoup plus souple que la précédente et respectueuse de l'exigence du droit à la mobilité professionnelle tout au long de la carrière. Cependant, le statut d'emploi doit être suffisamment attractif. De plus, ce système a aussi le mérité d'être mieux adapté pour les médecins, odontologistes et pharmaciens qui travaillent dans les ARS ainsi que pour les contractuels.

Faute de s'engager dans l'une de ces deux voies, l'amélioration de l'égalité de statuts entre agents à niveaux de responsabilités comparables passeraient donc par une harmonisation progressive de ces statuts (avec la nécessité d'un pilotage national volontariste et bipartite entre l'assurance maladie et les ministères concernés), avec le risque de ne pas parvenir à un résultat pleinement satisfaisant compte tenu que l'essentiel des bénéficiaires des différents statuts d'origine restent et resteront en dehors des ARS et ne se sentiraient donc pas concernés.

A minima, l'harmonisation des statuts de personnels de droit privé pourrait être recherchée par un rattachement conventionnel unique en privilégiant les conventions

collectives applicables aux salariés du régime général (union des caisses nationales de sécurité sociale - UCANSS), ne serait-ce que pour les nouveaux recrutements.

De nombreuses améliorations dans la gestion des ressources humaines et dans le fonctionnement interne des ARS sont donc à entreprendre. A côté de ces enjeux internes, la question de l'insertion de l'ARS dans son environnement suppose résolus les épineux problèmes associés au décloisonnement et à l'approfondissement de la démocratie sanitaire.

II. L'ARS dans son environnement : des défis majeurs à relever

A. Un décloisonnement qui reste encore largement à construire

1. La loi HPST, une loi mieux comprise dans son esprit que dans sa lettre

L'objectif de décloisonnement du système de santé porté par la loi HPST n'est pas nouveau. Pour certains acteurs interrogés, la situation qui prévalait avant l'adoption de la loi HPST s'inscrivait dans une philosophie plus globale visant à décloisonner et à faire émerger parmi les acteurs en présence des intérêts communs. Comme le précise une des personnes interrogées : « *Quand Simone Veil crée ce qu'elle a elle-même appelé le grand ministère Santé, social et travail. Si je tombe malade, je vais rapidement avoir un problème de travail. Et derrière un problème social. Si j'ai un problème social, je risque bien d'avoir derrière un problème de travail. Et peut-être que je vais tomber malade. Le triptyque santé, social, travail est le ministère de l'humain. Nous avions en France un ministère de l'humain*. » La loi HPST n'a donc pas constitué un « big bang » sanitaire mais s'inscrit au contraire dans la continuité des réflexions passées. De nombreux rapports et études[6] ont fait état d'un système régional d'organisation du système de santé aux compartiments mal coordonnés avant l'adoption de la loi HPST. De multiples intervenants coexistaient dans l'organisation et le financement de soins. En outre, de nombreux champs couverts par ces instances relevaient de compétences diverses et variées santé au travail, santé scolaire, prévention, accès aux soins, etc.).

En instituant les ARS, la loi HPST a donc cherché à constituer un ensemble coordonné et cohérent de programmes et d'actions concourant à la réalisation des objectifs de la

[6] On peut citer, parmi beaucoup d'autres, le rapport de M. Dubernard de 2003 relatif à la politique de santé publique

politique nationale de santé[7], des principes de l'action sociale et médico-sociale[8] et des principes fondamentaux de la sécurité sociale[9]. En vue d'atteindre l'objectif prioritaire de décloisonnement assigné par la loi[10], les ARS ont disposé de plusieurs outils juridiques. Elles ont inscrit leur action au sein du projet régional de santé (PRS)[11] en vue d'investir les différents champs précités constitutifs du domaine de la santé publique. A un cadre unique de régulation, le schéma régional de l'organisation sanitaire (SROS), la réforme HPST substitue un cadre élargi, le PRS, dont les diverses composantes contribuent à l'organisation de l'offre de services de santé englobant la prévention, les soins de premier recours et ceux délivrés par les établissements. En plus du PRS, l'ARS dispose d'autres instruments pour favoriser les décloisonnements des différents champs composants le domaine de la santé publique. La conférence de territoire[12] devrait *a priori* permettre, outre l'instauration d'une « démocratie sanitaire », le décloisonnement des secteurs en présence en rapprochant les différents acteurs. Les contrats d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins[13] permettraient également de rendre plus opérationnelle la coordination « ville-hôpital ». Enfin, les groupements de coopération sanitaires (GCS) et les communautés hospitalières de territoire (CHT) devaient également permettre d'améliorer les coopérations entre acteurs.

Pour autant, si cet arsenal juridique est bel et bien à la disposition des ARS pour favoriser le décloisonnement, nombreux sont les acteurs interrogés qui se sont appropriés « l'esprit de la loi » plus que sa lettre. Cet esprit s'inscrit dans une philosophie plus globale faisant de la loi HPST un moyen et non une fin en soi. Comme le précise un responsable d'établissement, « *le but, c'est de favoriser les filières dans le sens positif, c'est le fait qu'un usager […] puisse avoir une réponse adaptée, qu'il y ait un parcours de soins, un parcours de santé. C'est prôner des articulations, des partenariats.* » S'il ne reprend pas les termes techniques de la loi, un tel discours s'inscrit totalement dans son esprit.

---

[7] Article L. 1411-1 du code de la santé publique

[8] Articles L. 116-1 et L. 116-2 du code de l'action sociale et des familles

[9] Article L. 111-2-1 du code de la sécurité sociale

[10] « *Hôpital, patients, santé, territoires*: une loi à la croisée de nombreuses attentes », Septembre 2009, Ministère de la Santé et des Sports,

[11] « Le PRS définit les objectifs pluriannuels des actions que mène l'ARS dans ses domaines de compétences, ainsi que les mesures tendant à les atteindre. » (Article L. 1434-1 CSP).

[12] Article L.1434-17 du code de la santé publique

[13] Article L. 1435-4 du code de la santé publique

2. Un décloisonnement largement inabouti

Cependant, si les acteurs de terrain semblent s'être approprié l'esprit général de la loi et sa philosophie en termes de décloisonnement des champs composant la santé publique, la mise en œuvre effective de cet esprit semble plus complexe que prévue.

Un des éléments fondamentaux qui témoigne, dans le discours des acteurs, de l'inefficacité relative de la loi HPST en termes de décloisonnement est l'impression forte d'ARS encore marquées par le secteur sanitaire, à l'image des missions anciennement dévolues aux ARH : un des responsables d'ARS interrogée remarque ainsi que *« l'empreinte des ARS est encore très hospitalière (...) du fait de l'antériorité des ARH »*. L'ARS est perçue comme incapable de prendre en compte de façon équivalente le médico-social, le sanitaire et le social. Elle serait porteuse d'un biais sanitaire préjudiciable à l'égalité de traitement des trois champs.

Un autre élément soulignant l'absence d'impact de la loi HPST sur le décloisonnement réside dans le constat d'un trop faible dynamisme en matière de partenariats entre le sanitaire, le social et le médico-social. Qu'ils relèvent de l'ARS ou d'établissements, les acteurs s'accordent tous à dire que la plupart des actions tentant de favoriser une communication entre les différents champs ont été mises en œuvre avant la loi ou alors n'ont pas grand-chose à voir avec la promulgation de celle-ci.En témoigne deux responsables d'établissements : *« Pour moi, ce n'est pas la loi HPST qui favorise les partenariats et les conventionnements »*, *« Cette idée* (à propos d'une pratique de décloisonnement entre l'hôpital et les structures d'aval) *préexistait à la loi, je l'ai d'ailleurs expérimentée dans un autre établissement avant la loi HPST »*.

A l'inverse, les protocoles d'accord et les conventions se sont multipliés entre les ARS et les préfectures mais également entre ARS et conseils généraux afin de préciser les missions de chacun dans leurs domaines de compétences frontaliers. C'est le cas par exemple pour le secteur du médico-social relevant conjointement des ARS et des conseils généraux mais également pour les problématiques d'hygiène et de sécurité sanitaire gérées aujourd'hui par les agences pour le compte du préfet de département[14]. La réalisation de ces protocoles, si elle a permis une moindre méfiance entre les acteurs institutionnels, n'a pas encore réussi à éliminer les zones d'ombre concernant le périmètre d'intervention des ARS. D'où la permanence d'une certaine prudence dans les rapports entre l'ARS et les institutions départementales, comme l'exprime une responsable de DTARS : *« Ils (les*

[14] Rapport de l'IGAS, B. Buguet, A. Burstin, B. Deumie, *La mise en œuvre par les agences régionales de santé (ARS) des politiques de santé-environnement*, janvier 2012.

préfets) ont encore du mal à lire les compétences de l'ARS, bien qu'il y ait un protocole. », mais aussi un MISP : *« La mise en place de l'ARS fut très difficile à vivre pour le préfet ; le DG ARS essaie de ne pas lui déplaire, d'autant que le comité administratif régional est toujours dirigé par le préfet. Avec le conseil général, la relation est encore compliquée et la coordination des politiques publiques a du mal à fonctionner. »*.

Enfin, le constat partagé d'une distorsion entre la théorie et la pratique de la loi en matière de décloisonnement prouve son manque d'efficacité et de leviers pour inciter les acteurs à se mobiliser. C'est le cas en ce qui concerne la mise en place des CHT. En théorie, le directeur général de l'ARS a des moyens réels de faire pression sur les établissements en vue de la constitution d'une CHT ;, en pratique, les logiques de pouvoir à l'œuvre sur le territoire diminuent largement la portée de ces moyens. Ainsi, à la question de savoir si l'ARS peut obliger un établissement à constituer une CHT, une responsable d'établissement répond : *« Elle peut l'y inciter fortement. Aujourd'hui, le pouvoir de l'ARS sur le CHU a quand même quelques limites. Par exemple, on voit bien ici que le directeur général (du CHU) n'a pas mis en place la CHT parce qu'il n'est pas convaincu ou en tout cas ne souhaite pas rentrer dans le cadre qui a été imposé, ou du moins posé, et qu'il préfère travailler d'une autre manière. Je dirai qu'il impose son style. Il utilise ses arguments mais aussi son réseau pour faire ou ne pas faire. »*

3. Des freins au décloisonnement bien identifiés

Dire que l'efficacité de la loi HPST en matière de décloisonnement est loin d'être optimale invite à s'interroger sur les freins qui empêchent l'impulsion théorique initiale de s'exprimer pleinement dans la pratique. Selon les divers acteurs rencontrés, les freins majeurs s'articulent autour de trois problématiques.

La première est structurelle, il s'agit de l'insuffisance en matière d'offre sur le territoire de santé : les structures sont trop peu nombreuses ou encore submergées par le nombre de demandes qui leur sont adressées. C'est le cas notamment des établissements sociaux, comme en témoigne une responsable d'établissement médico-social: *« Maintenant, on bute rapidement sur les problèmes de l'offre. (...) du coup il y a des fractures, des ruptures dans les parcours. »*. Par ailleurs, le fait que de plus en plus d'usagers du système de santé se trouvent à la frontière de plusieurs domaines de prise en charge met en exergue les limites du décloisonnement soulignées par les propos d'une responsable d'établissement social : *« On a des résidents qui pourraient relever aussi d'Instituts médico-éducatifs, on les envoie en observation pendant une semaine et on nous les renvoie en nous disant : "ils ont le profil mais pas chez-nous..." »*.

La seconde problématique est celle des jeux d'acteurs et des rapports de force à l'œuvre au sein des territoires de santé. Les remarques de plusieurs responsables d'établissement interrogés permettent d'affirmer qu'au-delà du texte de loi qui est censé s'appliquer à tous de manière égale et rigoureuse, les intérêts et les modes de pensées propres à chaque acteur s'affrontent et freinent la mise en place d'un vrai réseau coopératif au service de l'usager : *« C'est toujours une question de personne, plus que de texte »*, *« Quand le CHU gère un EHPAD, la préoccupation du directeur du CHU n'est pas l'EHPAD, mais son CHU. L'EHPAD, pour lui, c'est plus une porte de sortie pour l'hôpital (...) qui lui permet de désengorger certains de ses services »*. A l'inverse, certaines expériences favorisant le décloisonnement ont pu bénéficier de la contribution d'acteurs très engagés : *« ça dépend de personnes-ressources qui se rencontrent à un moment donné, des personnes du médico-social et du sanitaire (...) qui ont envie de travailler ensemble, qui vont utiliser les outils qui existent pour formaliser quelque chose et mettre en place un partenariat »*.

La troisième et dernière problématique dégagée par les acteurs interrogés est celle du poids de l'héritage dans le cloisonnement des différents champs de la santé. Ce cloisonnement est extrêmement visible entre le social et les champs du sanitaire et du médico-social comme le note une responsable d'établissement médico-social : *« Le social fait quand même un peu bande à part. Conventionner médico-social et sanitaire, on y arrive beaucoup plus facilement que des établissements sociaux (...) avec un établissement sanitaire (...). Je pense que le social a toujours un temps de retard»*. Même chose en ce qui concerne la prévention. En effet, elle est encore perçue comme un champ à part, isolé, et peu considéré comme le prouve l'organisation interne des ARS aussi bien que le manque de transversalité de cette thématique en externe. *« Notre champ prévention a très peu de visibilité, on n'existe pas. Les gens ne savent pas ce que l'on fait (...). En tant qu'acteur, la façon dont on est traité n'est que le reflet de la place de la Direction de la Santé Publique et du département prévention-promotion de la santé au sein de l'ARS même»*, explique une responsable d'un Institut Régional d'Education et de Promotion de la Santé (IREPS).
En raison de ces différents freins, la bonne volonté de certains acteurs ne peut donc pas suffire à impulser la dynamique nécessaire au décloisonnement du système de santé.

4. Vers un décloisonnement renforcé

En vue de rendre plus effectif le décloisonnement des différents champs composant le système de santé, plusieurs pistes d'amélioration ont émergé lors de nos échanges avec les acteurs. D'abord, il paraît nécessaire de rendre encore plus souples les modes de

coopération existants. Ensuite, pour améliorer l'offre de soins sur le maillage territorial, il semblerait préférable de faire fusionner entre elles les petites structures avant de les intégrer dans des ensembles plus grands. Cela permettrait aux équipes en place de ne pas craindre d'être happées par le CHU et de favoriser les logiques de coopération « en douceur ». Comme le dit un responsable d'établissement, « *aujourd'hui, il vaut mieux regrouper des petites structures entre elles, plutôt que de les rattacher à de grosses structures. Les directions communes, ce n'est pas toujours très judicieux.* ». Cela n'empêchera pas, par la suite, de les fusionner avec des structures plus importantes.

Nombreuses ont été les personnes interrogées à demander par ailleurs davantage de marges de manœuvre pour mettre en place leurs actions. Faire confiance aux acteurs, bien connaître les dynamiques locales, s'inscrire dans une logique de proximité sur le territoire, sont autant de recommandations qui nous ont été faites aussi bien par les responsables d'établissement que par les agents de l'ARS. Ces différents éléments permettraient, s'ils étaient appliqués, d'instaurer un meilleur dialogue entre les équipes et, partant, de décloisonner plus aisément leurs champs d'action.

Enfin, deux points importants méritent d'être soulignés. D'abord, le décloisonnement des services et des domaines de la santé publique commence dès la formation des personnels. Or, si l'interfiliarité est un axe majeur de la formation des cadres dirigeants du système de santé publique, force est de constater que des coopérations entre écoles d'applications de fonctionnaires et de personnels de la sécurité sociale pourraient être davantage envisagées[15]. Une des pistes d'amélioration pourrait résider dans la fusion de l'EHESP et de l'EN3S. Cette fusion permettrait aux cadres de mieux se connaître et, partant, de travailler plus facilement ensemble. Un des responsables interrogés abonde en ce sens : « *Mais c'est un long travail de fond... partant de la formation, parce que ces professionnels ne se sont pour la plupart jamais rencontrés et travaillent les uns à côté des autres sans vraiment se connaitre.* » En outre, la mise en place de coopération entre structures au moment de la formation initiale et continue des professionnels est une des principales perspectives d'amélioration en vue de décloisonner le système de santé. En effet, en envoyant des cadres en stage au sein des structures voisines, les relations s'améliorent entre les équipes. Comme le dit un responsable d'établissement, il conviendrait d'offrir « […] *la possibilité d'envoyer des cadres en stage dans ces structures. Pareil stage est vécu de manière très positive et […] il y a une plus grande*

[15] Voir à ce sujet le rapport de M. Fourcade intitulé « Comité d'évaluation de la réforme de la gouvernance des établissements publics de santé » de juillet 2011

fluidité dans les sorties d'hôpital vers les structures car les cadres connaissant l'environnement, l'offre de soins, l'offre d'aide, et donc facilitent le lien. »

B. Une représentativité des acteurs augmentée mais des objectifs de démocratie sanitaire qui restent à démontrer

La démocratie sanitaire est une démarche qui vise à associer l'ensemble des acteurs du système de santé dans l'élaboration et la mise en œuvre de la politique de santé, dans un esprit de dialogue et de concertation.

Faire vivre la démocratie sanitaire nécessite d'intervenir à tous les niveaux pour:

- développer la concertation et le débat public,
- améliorer la participation des acteurs de santé, promouvoir les droits individuels et collectifs des usagers.

1. Démocratie sanitaire : entre intentions et concrétisation ?

La démocratie sanitaire a reçu une traduction officielle en France avec la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de soins.

Elle a plusieurs sources comme la modernisation des politiques publiques, la fixation d'un corpus de droits des patients et l'action préventive des associations.

La participation dans le secteur de la santé, exprimée notamment à travers les Etats généraux de la santé, a traduit un besoin de rapprocher citoyens et décideurs.

La loi HPST a pour enjeux de tenter de refonder quelques principes démocratiques et d'expression des acteurs de santé :

- La conférence régionale de santé (CRSA) apparaît pour tous les acteurs interrogés une instance régionale jugée satisfaisante tant dans son mode de représentation des acteurs que dans ses procédures de concertation et de négociation.

La co-présence des usagers et des professionnels, des élus et des partenaires sociaux, des acteurs sanitaires et médico-sociaux ou de prévention permet le dialogue entre les différents points de vue et favorise l'acculturation réciproque.

Cette différence de culture est quelquefois montée en épingle par les détracteurs de la loi HPST qui s'en servent pour ralentir le dialogue interne et l'avancée des projets locaux.
Deux grands thèmes sont toutefois absents, bien que des initiatives locales (comme en Bretagne) tentent de les raccrocher aux domaines de la CRSA : la santé au travail et la santé environnementale.

- L'émergence de la démocratie participative (non prévue dans le cadre réglementaire) est plébiscitée par les acteurs rencontrés : des initiatives locales sont encouragées et des rencontres s'organisent entre les DG ARS et les présidents de CRSA ; des membres de la CRSA participent à l'élaboration des projets régionaux de santé (PRS).

A l'hôpital, des conseils de pôles sont organisés où les avis des différents acteurs sont (inégalement) pris en compte et dans le domaine de la qualité des soins les commissions des représentant des usagers et de la qualité (CRUQ) sont relativement actives dans les établissements publiques de santé.

Enfin, deux commissions doivent être mentionnées :

- les conférences de territoire (une par département) s'assurent de la déclinaison du PRS sur le territoire
- les commissions de coordination des politiques publiques qui maintiennent la cohérence entre les politiques de l'ARS et les politiques déployées par l'Etat (aménagement du territoire, emploi, santé scolaire...).

2. Efficacité de la loi HPST sur la démocratie sanitaire

Un certain nombre de critères d'efficacité émergent des entretiens que nous avons eus. Parmi ces critères, relevons :

- la mise en place de relations de proximité permettant de déterminer des objectifs adaptés en fonctions des besoins propres de la région et des territoires (8 pour la région Bretagne).
- la participation des usagers à la gouvernance des ARS
- la participation des élus locaux, des professionnels de santé, des partenaires sociaux (même si leur avis sur l'efficacité du dialogue est mitigé) et des usagers (qu'ils représentent les personnes âgées ou les personnes handicapées) à la préparation et à l'évaluation des politiques de santé menées dans la région.

La région Bretagne peut être considérée comme précurseur et modèle de cohérence sanitaire : 5 thèmes prioritaires et communs aux 8 territoires de santé ont pu émerger au débouché de 64 réunions (considérées par certains comme une perte d'énergie et de temps). Le PRS Bretagne a été approuvé par le conseil de surveillance et la CRSA en mars 2011.

3. De multiples freins à l'efficacité de la loi HPST en matière de démocratie sanitaire

Les interviewés ont mis en avant de multiples facteurs limitant l'efficacité de la loi HPST dans le champ de la démocratie sanitaire.[16]

Ainsi, l'Etat central, qui aurait une certaine emprise sur la gouvernance régionale du système de santé (*« Ça reste quand même en partie descendant à partir du niveau national »* - coordinatrice générale des soins, en CHU), exerce une forme de pression en faveur de la démocratie sanitaire, notamment sur les ARS. Cette pression amène les ARS à valoriser la démocratie sanitaire là où il n'y en a pas nécessairement, ce qui posequestion à propos de l'effectivité de la mise en œuvre de la démocratie sanitaire (la vigueur de la démocratie sanitaire ne se mesure pas seulement au nombre de réunions de concertation).

Injonction paradoxale, qui plus est, du fait du non-respect du rythme de la démocratie sanitaire par les institutionnels. Ainsi s'expliquent peut-être les difficultés à réunir les quorums. *« Il y eu pas mal de problèmes autour des questions de calendrier,* nous dit-on. *Les personnes qui composent les commissions de la démocratie sanitaire le font bénévolement au titre de leur structure. Ça vient en plus de leurs missions ordinaires. Il y a eu beaucoup de tensions dans les commissions spécialisées, car les membres de ces commissions n'avaient pas l'impression qu'on leur laissait le temps nécessaire pour travailler. Je me souviens, lors des discussions concernant les schémas de prévention : la réunion était fixée le 15, et le document à discuter nous était fourni le 10 ! On arrivait en l'ayant lu en diagonale. » ; « Tout doit aller vite, tout doit être produit rapidement : c'est une vraie marche forcée »* - directrice d'IREPS).

Les acteurs du secteur sanitaire sont réputés comme n'ayant pas la culture de la coopération territoriale. Dans le cadre de la démocratie sanitaire, ils ont besoin d'être accompagnés. Or, les ARS apparaissent comme n'étant pas à la hauteur de cette tâche. *« C'est comme si tout cela devait se mettre en place tout seul. Comme s'il n'y avait pas besoin d'espace pour que les gens échangent.Oui, mais il y a des années d'habitudes de travail, des gens qui ne parlent pas le même langage, qui n'ont pas les mêmes fonctionnements, pas les mêmes références et qui devraient tout d'un coup travailler ensemble ? Non, ça ne marche pas comme ça »* (coordinatrice générale des soins, en CHU). Ce déficit d'accompagnement résulterait entre autres de la distance entre les opérateurs de terrain et les ARS, qui manqueraient de temps pour remplir leur rôle

[16]. Facteurs que l'on retrouve parfois mentionnés dans le Rapport d'information Paul et Rolland déposé sur le bureau de l'Assemblée nationale en mars 2011.

d'animation territoriale. *« C'est vécu comme un alourdissement des procédures et un agrandissement de la distance entre les organismes de tutelle et les associations. […] Comme des processus décisionnels plus longs, de plus grandes difficultés à faire aboutir des projets, des contraintes à la baisse des financements. Maintenant, qu'est-ce qui a été mis en place dans le champ médico-social en matière d'animation locale depuis la création des ARS ? J'ai du mal à le voir »* (secrétaire générale d'établissement médico-social).

Plusieurs facteurs aggravants ont également été signalés, parmi lesquels le positionnement plutôt *« directif »* des ARS qui cultivent plus des *« relations de subordination »* que des *« relations de partenariat »* avec les opérateurs de leurs territoires de santé, favorisant ainsi les *« rapports de force »* et les *« jeux de pouvoir »* (ce point de vue est revenu à plusieurs reprises) ; ou encore la pression à la concentration des opérateurs, induite notamment par la logique d'appels à projet, laquelle tend à réduire la diversité des opérateurs et la prise en compte des petites structures. *« Avec les directions communes ou avec les regroupements d'établissements, les petites structures ne sont absolument plus entendues, ou le sont beaucoup moins. » ; « Dès lors, les appels à projet sur le médico-social traduisent une recentralisation totale. On a des axes qui sont définis, on sort un appel à projet, les structures se positionnent : et voilà tout. Nous ne sommes plus novateurs, nous ne présentons plus les choses »* (directrice déléguée d'un groupement d'établissements sociaux). N'oublions pas l'hospitalo-centrisme, qui signifie que la démocratie sanitaire se cantonne fréquemment à ce qu'on pourrait appeler la « démocratie hospitalière ».

A cela s'ajoutent les réticences de certains acteurs face à la participation des usagers et de leurs représentants. Un directeur de la santé publique en ARS a soulevé la difficulté de composer avec les usagers et leurs représentants : *« Les usagers vont vite parfois, ils prennent des avocats, des experts avec très souvent une logique procédurière et contentieuse. »*. Un autre interviewé parle de sa peur de cette participation citoyenne.

4. Différentes pistes d'amélioration du dispositif actuel

Nos interlocuteurs n'ont dégagé que peu de pistes d'amélioration du dispositif actuel. Certains suggèrent la coercition pour imposer la coopération territoriale aux opérateurs et favoriser la démocratie sanitaire (instauration d'avis conformes des CRSA, liant les DGARS dans certains domaines, par exemple) ; d'autres estiment utile de donner davantage de temps et, par suite, de moyens à la démocratie sanitaire.

Un interviewé a mis en avant la nécessité d'allouer davantage de ressources à la démocratie sanitaire, qui pourrait peut-être s'appuyer sur les collectivités territoriales : « *On finance la démocratie politique et sociale, il faut donc accepter de financer la démocratie sanitaire. […] Les CRSA devraient avoir des liens plus forts avec les régions. Les autorités politiques de la région sont intéressées par la démocratie sanitaire. Les ARS pourraient aller une à deux fois par an devant les conseils de région pour présenter leurs actions, se rapprocher d'eux* » (enseignant-chercheur).

Ces suggestions méritent d'être croisées avec les trente-deux recommandations de la Conférence nationale de santé, présentées dans son avis du 29 novembre 2012 sur le bilan de la démocratie sanitaire en région, consistant principalement à donner aux instances de démocratie sanitaire les moyens propres nécessaires à l'exercice de leurs missions (moyens humains en secrétariat et en rédacteurs, moyens logistiques et budget permettant les auto-saisines et l'organisation de débats publics) ; structurer le dialogue avec les ARS notamment sur le suivi des avis ; préciser les missions des CRSA sur l'évaluation et le suivi des PRS ; étendre les missions des CRSA à l'ensemble des politiques de santé publique en régions ; permettre aux membres des instances de démocratie sanitaire d'exercer au mieux leurs missions par des formations initiales et continues ; revoir l'articulation entre les conférences de territoire et les CRSA.

Conclusion

La loi HPST du 21 juillet 2009 était, selon tous les acteurs interrogés, une loi particulièrement attendue compte tenu des enjeux en présence.

Quelles que soient leurs origines ou appartenances, tous les professionnels de l'ARS et nombre d'acteurs du système de santé saluent les intentions affichées qui ont présidé à la mise en place de la loi HPST, notamment : la mise en réseau et la coordination des acteurs au sein des ARS et des territoires de santé, le développement de la démocratie sanitaire et la volonté de doter un territoire, la région, d'une vision sanitaire globale.

Toutefois il convient de garder deux choses à l'esprit : premièrement que selon ces acteurs, la loi HPST n'est pas tant une innovation majeure qu'un passage obligé ; et deuxièmement que passage ne veut pas dire destination.

Cette vision traduit le fait que la loi HPST pose les jalons d'un réaménagement de la gouvernance régionale et nationale du système de santé. Cependant, ces jalons présentent de nombreuses défaillances qu'il faudra s'atteler à résorber.

En ce qui concerne la création et l'organisation des ARS, ces défaillances trouvent leur origine dans la phase de préfiguration où le recrutement de cabinets de conseil peu familiers des spécificités du secteur sanitaire et social a été ressenti de façon très contrastée. Le rassemblement de personnels aux statuts, traitements et rémunérations différents à travail équivalent peut être perçu, quant à lui, comme un obstacle aux principes communs de l'équité au travail. L'harmonisation des statuts des agents de l'ARS constitue par conséquent une question sur laquelle il importerait de revenir.

Par ailleurs, l'ARS maintient en partie, en interne, les cloisonnements passés entre le social, le médico-social et le sanitaire. Ceci semble paradoxal eu égard aux ambitions affichées de décloisonnement de la loi HPST. De plus, le fait que la plupart des organigrammes des ARS ne soient pas encore stabilisés signifie que des réaménagements sont immanquablement à prévoir.

De surcroît, si la loi HPST utilise les outils de la planification, notamment le PRS, pour doter l'ARS d'une vision globale de la santé sur un territoire, il convient de s'interroger à propos de la valeur réelle du PRS quand l'offre de soins est décrite par certains acteurs comme étant structurellement insuffisante.

Par ailleurs, alors qu'elle prétend offrir au DGARS des pouvoirs très étendus pour optimiser l'offre de soins, on peut s'interroger également sur la réalité de ses pouvoirs

quand la ministre de la Santé rappelle aux DGARS que la réduction des déficits n'est pas une option.

Ce sont là autant d'éléments qui poussent les acteurs du système de santé à une certaine méfiance vis-à-vis de l'ARS. Nombreux sont ceux qui se demandent si elle n'a pas été créée dans un but strictement financier, contrairement aux arguments invoqués lors de sa mise en place.

Concernant la démocratie sanitaire, la loi HPST la valorise sans pour autant la promouvoir et lui donner les moyens d'exister vraiment. Bien que la création de la CRSA soit louable, c'est là une entité sans autonomie réelle, sans locaux propres ni personnels rattachés.

Pour finir, comme de nombreuses organisations créées à marche forcée, l'ARS et son fonctionnement devront être revus dans l'avenir.

Force est de constater que le devenir de l'ARS embrasse des thématiques beaucoup plus vastes que la simple structuration et les prérogatives d'un établissement public. Il ne s'agit de rien moins que de l'avenir du système de santé dans son ensemble. Si avec les ARS, l'Etat semble reprendre la main, dans la pratique, les pouvoirs du DG ARS sont moins coercitifs qu'il n'y paraît. A cela se juxtapose la question de l'acte III de la décentralisation, par lequel il serait question de transférer les compétences de gestion des ESAT aux conseils généraux et de renforcer les prérogatives médico-sociales du département, ce qui est en totale contradiction avec le rapport Couty qui recommande au contraire plus de dirigisme de la part des ARS.

La mise en place des ARS constitue en l'état une réforme au milieu du gué. Bien qu'elle s'inscrive indubitablement dans une logique de recentralisation et de régulation forte du système de santé elle n'a pas stabilisé son organisation interne et reste cloisonnée par une logique d'enveloppes. Tous ces éléments induisent une réelle méfiance des acteurs de terrain à l'encontre de l'Agence et ont pour conséquence qu'elle se cherche encore.

Bibliographie

- G.Larcher, *Les missions de l'hôpital*, La Documentation française, avril 2008, 169p.
- Ministère de la Santé et des Sports, *« Hôpital, patients, santé, territoires » : une loi à la croisée de nombreuses attentes*, septembre 2009.
- D.Tabuteau, « *Des interrogations pour demain !* », Discours prononcé lors du congrès 2009 de la Société française de santé publique, 3 octobre 2009.
- E.Couty, C.Kouchner, A.Laude, D.Tabuteau (dir.), *La loi HPST, regards sur la réforme du système de santé*, Presses de l'EHESP, janvier 2010.
- *La loi HPST à l'hôpital, les clés pour comprendre*, ANAP, 2010, 162p.
- T. Petyst de Morcourt, *Loi HPST hôpital, patients, santé, territoires*, intervention au conseil supérieur de la FPH (s.d.), en ligne.
- C. Paul et J.-M. Rolland, *Rapport d'information sur la mise en application de la loi 2008-879 du 21 juillet 2009,* Assemblée nationale, n°3265, 30 mars 2011, 162p.
- *La mise en place des agences régionales de santé*, Rapport de la Cour des comptes sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale, chapitre VIII, septembre 2012, 29p.
- *Loi Bachelot Hôpital, Patients, Santé, Territoires*, IRDES, décembre 2012, 45p.
- J-M. Dubernard, *Rapport relatif à la politique de santé publique*, Assemblée nationale, n°1092, 2003.
- M. Fourcade, *« Comité d'évaluation de la réforme de la gouvernance des établissements publics de santé »*, juillet 2011.
- B. Buguet, A. Burstin, B. Deumie, *La mise en œuvre par les agences régionales de santé (ARS) des politiques de santé-environnement*, janvier 2012.

Liste des annexes

1) Recommandations

2) Méthodologie

3) Guide d'entretien

4) Entretiens retranscrits

Recommandations

Recommandations concernant le fonctionnement interne des ARS :

- Mettre le contrôle de gestion au cœur de l'ARS ;
- Mieux délimiter les compétences entre le siège et la DT ;
- Continuer l'audit des ARS via le processus STARS ;
- Mettre en commun tous les plannings des différents services afin d'améliorer le pilotage de l'ARS ;
- Accompagner davantage les personnels sur le plan des carrières et des formations ;
- Créer une agence nationale de santé afin de piloter de près les ARS ;
- Établir une cartographie dynamique des établissements avec les informations disponibles en ligne ;
- À moyen terme, faire de l'ARS la seule gestionnaire au niveau régional des différentes enveloppes hôpital, médicaments (50milliards de dépenses de plus que l'Allemagne) et libéraux.

Recommandations concernant la gestion des ressources humaines au sein des ARS :

- Mettre en place une mission nationale de pilotage spécifique, bipartite entre l'assurance maladie et les ministères concernés en vue d'harmoniser les statuts et les conditions de travail des quelques 9000 agents des ARS ;
- Harmoniser les statuts de personnels de droit privé par un rattachement conventionnel unique en privilégiant les conventions collectives applicables aux salariés du régime général ;
- Pour les fonctionnaires, poursuivre la politique ciblée de fusions de corps à niveaux de recrutement et de compétences comparables ;
- Créer un ou plusieurs statuts d'emploi attractifs qui pourrait prendre la forme de détachements sur contrat-types ou emplois fonctionnels appliqués le temps de l'exercice professionnel au sein de l'ARS ;
- Créer un ou plusieurs nouveaux corps de fonctionnaires dans lesquels seraient déversés les fonctionnaires des trois fonctions publiques affectées en ARS avec un droit d'option et/ou mise en place de garanties de rémunérations transitoires comme cela s'est fait dans d'autres administrations.

Recommandations concernant le décloisonnement des acteurs de santé :

- Rendre plus souple les modes de coopération existants ;
- Opérer une réorganisation par paliers de l'offre de soins sur le territoire, notamment en fusionnant, le cas échéant, les établissements de même taille avant de les intégrer aux structures ayant une taille critique plus importante ;
- Approfondir l'interfiliarité dès la formation initiale des professionnels, notamment par la création de partenariats entre les centres de formation et de modules d'enseignements communs ;
- Poursuivre l'objectif de décloisonnement tout au long de la formation continue des acteurs, en favorisant notamment les stages au sein des structures proches du futur lieu de travail.

Recommandations concernant la démocratie sanitaire :

- Recourir à la coercition pour imposer la coopération territoriale aux opérateurs et favoriser la démocratie sanitaire (instauration d'avis conformes des CRSA, liant les DGARS dans certains domaines, par exemple) ;
- Consacrer davantage de temps à la démocratie sanitaire ;
- Renforcer les liens entre les CRSA et les conseils régionaux ;
- Donner aux instances de démocratie sanitaire les moyens propres nécessaires à l'exercice de leurs missions (moyens humains propres en secrétariat et en rédacteurs, moyens logistiques propres et budget propre par dotation spécifique permettant les auto-saisines et l'organisation de débats publics) ;
- Structurer le dialogue avec les ARS notamment sur le suivi des avis ;
- Préciser les missions des CRSA sur l'évaluation et le suivi des PRS ;
- Etendre les missions des CRSA à l'ensemble des politiques de santé publique en régions ;
- Permettre aux membres des instances de démocratie sanitaire d'exercer au mieux leurs missions par des formations initiales et continues ;
- Revoir l'articulation entre les conférences de territoire et les CRSA, dans les régions où cette articulation nécessite d'être revue.

Méthodologie

Les résultats diffusés dans le présent mémoire ont été produits à travers la combinaison de deux approches complémentaires : une revue sommaire de la littérature relative à la loi dite « HPST » et à son impact sur la gouvernance du système de santé, et la conduite d'entretiens semi-directifs à visée exploratoire.

I. REVUE SOMMAIRE DE LA LITTERATURE

Cette phase de recherche documentaire nous a permis d'approfondir nos connaissances autour de la loi HPST, de commencer à identifier des axes de recherche privilégiés et d'élaborer notre guide d'entretien.
Elle s'est déroulée en deux étapes : la sélection et l'exploitation des documents.

La plupart des documents sur la base desquels nous avons travaillé, nous ont été fournis par notre animateur, en amont du module interprofessionnel.
Nous avons cependant eu recours à deux types de sources d'informations complémentaires, à savoir le service de documentation de l'EHESP et des sites web institutionnels.

La lecture des documents collectés a donné lieu à la rédaction de notes de synthèses, diffusées à l'ensemble des membres du groupe grâce à un service de stockage et de partage de fichiers en ligne (ce mode de gestion documentaire a été retenu pour l'intégralité du travail de groupe). Cette revue documentaire a servi à guider et à étayer notre réflexion, en amont et en aval de la phase d'enquête qualitative, dans une démarche itérative de va-et-vient entre la théorie et son application sur le terrain.

II. ENQUETE QUALITATIVE A VISEE EXPLORATOIRE

L'enquête qualitative, par entretiens de type exploratoire, a largement contribué à la production des résultats détaillés ci-après.
Elle a requis la préparation et la conduite des entretiens, puis l'analyse des données recueillies par leur biais et, pour terminer, un certain nombre de recherches et d'entretiens informels complémentaires.

Nous avons interviewé quatorze acteurs, provenant de différentes régions administratives et exerçant les fonctions suivantes :

- En sièges d'ARS : une directrice territoriale ; un responsable de service « alerte et sécurité sanitaire » ; un conseiller médical d'une direction de santé publique ; un conseiller sanitaire d'une zone de défense ; une président de commission « prévention » de CRSA ; un directeur de santé publique ; un directeur de l'offre de soins et d'accompagnement ; un permanent syndicaliste élu en comité d'agence ;
- En délégations territoriales d'ARS : un responsable de service « défense et sécurité sanitaire » ;
- En établissements sanitaire, social et médico-social publics : une coordinatrice générale des soins en CHU ; un directeur délégué d'un groupement d'établissements sociaux ; un secrétaire général d'établissement médico-social ;
- Dans le milieu associatif : un directeur d'IREPS ;
- Un enseignant-chercheur ayant exercé des responsabilités politiques dans le champ de la santé publique.

Dans une optique de diversification et de confrontation des logiques propres aux différents acteurs concernés par l'objet de la présente enquête, la population enquêtée a compris des individus aux fonctions et profils professionnels variés.

Toutefois, vu la très courte durée du MIP, l'entrée en contact avec dix des quatorze interviewés a été opérée suite à l'intermédiation de notre animateur. Seuls quatre entretiens ont eu lieu sur la base d'un accès direct, évitant certains biais.

L'élaboration du plan des entretiens a impliqué la conception d'un guide d'entretien, comptant dix questions. Il a été décidé de conduire des entretiens peu structurés, afin de favoriser l'expression des interviewés.
Les axes thématiques attendus étaient les suivants : l'organisation des ARS, le management de leurs ressources humaines, le décloisonnement du système de santé et la démocratie sanitaire.

Les entretiens, non rémunérés, ont été conduits sur le lieu de travail des interviewés. Leur contenu a été enregistré au moyen de *smartphones*, avec l'accord des interviewés, pour en permettre la retranscription intégrale.

Le cadre contractuel des entretiens a systématiquement été réaffirmé avec les interviewés, en début de rencontre, par le rappel des conditions de l'entretien, de son objectif et de son thème, ainsi que de son cadre (durée, anonymat, enregistrement sonore…).

L'analyse du contenu des entretiens a été conduite de façon thématique. Après la retranscription intégrale des entretiens, il a d'abord été question de lire l'ensemble du corpus. Cette lecture a permis l'identification des thèmes des entretiens et la construction d'une grille d'analyse, notamment avec les questionnements de départ. Il a ensuite fallu procéder au découpage des entretiens, en unités de signification de longueur variable, et classer ces unités dans les rubriques de la grille d'analyse *ad hoc*. Cette analyse de contenu s'est soldée par l'interprétation de la classification obtenue.

MODULE INTERPROFESSIONNEL 2013

Impacts de la loi HPST sur le système de santé

GUIDE D'ENTRETIEN

Nom de l'interviewé(e) : …… **Statut/fonction de l'interviewé(e) :** ……

Date de l'interview : ……

Souhaite que le mémoire lui soit transmis : ☐ oui ☐ non

Enregistrement sonore de l'entretien : ☐ oui ☐ non

1. **VOUS ET [NOM DE LA STRUCTURE] :**

   a. Quelles fonctions exercez-vous au sein de [nom de la structure] ?

   b. En quelques mots, pourriez-vous s'il vous plaît nous présenter votre parcours ?

   c. Comment décririez-vous la place de votre structure au sein du système de santé ?

   d. Selon vous, quelles sont les particularités du management en ARS ?

2. **VOTRE PERCEPTION DE L'IMPACT DE LA LOI HPST SUR LE SYSTEME DE SANTE :**

   a. Considérez-vous que la loi HPST a modifié l'organisation du système de santé ? Si oui, de quelle manière ?

   b. Estimez-vous que la loi HPST a tendu davantage à déconcentrer, à décentraliser ou, au contraire, à reconcentrer la gestion du système de santé ?

   c. Comment décririez-vous l'impact de la loi HPST sur l'articulation entre les champs sanitaire, social et médico-social ?

   d. La loi HPST a-t-elle favorisé la démocratie sanitaire ?

   e. Comment qualifieriez-vous les relations entre les ARS et les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux ?

Y a-t-il une question supplémentaire que vous auriez aimé que nous vous posions, en cette fin d'entretien ? Si oui, laquelle et qu'y auriez-vous répondu ?

REMERCIEMENTS

<u>Statut/fonction de l'interviewé(e) :</u> Directeur-coordinateur générale des soins

<u>Concernant les objectifs dont vous parlez dans le cadre de vos relations avec les différentes directions, s'inscrivent-ils dans le CPOM (contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens) ?</u>
Oui, oui bien sûr, ça s'impose à nous, c'est opposable et on doit répondre à ces objectifs là dans nos plans d'action à l'échelle des pôles dont on est responsable.

<u>Comment cela se passe-t-il au niveau de l'élaboration de ces contrats ? Est-ce que l'ARS oriente beaucoup les CPOM ou est-ce que c'est vraiment l'hôpital qui émet des propositions ensuite validées par l'ARS ?</u>
L'initiative majeure de l'établissement c'est d'élaborer son projet médical et le projet donc d'établissement et forcément il est construit sur la base des missions qui ont été définies au niveau de l'ARS mais aussi au niveau de la communauté médicale donc c'est un aller-retour en fait. Enfin...un aller-retour...c'est plus complexe que ça. Dans la démarche de construction du projet, on part en interne évidemment, d'une réflexion collective en interne partagée au niveau des instances mais on a une phase de validation à l'ARS, donc on ne peut pas le construire sans appréhender l'environnement externe notamment toutes les contraintes ou règlementaires, ou territoriales. Donc on est dans une interactivité quasi-permanente qui se manifeste de façon formelle effectivement dans le cadre du projet d'établissement, du CPOM et de toutes les démarches d'autorisation. Quand on décide par exemple d'ouvrir un service de réanimation ou un service d'unité de soins continus, forcément à différents moments de la démarche-projet, on va être en lien avec l'ARS. Au départ quand on fait les études de faisabilité par exemple, on les transmet dans le cadre du budget prévisionnel de l'année suivante en apportant des arguments pour justifier ce projet. A l'étape de la mise en œuvre on va avoir une visite de représentants de l'ARS qui vont venir voir si à partir de leurs grilles d'évaluation de la conformité on est bien en phase par rapport aux contraintes qui ont été posées pour l'ouverture d'un service par exemple.

<u>Dans le cadre de cette relation partenariale étroite, comment sont vécus les rapports entre l'hôpital et l'ARS ? Est-ce que vous les percevez plutôt comme des évaluateurs, des censeurs ou comme de vrais partenaires ?</u>
C'est difficile de répondre à votre question aussi clairement...parce que c'est plus subtil que ça en fait. Il y a des moments de négociation, de discussion et puis il y a des moments où la décision s'impose à nous. Dans ces cas là on n'est pas dans la négociation et les relations peuvent être tendues ou en tout cas pas forcément simples. Cela dépend des moments ou plutôt des dossiers que l'on est en train d'examiner. Globalement chacun a intérêt à ce que ça se passe bien...par contre il faut parfois des discussions arguments/contre-arguments. Par exemple dans notre établissement, le débat avec l'ARS a été clairement autour de la constitution d'une communauté de territoire. Le directeur général aujourd'hui n'est pas favorable et a défendu son point de vue auprès du directeur de l'ARS.

<u>L'ARS peut-elle obliger la constitution d'une CHT ?</u>
Elle peut inciter fortement. Par contre aujourd'hui le pouvoir de pression de l'ARS sur l'hôpital a quand même quelques limites. On voit bien ici par exemple que le directeur général n'a pas mis en place la CHT, parce qu'il n'est pas convaincu ou en tout cas ne souhaite pas rentrer dans le cadre qui a été imposé, ou du moins posé, et qu'il préfère travailler d'une autre manière. Je dirai qu'il impose son style. Il utilise ses arguments mais aussi son réseau pour faire ou ne pas faire.
Ce sujet de discussion reste donc un point qui n'est pas encore tranché, qui n'a pas abouti et sur lequel il n'y a pas convergence de points de vue.
Par contre, on peut donner d'autres exemples, j'ai là le dossier de visite de conformité de l'ouverture du CUR (Centre des Urgences) dans lequel l'ARS nous donne un avis plutôt favorable avec quelques points à améliorer, à réorganiser : là on va le faire, il n'y a pas de soucis. On est quand même dans une relation de subordination.

<u>Par rapport à la loi HPST, de façon plus globale, quel a été selon vous son impact sur l'organisation du système de santé ? En a-t-elle eu un ? Est-il plutôt positif, négatif ?</u>
C'est difficile de vous répondre de manière tranchée. C'est plus l'évolution de l'environnement qui fait qu'effectivement la loi HPST a enclenché des évolutions dans les organisations sûrement mais

aussi dans l'approche de complémentarité des structures hospitalières. En cela ça a changé car il y a eu finalement une obligation, une contrainte à partager, à communiquer, à échanger, à s'organiser ensemble – l'aboutissement ce sont les CHT – et à mieux structurer l'offre de soins pour une meilleure réponse à l'usager. On met bien en évidence – et en ce sens je crois que c'est positif – une limitation à l'autonomie des structures hospitalières qui a contraint à appréhender les interactions entre des structures hospitalières qui n'avaient pas l'habitude de partager des objectifs, des organisations par exemple et donc ça force à rationnaliser l'offre de soins.

Donc selon vous la loi HPST aurait décloisonné le système de santé ?
Oui et à l'intérieur des établissements, à l'hôpital c'est également une forte contrainte. Le fait d'engager cette gouvernance à l'échelle des pôles au sein des hôpitaux à amener forcément à ne pas considérer les unités de soins, qui constituaient une multiplicité de chapelles qui cohabitaient ou étaient juxtaposées avec des organisations en tuyaux d'orgues, comme l'unité de référence. Aujourd'hui on est contraint de faire évoluer la culture de soins à l'échelle d'un pôle donc à l'échelle d'une structure qui permet de mieux envisager les projets. C'est une contrainte pour s'organiser et envisager des projets beaucoup plus vastes, globaux, par rapport aux besoins de santé des patients et du coup pour apporter un meilleur service à la population. Mais ce n'est pas abouti, c'est perfectible : le modèle organisationnel a certes ça de positif mais on mesure bien que c'est sur plusieurs années que l'on pourra en mesurer vraiment tous les effets.

Comment a été vécue cette transition en interne ?
Elle est diversement perçue selon les catégories professionnelles et les métiers, et puis surtout selon la conception qu'ont les acteurs de leur propre métier, de leurs propres missions. C'est plus difficile apparemment pour les médecins que pour les personnels paramédicaux : je peux le dire en tout cas dans le sens où les paramédicaux ont été habitués dès leur formation initiale à travailler en équipe, le médecin, lui, est plus dans une relation duelle avec son patient et c'est difficile pour eux d'appréhender, sans résistance, chaque fois que l'on réorganise, cette approche plus globale.
Mais pour les soignants aujourd'hui la difficulté majeure c'est de faire le pont vers l'extérieur de l'hôpital, à l'image du pont entre les unités de soins. La démarche territoriale ne va pas de soi, on a lutté contre la culture hospitalière avec le savoir, la connaissance, le « chez-nous il y a tout, tout ce qu'il faut pour bien soigner un patient ». Aujourd'hui il faut en tout cas que les responsables, et nous, au niveau de la direction, on soit plutôt centrés sur l'ouverture de l'hôpital vers l'extérieur : permettre l'éducation thérapeutique pas seulement en hôpital mais à l'extérieur, permettre d'éviter des hospitalisations, limiter les hospitalisations, favoriser les prises en charge à domicile...C'est ça notre travail aujourd'hui alors qu'on était plutôt dans des démarches hospitalo-centristes auparavant. En ça c'est positif.

Tous les outils proposés par la loi HPST comme par exemple les CHT, vous semblent-t-ils des outils intéressants pour sortir en quelques sortes de l'hôpital, regarder un peu ailleurs ce que font les autres ? Comment l'hôpital voit ces coopérations potentiellement difficiles avec les autres établissements ?
Un des arguments qui fait que les gens finissent par adhérer c'est quand ils voient que tout le monde fait la même chose et qu'ils se rendent compte que cela coûte du temps quand chacun fait sa part et que l'autre doit refaire dans son coin.
Quand on parle par exemple du travail sur la qualité des soins, à l'échelle d'une région ou d'un territoire de santé, et que l'on voit qu'un hôpital a développé tel outil et que l'on peut le partager, on se rend compte qu'il y a un intérêt à agir ensemble. Donc dans ce sens on arrive relativement à convaincre les professionnels, même des médecins.
Un autre argument est quand ils voient face à eux l'usager, le patient, qui est mobile et qui nous invite à nous interroger sur notre attractivité en tant qu'établissement de santé de premier recours, de proximité. Quand on est un gros hôpital on valorise ou on a valorisé le plus possible le fait d'être un établissement de recours mais également un hôpital de proximité : on a tout un secteur de gériatrie dans lequel on trouve les patients âgés de la ville de Rennes, donc on doit apporter un service pour ces patients là aussi.

Selon vous, la loi HPST a plutôt déconcentré, décentralisé ou reconcentré la gestion du système de santé ?

On se rend compte qu'entre les principes qui ont été définis dans la loi et la manière dont on gouverne l'hôpital aujourd'hui, il y a un écart. On affiche une déconcentration mais on reste toujours dans un modèle très centralisateur donc on est dans une ambiguïté quasi-permanente sur beaucoup de décisions parce qu'on est face à des injonctions paradoxales.
La caractéristique majeure qui pourrait illustrer cela est que l'on a un budget qu'il faut absolument voter à l'équilibre. Ici on a été pendant plusieurs années sous contrat de retour à l'équilibre et dans ce cadre, il est difficile pour le directeur et l'équipe de direction de déléguer les décisions à des chefs de pôle ou à des cadres supérieurs alors qu'ils savent que le système et complexe et qu'il est difficile de garder le cap en permanence et d'obtenir le budget. Donc on est dans le paradoxe où on annonce des démarches de contrats de pôle où l'on donne une part de la décision aux responsables des pôles et où on leur donne finalement des marges de manœuvre très étroites soumises à des contraintes très fortes pour gouverner leurs pôles.

Ces contraintes qui émanent entre autre de l'ARS, comment l'hôpital les explique-t-il au personnel ?
C'est parfois difficile...pour le personnel mais aussi pour les organisations syndicales. Quand on essaie de mettre en place des réorganisations centrées par exemple sur le volet qualité et sécurité des soins, eux entendent surtout « restrictions »...moindre qualité en fait. S'il y a moins de monde, si on met moins de ressources humaines dans un dossier de réorganisation, ils ne voient que ça. On a du mal à échanger sur l'argument selon lequel le moindre coût n'est pas forcément synonyme de moindre qualité. Or c'est autour de ça qu'il faut être capable de débattre collectivement...mais souvent le raisonnement se place autour de l'idée qu'avoir moins de ressources implique une qualité moindre. Donc ça c'est difficile.

En regard de ces difficultés là, comment se passe la relation direction/ARS ?
Forcément on perçoit l'ARS comme une contrainte bien présente. Quand en même temps il faut mener des projets alors qu'on a des ressources limitées, une capacité d'investir elle-même limitée sachant que quand un budget est limité il est difficile d'investir, et qu'on a la pression du corps médical et des équipes qui, en tout cas dans un établissement comme le nôtre, veulent moderniser l'hôpital, suivre les évolutions techniques...c'est compliqué. Ici on fait des greffes cardiaques, des greffes hépatiques, tout ça dans un budget extrêmement contraint, c'est difficile au quotidien. Quand il faut discuter avec le DRH sur les ressources humaines mises en ligne pour des services comme ça, les médecins ont du mal à comprendre qu'on soit obligé de passer du temps à discuter.

Est-ce que vous pensez que c'est contraignant parce que le système est structuré pour être contraignant avec l'idée d'une tutelle de l'ARS et du DGARS qualifié de « préfet sanitaire », ou est-ce que c'est contraignant parce qu'on a des relations interpersonnelles qui font que parfois cela peut mal se passer ?

On a, indépendamment des qualités relationnelles des individus à ce niveau là, une contrainte permanente. Il faut être clair. Tout le monde a bien compris que le budget santé, de façon globale, il était et allait être de plus en plus contraint et qu'il fallait répondre aux objectifs nationaux ou régionaux en fonction du plan qui est défini. Donc je dirai que ça dépasse les relations individuelles mais c'est sûr que la personnalité d'un directeur peut être aidante ou non en fonction des projets.

Est-ce que vous pensez que dans certains cas on peut parler d'ingérence de l'ARS dans le fonctionnement de l'hôpital ?
Oui, c'est sûr. Bien sûr on peut en parler. On perçoit bien la pression, la pression permanente sur les différents projets stratégiques d'un établissement comme le nôtre, c'est évident. On est obligé de composer avec...avec sans doute une marge de manœuvre et d'autonomie. Le DG défend une autre idée de ce que représente l'appréhension de la demande de soins à l'échelle du territoire, avec une autre méthode. Dire si c'est lui qui a raison ou si c'est l'ARS qui a raison, on ne peut pas dire. On est dans un rapport de force qui fait qu'aujourd'hui certains projets avancent et d'autres pas. Si on compare au niveau de la région Bretagne, le CHU de Brest a engagé plusieurs rapprochements territoriaux très importants ; Rennes ne le fait pas mais fait autre chose. Donc c'est peut-être à l'échelle de 5 ou 10 ans que l'on pourra voir si les résultats sont là. Il est difficile de parler aujourd'hui en termes de réussite ou d'échec.

Comment percevez-vous, vous, l'impact de la loi HPST sur les articulations entre les différents champs : sanitaire/social et médico-social ?

Je pense qu'elle donne la possibilité de le faire en tout cas et, de mon point de vue, c'est un objectif qui est juste par rapport à la problématique de santé de la population. Les patients ne sont à l'hôpital que très peu de temps normalement et il doit y avoir des liens pour permettre la prise en charge de sa santé entre les différents domaines et donc, plus les acteurs sont liés, et se connaissent – parce qu'il faut partir de là – mieux ils apporteront une réponse en termes de services et de prestations au patient. Alors que quand on ne se connait pas, il y a un clivage et seul le patient voit parfois ces aberrations. Donc en ce sens, l'objectif fixé par la loi est très positif. Mais c'est un travail de fond lent...qui part de la formation parce que ces professionnels là ne se sont, pour la plupart, jamais rencontrés et travaillent les uns à côté des autres, sans vraiment se connaitre.

Y a-t-il des actions concrètes qui ont été mises en place pour ouvrir l'hôpital vers le médico-social et vers le social ?

A mon niveau aujourd'hui, j'ai engagé toute une démarche de rencontre de tous les acteurs du territoire au niveau de la prise en charge d'amont et d'aval de l'hôpital avec les services social de notre établissement.

Le point de départ pour moi a été la problématique d'engorgement des urgences à des moments de l'année, par exemple l'hiver, où l'on mettait en évidence que l'on avait des demandes d'hospitalisation de patients, souvent âgés, qui arrivaient en bout de course parce que la médecine libérale ne pouvait plus les prendre en charge, parce que les structures territoriales ne pouvaient plus les prendre en charge à domicile...Ainsi ils arrivaient à l'hôpital en situation toujours critique.

On ne remet pas en question le fait qu'ils arrivent à l'hôpital car la plupart du temps c'est fondé, c'est-à-dire qu'il y a un problème de santé à traiter...mais à traiter rapidement pour redonner au patient le plus vite possible son autonomie et lui permettre de ressortir. Quand ces patients entrent à l'hôpital, c'est tout un système qui se met en branle avec : recherche d'un lit dans un service, adapté à la pathologie or quand c'est quelqu'un d'âgé c'est souvent des polypathologies donc on ne trouve pas vraiment de services dans lequel il peut aller, médecine, chirurgie ? Et puis on a des médecins qui nous disent : « Ah non, ce n'est pas pour moi ». Donc il se passe du temps et parfois cela contribue à l'aggravation de la situation de santé. Et quand il est dans un service, il est pris en charge certes mais le bilan de l'autonomie fait qu'effectivement il ne va pas pouvoir ressortir tout de suite ou qu'on s'interroge : « peut-il ou non rentrer chez lui ». A partir de ces constats là, on met en évidence des hospitalisations qui, si elles sont justifiées, pertinentes, les premiers jours, deviennent problématiques, à la fois pour l'hôpital mais pour le patient surtout dès lors que la durée de séjour est longue. Et elle est longue parce qu'on ne sait plus que faire de lui, parce que le problème n'est plus un problème de santé mais un problème social...et à ce moment là, on est assez démunis : on a beau avoir des professionnels sociaux dans l'établissement, ils ont du mal à faire des liens entre le prescripteur, le médecin, et les structures d'aval.

Donc dans ce contexte là, j'ai été amenée à essayer de faire un état des lieux de l'offre à l'échelle du territoire et j'ai engagé des visites des différentes structures, même de l'HAD (hospitalisation à domicile). Et je me suis rendue compte que les professionnels de ces structures là étaient plutôt contents même s'ils avaient un peu peur au départ en voyant débarquer l'hôpital « Pourquoi ils viennent ? Que nous veulent-ils ? Qu'est-ce qu'ils vont nous demander ? ». Quand on leur explique notre démarche, pourquoi on vient les voir, ils sont très satisfaits qu'on porte attention à ce qu'ils font. Et parfois, ce qui est étrange c'est que ce sont des professionnels qui ont travaillé à l'hôpital pendant plusieurs années mais qu'on a oublié, ou qui en tout cas sont dans un autre monde.

L'observation que je me suis faite et la réponse que j'ai eue chaque fois que j'ai interrogé mes interlocuteurs, c'est la possibilité d'envoyer des cadres en stage dans ces structures. L'organisation d'un tel stage est vécue de manière très positive et, des échos que j'en ai depuis que ça a été mis en place, il y a une plus grande fluidité dans les sorties d'hôpital vers les structures car les cadres connaissant l'environnement, l'offre de soins, l'offre d'aide, facilitent le lien. Donc ça c'est un exemple réussi de ce qui peut être réalisé au service du patient et en dehors de l'établissement.

Un autre aspect de ma fonction, la problématique ressources humaines m'amène également à explorer là une porte de sortie pour des professionnels qui sont « fatigués » de travailler dans une structure hospitalière comme la notre qui est lourde, pesante au bout de quelques années. J'ai pu identifier que des professionnels qui ont pris leur retraite assez tôt dans l'établissement, c'était le

cas par exemple des mères de trois enfants qui pouvaient partir après 15 ans d'exercice, travaillaient dans ces structures là et y trouvaient un meilleur compromis entre leur métier et leur vie de famille ou leurs contraintes personnelles. Or ces structures, quand je leur en ai parlé, se disaient intéressées dans le fait d'avoir, venant d'un établissement comme le notre, des professionnels expérimentés, qui ont une maturité professionnelle pour aborder la prise en charge au domicile qui requiert parfois plus de sens des responsabilités et de sens de l'autonomie parce qu'il faut être en capacité de gérer seul des situations parfois difficiles. Alors qu'à l'hôpital il y a toujours quelqu'un qui peut venir aider, même quand on fait un arrêt cardiaque.

Pour aborder une autre thématique : pensez-vous que la loi HPST a favorisé la démocratie sanitaire ?

Je dirai que pour le moment, par rapport à la réalité de notre établissement, c'est encore très limité. Avant la loi HPST existaient quelques conseils de services qui ont été battu en brèche dans la nouvelle organisation. Aujourd'hui dans tous nos pôles il y a des staffs de pôle donc pluridisciplinaires mais qui restent très formels, très centrés sur les objectifs du pôle...ce qui est normal mais certaines questions de fond comme celle de l'intéressement par exemple ne sont pas abordées ou très peu.

Mais on ne ressent pas vraiment non plus les personnels comme porteurs de cela...Au-delà de leurs missions, j'ai l'impression que la réflexion collective est encore juste émergente. Pour qu'il y ait une démocratie, il faut qu'il y ait des organisations, des débats, animation et adhésion à projet. On sent encore que c'est du domaine de quelques initiés : les managers d'un pôle, les cadres...mais ça ne va vraiment pas au-delà : c'est encore prématuré. Il me semble que c'est une question de maturité collective.

Et en termes de prospectives, quelles sont selon vous les évolutions que connaitra notre système de santé ?

Quand on sera capable de partager des objectifs, comme on les porte sur l'hygiène hospitalière par exemple, où là ça commence à dépasser les frontières des structures. Quand on sera capable de communiquer sur des questions de sécurité, de gestion de risques, en dépassant les barrières structurelles...mais ce n'est pas quelque chose d'envisageable à court terme à mon avis. Quand j'ai commencé ma fonction de directeur des soins, dans les années 90's, on parlait beaucoup de fusions d'établissements, et je percevais bien alors l'intérêt d'avoir des passerelles sur des projets transversaux comme l'hygiène hospitalière...à ce moment là il y avait au mieux une infirmière hygiéniste dans les hôpitaux. On était alors préoccupé de voir comment partager ces ressources rares. Il s'agissait là de prospectives qu'aujourd'hui je vois réalisées donc quand j'entends votre question c'est un peu à ça que je pense. Aujourd'hui ce serait sur des problématiques de qualité, de sécurité des soins, d'identito-vigilance, communes à tous les établissements de santé, que l'on pourrait projeter des évolutions positives.

Par ailleurs, plus on sera capable de permettre la parole de l'usager, plus on aura avancé. Sa parole est aujourd'hui timide dans une structure comme la notre. On a effectivement la CRUQPC (commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge) mais j'espère, avant de partir en retraite pouvoir inviter les usagers au sein de l'instance que je préside (CSIRMT). Certains établissements le font déjà mais ils sont très peu nombreux. Le jour où l'on sera prêt à accueillir, sans en avoir peur – car on voit bien que les soignants ont peur de cette confrontation avec l'usager – on avancera dans une prise en charge vraiment adaptée et optimale pour le patient.

Y a-t-il une question que l'on ne vous a pas posée et à laquelle vous aimeriez répondre ?

Non, pas spécialement mais pour revenir aux relations avec l'ARS, on peut dire que ce sont des relations qu'il faut encore faire grandir. Ce ne sont pas des relations partenaires en tout cas... C'est parfois enfants/parents, parfois une relation de tutelle...Ce ne sont clairement pas des relations qui s'inscrivent dans un partenariat. Ce sont encore des rapports de subordination, de « je te tiens/tu me tiens ». Et si on arrive à communiquer sur des dossiers simples mais qui sont peut-être de moindre importance, sur d'autres on est dans des rapports de force, des jeux de pouvoir.

<u>Statut/fonction de l'interviewé(e) :</u> Permanent syndicat CGT / IPASS

<u>Comment vous décrivez la place de l'ARS dans le système de santé ?</u>

Elle s'inscrit dans une histoire et dans une structure. La structure générale, c'est l'Assurance Maladie dont à l'époque, on va dire dans les années 80, on sait que la dépense principale, c'est l'hôpital. L'histoire, c'est une organisation du système de santé calé sur une distinction entre la gestion du risque, un barbarisme que c'est le côté assurance de l'Assurance Maladie, encaissement et gestion des cotisations, on gère le risque des assurés. Dans la philosophie de départ, on est dans une logique démocratique et de l'autre côté, on a l'organisation des soins : où implante t-on tel ou tel établissement, quelle politique devons nous mené… ça c'est l'Etat. D'un côté y a la Sécurité Sociale et de l'autre y a l'Etat. La Sécurité Sociale, c'est le risque. L'Etat, c'est l'organisation des soins. Ces deux mondes ne se confondent pas. Ils ont une relation, plus ou moins simple, parfois frictionnel, puisque d'un côté – pour le dire grossièrement – on a les sous et de l'autre, on a les projets de dépenses des sous. Et on met en relation ceux qui ont en besoin, la planification de ce qui est nécessaire et puis on bute sur « oui mais il y a tant dans la caisse ». Il faut donc établir une gestion en établissant des priorités. Et ainsi, il y a un schéma qui se forme au niveau régional, national. C'est une question d'équilibre mais il ne faut surtout pas confondre les deux. Si jamais celui qui a l'argent est celui qui observe, il est évident qu'il ne verra que ce qu'il peut payer. C'est un élément fondamental de l'organisation. Mais en même temps et c'est là que la bascule a eu lieu, il y avait à réorganiser le système de soins, en tout cas à le faire évoluer… il y avait la question du paiement à l'acte considérable… et d'ailleurs personne ne s'y colle. On nous fait tout un cinéma mais HPST, c'est un point clé car derrière on déroule toute la relation du patient au médecin, toute la philosophie professionnelle y compris du médecin… Ils sont tellement corpo qu'ils sont encore dressés face à la personne qui osera touchée à l'acte. Tant que l'on n'aura pas mis cela sur la table, on ne parlera qu'en partie du sujet. Les exigences économiques devenant une règle, à partir de Thatcher-Reagan, dans les années 80-90, de plus en plus fortes pour le système public mettait en cause la question de l'hôpital. Ce n'est pas l'hôpital en tant que telle, les marchés financiers s'en contrefichent de l'hôpital, eux ce qu'ils veulent c'est de l'argent. Ils se trouvent que là il y a des mannes financières très importantes qui sont dans le champ du public. Donc le marché se dit « Quel drôle d'idée, laissez nous activer cette affaire là, on le fera encore mieux que les gens du public, les gens du public ne savent pas gérer ». Sous la pression des marchés financiers, l'Etat se fait étriqué. On lui reproche d'avoir trop de surface dans l'activité collective. Bien entendu, quand on sait que la Sécurité Sociale, dans toutes ses branches, c'est plus que le budget de l'Etat. Pas besoin de faire un dessin, les gars qui sortent des écoles de commerce ont le dogme du marché et la main invisible du marché comme disait l'autre ne supporte pas une chose pareille. Ils ont des tas d'idées sur cet argent là. Puisque l'argent de la Sécurité Sociale, quand il arrive à l'ACOSS, le place à la CDC, la Caisse des Dépôts et des Consignations et pas en Bourse. Vous imaginez une masse financière supérieure au budget de l'Etat qui pourrait venir en Bourse. Mais cela ferait le bonheur total de nos amis du CAC 40. C'est la raison pour laquelle la France a dit « non, cet argent ne s'en va pas » et que l'on a distingué les banques de dépôts et les banques d'affaires à l'époque du conseil national de la résistance. Je vous encourage à relire les quelques pages de ce programme qui vous donne toutes les clés d'une société capitaliste, on ne fait pas la révolution, mais régulée. Depuis, on n'a pas cessée de déréguler ce système. Donc on arrive à un moment donné où vous voyez toute la mécanique… qui amène à mettre en cause l'hôpital. Et c'est-à-dire pour moi prendre la question de la prise en charge des soins de la population par le petit bout de la languette, qui est pourtant considérable, celui de l'argent dépensé. C'est se tromper. On n'est pas dans le besoin des populations, on n'est pas dans la dynamique générale coordonnée, si je pense à l'implantation des médecins, paiement à l'acte, maison de santé… on n'est pas là dedans. Ce la vient après. Mais le cœur de l'affaire c'est « restreindre l'hôpital ». Et c'est aussi parce qu'on ne savait pas comment réguler l'hôpital dans lequel le pouvoir des uns et des autres étaient très fort et calé des systèmes

qui étaient en opposition et qui n'arrivaient pas à se mettre en dynamique. Quelle était la vision des énarques qui sont arrivés dans ces années 80's, la génération Rocard… je l'ai entendu de mes propres oreilles « Comme on ne sait pas comment reprendre la main sur l'hôpital, c'est trop compliqué, on ferme le robinet et puis ils se réorganiseront tout seuls » C'était leur idée il y a 30 ans. Ils nous avouaient donc qu'ils ne comprenaient pas le mécanisme, qu'ils ne pouvaient pas agir tellement les organisations internes sont stabilisées, en équilibre, un équilibre dont on pourrait tout de même espérer autre chose. Le système est donc de fermer le robinet.

Vous êtes tout de même en accord avec une autorité de régulation … vous parlez beaucoup des hôpitaux … de par les disparités entre régions, il fallait une autorité qui s'occupe de l'adéquation entre l'offre et la dépense réelle des hôpitaux.

Si vous voulez m'emmenez du côté du benchmarking, non. (Rires) Qu'est que cela signifie ? Lorsque l'on commence à l'époque, bien avant la T2A, le PMSI, qui est le père ou la mère cachée de la T2A… Pour ma part je trouve cela très bien le PMSI car je suis un rationnel, j'ai une formation juridique d'origine et cela me plaisait. Jusqu'au jour où j'ai compris que c'était un outil, que j'ai vu qui était derrière : les grandes compagnies d'assurance nord-américaines. Ce sont elles qui se sont battues pour la normalisation des actes, mais c'était tentant. Même je reconnais qu'avant d'avoir compris la logique de fond de leur affaire, j'ai été séduit par la forme. La même chose c'est produite pour le médico-social et la question du handicap international avec ce que l'on a appelé la classification de Wood. Au bout du compte, pour aller vite, cela a amené aux droits de la personne handicapée. Les grandes sociétés d'assurance nord-américaines n'ont eu de cesse que de faire capoter cette classification internationale du handicap dite de Wood au profit d'une entrée par l'individu. Chacun ayant un profil unique, tout le monde sera d'accord pour le dire ceci dit, et donc on va décrire ce qu'il vous manque et on va le compenser. La philosophie de la compensation. Et lorsque l'on aura compensé la personne, la société aura remplie son rôle vis-à-vis de la personne. Quelle est la philosophie derrière ça ? C'est démembré la philosophie cohérente qui emmène à un droit reconnu et universel pour tous, au profit d'une approche individuelle, celle de l'équité, si on est plus comme si, si on est moins comme ça, on a un droit spécial. Et tous ces sous-droits peuvent permettre à une compagnie d'assurance d'offrir une prise en charge de ce sous-ensemble. Si je suis dans un système qui classifie et qui donne des droits à la personne handicapée, moi assurance je ne peux rien faire. Je n'ai rien à vendre. Il faut que je démembre un bout du système pour vendre un segment de marché. Vous obtenez le même résultat à partir du moment où vous avez des déremboursements de la Sécurité Sociale, qui bascule ces déremboursements vers les mutuelles. Les mutuelles dont vous avez bien sûr observé qu'elles n'en sont plus puisqu'elles nous offrent des options et qu'ainsi on va pouvoir acheter notre couverture sociale qui ne sera pas égale à celle du voisin. On est dans le système de l'équité : j'ai les moyens ou pas et non plus dans l'égalité, quel que soit les moyens les mêmes droits.

On a donc la pression cette pression des marchés financiers sur les Etats, sur les systèmes collectifs qui amènent jusqu'à la pression sur l'hôpital mais on reprochait au ministère de la Santé de ne pas être capable de bien fermer le robinet. Des déficits, toujours des déficits, qu'est ce que c'était que ce truc là ? Alors, on a crée les ARH, la philosophie c'est Juppé en 1995 qui consistait à dire « nous allons distinguer l'étude des besoins, la planification qui se faisait dans certains services de la DRASS; de l'allocation de ressources qui faisaient aussi dans les DRASS. Il y avait une véritable bataille parfois au sein des DRASS. Et à l'articulation des deux, il y avait une décision d'allocation financière qui quand même était insuffisante vis-à-vis de la reconnaissance des besoins. On n'entrait pas par l'argent, c'était un recroisement des deux. En faisant les ARH, on laissait à la DRASS l'observation, la planification, l'étude des besoins, la statistique, les épidémiologies… tout ce qui sera l'arsenal des besoins de la finance qui venait dans les ARH. Les ARH étaient dans une logique de Bercy alors que les DRASS restaient dans une logique des affaires sociales. Qu'est ce que cela a donné ? Que les DRASS perdaient le nerf de la guerre et qu'elles produisaient quand

même de l'analyse, mais la dominante devenait la logique financière. Et l'ARH, sa philosophie c'est ça. L'ARS, ce n'est rien d'autre que l'ARH avec en plus le médico-social. C'est-à-dire qu'un système dont on peut dire qu'il n'est pas complètement imbécile, dont l'objectif est de réguler le système de santé, mais la manière de le faire est d'une manière orientée purement financière. Plutôt que faire les ARS, il fallait que ce que sont les ARS soient fait par l'Etat.

Vous dites que l'idée général est bonne car elle contribue à fluidifier la relation avec l'ensemble des acteurs… hospitaliers, comme médico-sociaux comme les réseaux de soins… l'utilisation de la loi est quelque peu perfide.

Il y a ici l'impression d'un démembrement de l'Etat puisque c'est sous la pression des marchés financiers que tout cela se met en place. On pouvait parfaitement dans une logique étatique avoir cette approche et on aurait été bien plus prudent que les ARS ne le sont dans leur rapport trouble entre gestion des risques et organisation des soins. Parce que dans les ARS qu'est ce que l'on voit ? On voit une très forte pression de la logique d'assurance maladie. 80% d'agents de l'Etat, 20% d'agents de l'Assurance Maladie. Regardez la composition des équipes de direction, ce n'est pas l'Etat qui domine et ce n'est pas par hasard. Ca pouvait se faire dans l'Etat, dans DDASS, et des DRASS, revues, élargies, plus aptes encore à faire le boulot. Quand en 1964 on crée les DDASS, qui étaient auparavant les bureaux de préfecture, c'est que la logique dans laquelle on crée les DDASS était celle de préfet qui se disaient « ce truc, ça devient trop compliqué, je veux me séparer des bureaux des populations». Ca devient des services autonomes en lien avec le ministère de la Santé. Si on crée les DRASS en 1977, on crée les DDASS car la question sanitaire et sociale est suffisamment importante pour qu'elle ait son autonomie de fonctionnement, de déroulement et d'analyse. L'Etat qui est un mille pattes, crée une mille et unième patte, après y a eu l'Ecologie… Chaque ministère renvoie à un souci que l'on a considéré à un moment comme collectif et là on crée un ministère. La santé était lue par un préfet comme la sécurité sanitaire, les épidémies, les choses comme cela. Donc souvent la santé est alors un sous-ensemble de l'ordre public. Et là il devient d'un seul coup quelque chose d'autonome, qui n'est pas dans le sous-ensemble et dans la logique de la vocation du ministère de l'Intérieur, de l'ordre public, policier ou sanitaire mais une logique de protection des populations. C'est de la compétence d'un nouveau ministère, le ministère des affaires sanitaires et sociales. Et ben aujourd'hui, nous regardons la bascule des choses, ce qui domine dans une ARS, ce qui domine c'est le fric. Tout le reste ce sont des habillages de maux. Peut-être même avec des intentions honnêtes pour certaines personnes. Vous discuterez avec les médecins, ils ne se sont jamais jeté les ARS. Comme ça ne fait que 3 ans que je les connais, ils me disent tu avais raison. Je ne suis pas devin mais vous manquez singulièrement de culture mes amis. Vous n'avez pas vu que la route en face de vous elle vous emmenez dans un trou. On discute souvent avec les médecins, on s'apprécie réciproquement, ça va. Mais n'empêche que la logique de l'ARS est une logique qui renvoie à celle de la finance, habillée quand même car le sujet c'est celui de la protection des populations mais on n'est pas dans la protection des populations, on est dans la gestion financière. On aurait dû laisser cela à l'Eta, quitte à évoluer, à réécrire et à refaire et on aurait eu au bout la question de l'hôpital, ça c'est sûr.

Quel ressenti des acteurs quant à la création des ARS ?

Tout le monde était d'accord et l'a toujours été pour faire évoluer les systèmes et leurs organisations. Il me suffira de vous rappeler 1964 la création des DDASS, 1977 la création des DRASS, la décentralisation de 1982-1983, celle de Raffarin, on n'a pas cessé de bouger. Ceux qui disent que l'Etat est immobile sont des ignorants ou des malintentionnés. Nous n'avons jamais cessé de nous adapter à des organisations qui évoluaient en fonction de l'évolution de la société. Il n'y avait pas *a priori* d'opposition à une évolution, raison pour laquelle cela se fait. On a vu le monde hospitalier manifester sur la question du pouvoir dans l'hôpital. Nous l'analyse que l'on a fait, c'est que transformer l'autorité de l'Etat qui était celle des DRAS, des DDASS et du ministre ;

dans une logique de préfet sanitaire nommé en conseil des ministres directement. C'est quand même ça, l'outil n'est pas neutre. C'est une autre entrée qui montre le caractère autoritaire des ARS. On peut également débarquer les directeurs d'hôpital à chaque instant. On sait ce que c'est l'autoritarisme, c'est que l'on a l'intention de prendre des mesures qui ne vont pas être très populaires et très appréciées. Alors cela a emmené, dans notre ministère, les généralistes c'est-à-dire tout ce qui sont des administratifs par rapport aux techniques que ce soit santé-environnement, que ce soit les médecins, les pharmaciens… les généralistes se sont distingués en trois catégories grosso modo : 1. Ceux qui partageaient le projet d'HPST. Là on retrouve le clivage syndical de tout à l'heure, c'est la CFDT. Et on comprend pourquoi puisque historiquement la CFDT est pour l'équité. Un projet qui descend au niveau d'un territoire, un projet qui fait la confusion entre public-privé et qui recroise Sécurité Sociale et Etat, ça leur va très bien. On avait ce courant de pensée, non-étatiste, qui était favorable à HSPT.2. De l'autre côté, on avait les étatistes comme moi. Cette organisation est contraire à l'objectif visé 3. Et puis, un nombre plus important, au milieu, qui ne savaient pas trop. Dans lequel on trouvait ce que l'on d'habitude d'appeler les corporatistes. Par un manque de culture et par une insuffisance de pensée, certaines corporations et syndicats se sont dit on à quelque que chose à tirer de cette réforme. En termes de statut, en termes de rémunérations, en termes de déroulement de carrière, de reconnaissance… Il y a aussi un espèce de réalisme. On regarde également l'intérêt des travailleurs. Pour certains, on a constaté un accompagnement actif de la réforme comme d'une certaine manière les médecins qui ont été un peu comme cela, pour d'autres une résistance silencieuse mais pas active du tout, les pharmaciens. Ou encore on a les santé-environnement qui avaient comme priorité de rester ensemble quelque soit leur lieu d'affectation. Chacun a joué en quelque sorte sa partie. Et là où le mouvement de réaction aux ARS est apparu, ça a été dans la pratique de la relation avec les agents.
Le côté autoritariste ne s'appliquait pas uniquement à l'extérieur mais également en interne, à l'intérieur des services.

Quelles sont les particularités du mangement en ARS ?
C'est un management… d'abord c'est un mot qui n'existait pas. Nous avions des services du personnel, nous voilà maintenant avec des ressources humaines comme si l'humain était une ressource, comme le métal, l'uranium. Je pense qu'il faut une gestion humaine des ressources et non pas des ressources humaines. Les humains ne sont pas des ressources.

Comment est vécu l'interfiliarité entre les gens de l'Assurance Maladie et les gens de l'Etat ? Comment se passe la mayonnaise ?
Très mal. L'œuf est d'un côté et l'huile de l'autre. Ca se passe très mal. Pourquoi ? C'est tout con. Quel est le mode de promotion à la Sécurité Sociale ? Un poste de niveau supérieur se libère, moi je suis d'un niveau inférieur, je vais voir l'autorité de nomination « je me sens capable d'obtenir ce poste ». Vous prenez le poste si la direction le souhaite, là aussi c'est une question de relationnel. Y'a tout une logique ici de la Sécurité Sociale, c'est l'histoire de la Sécurité Sociale en quelque sorte à travers la cogestion et le paritarisme. Les directeurs de caisses étaient issus des syndicats. C'est le plus le cas, y a l'Ecole. Y'a des familles entière à la Sécu. Sur trois générations, le même nom, vous pouvez regarder, on entre comme ça. Vous êtes le fils de machin « ah vous êtes le fils de machin ! », on entre comme ça. Ca choque personne, ça ne me choque pas. Ca fait déjà une ambiance sacrément intégratrice. Malheur au vilain petit canard. Parce que dans un système pareil il faut toujours un mauvais élément, objet qui va concentré tout le malheur de tout le monde.
Cette manière de fonctionner est totalement opposé au modèle statutaire fonction publique, qui se cale complètement sur les droits comme je l'ai dit tout à l'heure et particulièrement sur le droit à la carrière.
Et bien on les met côte à côte. Celui qui est d'un rang inférieur à droit au grade supérieur s'il fait l'affaire. Pour nous Etat pas du tout. Si on veut changer de grade ou de corps, on a le concours avec

très peu de places ouvertes, faut en baver. Il faut donc travailler, c'est difficile, peut-être faudra t-il partir s'il n'y a pas de poste disponible quand le bonheur se produit de réussir le concours. On laisse tomber le bénéfice du concours? On part ? Eux pas du tout, sous le nez des gens qui sont là depuis 15 ans, ils sont au taquet de leur grade, ils voient des jeunes de la Sécu aller au niveau supérieur et comme ils ne sont pas bêtes du tout, ils retournent dans les caisses faire leur carrière car il y a plus de possibilités qu'en ARS. Et les gens de l'Etat sont complètement démoralisés devant cela, quelque soit le grade… Et vous voulez faire une mayonnaise ?

L'Etat va peut-être décider d'imposer ce système du statut unique…
Mais pourquoi voulez-vous que je dresse la corde qui va m'étrangler ? C'est d'abord une question de position personnelle et pédagogique.
Le principe même des ARS et d'HSPT crée de la souffrance. La souffrance, ce sont des désabusements, ce que j'ai cité tout à l'heure, ce sera des choses de ce type qui reviendront sans cesse. Cela se mesure à quoi la souffrance ? Aux arrêts de travail, il vaut mieux aller interroger l'assistance sociale du personnel. Sauf à Toulon où un collègue a lu sa messagerie, a ouvert sa fenêtre et a sauté. Ca s'est passé un 26 décembre… L'humain est compliqué, bien sûr qu'il n'y a pas que le boulot. Mais même si c'est la goutte d'eau qui a fait déborder le vase, la direction en porte toute la responsabilité.

Pensez-vous que la loi HPST a modifié l'organisation du système de santé ?
Je ne sais pas. Je ne mesure pas. Je ne suis pas en situation de mesurer.

Estimez-vous que la loi HPST a tendu à déconcentrer, à décentraliser ou au contraire à reconcentrer la gestion du système de santé ?
C'est vaste. Vous avez oublié recentraliser!!! On est bien d'accord qu'il ya deux manière de traiter une organisation collective : la centralisation et la décentralisation. La déconcentration est un sous ensemble de la centralisation. Dans ce cadre là, les ARS ne sont pas de la décentralisation. On a un problème, ce n'est quand même pas une structure de l'Etat, c'est une agence. Ce n'est même pas une agence, c'est 22 agences puisqu'il n y'a pas d'instance de régulation nationale des agences entre elles.

Est-ce que cela manque une telle agence nationale ?
C'est un débat. Moi personnellement ma réponse est tout autre puisque je dis non aux agences, c'est-à-dire réintégration avec plein effet dans le ministère. Sauf que vous êtes emmerdés car vous avez encore 20% d'agents de la Sécurité Sociale. Alors vous en faites quoi ? Ce n'est pas nous qui avons monté l'usine à gaz, la mayonnaise. Ca ne marche plus. Est-ce de la décentralisation ? Non. C'est un système bancal d'agence. C'est une odeur anglo-saxonne qui aime ça. Les marchés aiment. Que les anglo-saxons fassent des agences, c'est logique, j'ai rien contre. C'est leur affaire. Pour les agences de notation, qui s'en foutent de l'histoire de France, une agence ça leur va. Nous nous voyons bien que cet objet juridique qui n'a pas de nom, les ARS sont des organisations juridiques qui ont beaucoup de mal à se nommer juridiquement. Y'a les EPIC, les EPA puis les RS. Sui generis comme on dit en droit. Selon sa propre histoire.
Pour moi, le DGARS, c'est un préfet sanitaire. On est dans une logique de centralisation autoritaire. Nous étions plus dans la discussion avec les établissements de soins auparavant qu'aujourd'hui. Alors que l'on nous bassine sur les relations territoriales, sur les conférences de territoire, sur la démocratie sanitaire…

Quelle articulation entre ARS et DT ARS ?
En mettant en place les ARS, vous êtes à peu près sûr que les départements, c'est fini. Avoir des contradictions entre les départements que l'on doit régler au niveau de la région, c'est difficile mais

c'est ça aussi notre boulot. Entendre, écouter, pas nous approprier un pouvoir central pour matraquer. On est au service des populations et les DDASS, on avait cette problématique avec les DDASS, sont des relais de la population. A partir du moment où vous mettez en place les ARS, vous allez forcément dépouiller les départements puisque la décision d'allocation de ressources se prend au niveau de la région. Qu'est ce que les départements ont à discuter avec les établissements ? De l'accès aux handicapés, de l'égalité homme-femme… faire des réunions avec les usagers s'ils veulent mais la décision est prise à l'ARS. On a donc recentralisé au niveau de la région dans une logique d'Etat. Mais dans une logique d'un Etat qui ne protège pas les populations fragiles mais dans la logique d'un Etat Bercy. Sur les DT, je souhaiterais que l'on retrouve les logiques des DDASS. Pourquoi? Mais le département n'a pas été inventé pas hasard par un bureaucrate vers 1790. C'était l'échelon de proximité le plus raisonnable en terme de taille, qui permet d'appréhender les problématiques d'une population sur un territoire. Les bassins d'emploi, les communautés de communes, les agglomérations, ce sont des évolutions… A travers, les départements, nous avec ici la question de l'égalité républicaine. C'est ça qui fait la particularité et l'exemplarité au niveau mondial de la France. Bien que la France ne soit pas exemplaire.

Comment décririez-vous l'impact de la loi HPST sur l'articulation entre les champs sanitaire, social et médico-social ?

Je ne peux que dire que la rupture sanitaire et sociale est une ânerie. Elle témoigne du démantèlement du ministère des affaires sociales. Pourquoi ? Une entrée sur deux à l'hôpital est d'origine sociale. Quand Simone Veil crée ce qu'elle a elle-même appelé le grand ministère Santé, social et travail. Il y a ici la cohérence des trois pieds d'une même personne, la personne humaine. Si je tombe malade, je vais rapidement avoir un problème de travail. Et derrière un problème social. Si j'ai un problème social, je risque bien d'avoir derrière un problème de travail. Et peut-être je vais tomber malade. Le triptyque santé, social, travail est le ministère de l'humain. Nous avions en France un ministère de l'humain. Ce qui est formidable d'un point de la réflexion intelligente. Donc rompre la santé et le social ne tient pas. Cela dit tout le monde était d'accord. Même au moment du vote de la loi. Tout le monde savait que ça n'allait pas marché. Ils en sont réduits aujourd'hui a passé des marchés, des conventions. On ne sait pas faire du lien.

La loi HPST a-t-elle favorisé la « démocratie sanitaire » ?

Sur la forme oui, sur le fond non. Réunions, réunions, réunions. Alors là, vous en avez à tous les niveaux, à toutes les heures, c'est quelque chose de très formel. Sur le fond, c'est le préfet sanitaire. Quand vous avez un Programme Régional de Santé qui est annoncé, tout ce qui a discuté au cours des nombreuses réunions, assez tard le soir… on fait venir la télé : « regardez notre programme de santé ». Et là on filme, formidable. Sauf que ce n'est pas le PRS. C'est le listage de ce que toutes les conférences de territoire ont pu donné. Qui va mettre en œuvre ? C'est qui ? Sera le DG ARS. Et il va le faire en fonction de quoi ? Du pognon dont il dispose. Il n'a pas l'argent pour payer tout cela. Donc c'est lui qui va le faire le PRS. Mais, à la télé, le DG présentera toute la liste, « il faudra ceci, il faudra faire cela, il n'est pas normal que, j'entends bien que… », on sait très bien le faire nous même. Mais nous Etat on n'a jamais fait un truc pareil. Parce que l'on ne fait pas de la politique, on ne fait pas du cinéma. Et derrière, la véritable décision de qu'est ce que l'on va payer, c'est un petit groupe tout seul qui décide. Vous allez me parler de démocratie ? Et ben non… D'ailleurs, au passage, les gens de la télé m'ont appelé, en me disant « c'est formidable, ça change de l'Etat ». Mais je leur ai dit « oui mais attendez mes cocos, au fond, on vous aurait pas enfariné comme cela. Faites gaffe ».

Y a-t-il une question supplémentaire que vous auriez aimé que nous vous posions, en cette fin d'entretien ? Si oui, laquelle et qu'y auriez-vous répondu ?

Non, je crois que notre échange est assez riche.… Pour compléter, il me semble nécessaire de parler de la place des conseillers techniques en ARS. La logique Bercy, elle n'a pas besoin de l'aspect technique des choses. Son entrée univoque par « Combien ça coûte ? » lui suffit. Vous allez demander aux médecins s'ils se sentent utiles dans une ARS. Ils vous répondront « Ils ne nous écoutent pas ». Parce que les zozos qui décident là haut, une demi-douzaine qui sont de l'Assurance-Maladie sauf peut-être un, d'abord ne connaissent pas le sujet, ne souhaitent pas le connaître, ont leurs propres fonctions et critères d'efficacité. Les médecins inspecteurs de santé publique, labélisés EHESP, qui constituaient dans les DRASS un service en tant que tel, c'est-à-dire l'IRS, Inspection Régional de la Santé… qui était composé de MISP, avec un médecin inspecteur général et un médecin inspecteur régional… Il y avait des grades. Le MIR était plus payé qu'un DRASS. Le premier payé dans une DRASS, ce n'était pas le DRASS. Si MIR avait la bouteille qu'il fallait. Mais en fin de carrière, la grille des MIR était supérieure à celle des DRASS. C'est un poids lourd aujourd'hui. L'IRS n'existe plus. Ils sont affectés auprès de tel ou tel chef de service. Ils sont devenus des conseillers techniques de rien du tout… Il n'y aura pas de révolte, on est sous le niveau de la mer. Ils peuvent se le permettre.

Comment peut-on imaginer que l'on va diriger une région sans qu'il y ait une autorité médicale, sans les gens en soins infirmiers, sans que les conseillers techniques en travail social soit des gens qui pèsent leur poids c'est-à-dire des vrais techniciens. Comment peut-on imaginer cela ? Et ben eux ils l'ont imaginé. Moi je suis encore stupéfait qu'en si peu de temps, en trois ans, on ait flingué autant de qualité, de compétences, d'histoire, d'expériences, de culture… Ils n'en n'ont rien a ciré. Ce sont des grands gosses. Ils s'amusent avec le pouvoir. Qui les contrôle ? Personne. Et les établissements ne peuvent même plus téléphoner. C'est par message. Par des gens qui sont quoi ? Qui sont de mon grade et qui jouent à ce jeu là. Moi je suis inspecteur principal. On va plus voir un inspecteur principal comme auparavant. Ce sont des manières de maltraitance vis-à-vis des usagers, des directeurs d'établissements, des gestionnaires qui sont sur le terrain avec leur 300 000 euros au lieu de 500 000. Pour quoi faire ? Efficience. Le technique, n'oubliez pas pour quoi faire ? Efficience. Le technique, n'oubliez pas d'en parler. L'administratif doit être conscient de ses responsabilités, de son rôle et doit rester humble. Ce n'est que quelqu'un qui met en ordre les choses. Il entend la souffrance des gens, il entend les contraintes techniques des professionnels et lui, il le traduit en dispositif administratifs. Il faut avoir cette intelligence là de savoir que nous ne sommes rien. Je donne toujours l'exemple du cornaque sur l'éléphant. L'administratif n'est pas l'éléphant. Il faut que l'on connaisse la bête et qu'on la défende. Et quand Bercy arrive en disant « Ton éléphant est trop gros ». Ben essaies de le faire maigrir et puis un jour, tu verras il sera mort. Si tu veux que ton éléphant soit une chèvre, c'est restreindre. Et y'a l'autre qui continue à dire « tu coûtes trop cher. » Et là les techniques, le cornaque DG ARS en a rien à taper car il ne lui amène que des sujets sur lesquels il ne peut pas transiger. Alors, il les ignore. Ca lui sert à quoi de savoir que les prisonniers sont mal soignés, que les étrangers sont mal soignés… « Ben c'est la question de la préfecture, l'AME… ». Pas de problème! On n'a démembré la prise en charge cohérente et globale de l'humain, sous tous ses aspects, au profit de sous-ensembles de responsabilité. C'est terrible ce que je vous dis là, lisez vraiment Roland Gori. C'est terrible car la fragmentation de la société, la fragmentation des dispositifs collectifs comme ceux que l'on a là renvoie à l'ignorance dans laquelle chacun des sous ensemble, qui concourt au résultat final global, ignore ce résultat. Il n'est responsable de rien, tout au plus de son petit sous-ensemble. Moi j'ai juste construit les fours mais je ne sais pas ce qu'ils allaient faire cuire. Moi, j'ai fait la cheminée mais c'était pour que la fumée sorte. Moi, j'ai conduit des trains. Personne n'est responsable de rien. Et bien nous revenons au sortir de la guerre. On a dit : on a vu ce que cela donne, plus jamais ça. Et pour éviter que l'on se fasse manipuler de nouveau, car l'homme est petit, c'est comme ça. On est content de faire son petit bout de boulot. Même si j'ai conduit le train avec 10 000 personnes dans le camp. Ce n'est pas moi qui ai fait ça. Mais moi, j'ai fait mon boulot, je suis arrivé à l'heure. C'est terrible comme l'homme va dormir tranquille en quelque sorte parce que son boulot est fait. Il serait arrivé avec

deux heures de retard. Pour lui, c'était plus troublant que d'avoir fait descendre hommes, femmes et enfants sur le quai. Toute ma vie j'ai fait attention à l'exigence au travail : attention à que tu es en train de faire, attention à ce que tu fais.

Entretien un directeur territorial en ARS

Parcours professionnel
Entrée dans l'AM en 1978 avant de faire l'école des cadres en 1988 puis l'EN3S.

La place de la structure dans le système de santé
La mise en place de l'ARS permet une politique régionale de santé unique sur les huit territoires de la région. La politique d'animation des territoire se fait de paire avec le Conseil Général. La politique médico-sociale se fait en collaboration avec le CG via une convention « unique en France ».
On retrouve les directions métiers de l'ARS déclinées dans chaque DT.
A cela s'ajoutent d'autres missions, des « verrues » :
-la gestion des plaintes et des réclamations ;
-l'inspection (co-construit avec le siège) et aide du siège en raison des nombreux signalements et du travail très lourd qui découle de l'inspection;
-les soins sans consentement (contentieux très lourd en ce moment) ;
-les relations avec les professionnels de santé...
La mise en place de l'ARS permet une politique régionale de santé unique sur les huit territoires de la région. La politique d'animation des territoires se fait de paire avec le Conseil Général. La politique médico-sociale se fait en collaboration avec le CG via une convention « unique en France ».
Le conseil régional a décidé de garder le découpage des ARH qui ne suit pas les départements ce qui ne facilite pas le travail car par exemple, il faut rencontrer spécialement le préfet du département pour l'hôpital situé sur son territoire.
Le PRS est décliné sur le plan territorial avec des objectifs et indicateurs (pas encore tous définis). Les maître-mots sont transversalité, proximité et prise en charge des plus fragiles.

Les particularités du management de l'ARS
Un Codir (comité de directions) a lieu tous les 15jours et réunit les directeurs et directeurs adjoints. On y traite des sujets transversaux et politiques. C'est un lieu d'échanges très libre avec l'assistance de l'ANAP pour faire fonctionner au mieux le Codir (égalité de temps de parole, animation à tour de rôle). Le Codel est le pendant du Codir au niveau de la DT. Il réunit les cadres et les médecins soit 10 personnes sur les 49 de la DT.

Pour éviter les frictions
Le participatif est la règle et le directif l'exception, pour des cas personnels rares. Par exemple, on a harmonisé au sein de la DT la récupération du temps de travail entre les différents agents de statuts différents (sauf pour les comptes épargne temps) comme sur les arrêts enfant malade.
L'ARS a mis un an et demi à se mettre en place avec des syndicats réactifs et parfois virulents. Aujourd'hui, l'ambiance est calme même si on est entré dans une période de simplification (entamée début 2013) qui va occasionner quelques changements dans l'organigramme (sur la prise en charge des populations spécifiques comme cela a déjà été fait pour les personnes handicapées).
La méthode : 1) on expérimente dans une DT
2) on évalue
3) on met (éventuellement) en œuvre dans toute la région

La méthode du management participatif :
4 réunions par an avec l'ensemble du personnel de la DT. Chacune d'entre elle commence par une restitution des grandes actualités avant des interventions pouvant prendre des formes diverses. S'ajoute à cela depuis cette année une intervention d'une personne qui présente ses missions (facultatif pour les personnels).

La période de préfiguration
J'ai participé et cela s'est très bien passé d'autant que je connaissais le travail au niveau régional grâce à mon expérience dans les URCAM. Il y a eu 5 réunions par thème avant la création de l'ARS. La configuration de l'ARS avait débuté un an avant sa mise place au sein de l'URCAM.
La création de l'ARS a débouché sur plus de 50 recrutements dont près de 40 embauches sur toute la région.

On a recentralisé les compétences
Je ne sais pas si c'est la création des ARS ou la période électorale qui est à l'origine d'une véritable émulation du domaine de la santé en ce moment.

La démocratie sanitaire
La Bretagne se targue de l'avoir réussie avec notamment 64 réunions par territoire pour le PTS.
Ex: permanence des soins qui aboutit à des fiches action.
L'objectif du délégué territorial de l'ARS est d'aboutir à des PTS opérationnel et pas à de grandes idées vagues « il faut etc... ». Le PTS fait 140 pages par territoire et contient un diagnostic ainsi que des fiches action par thématique ; des thématiques qui restent à prioriser (il n'y a pas encore de calendrier). Les usagers sont représentés par des associations membres de la conférence de territoire. Cinq thèmes sont communs à tous les territoires comme les soins de premier recours, la santé mentale et addiction ou la promotion/prévention de la santé auxquels s'ajoutent d'autres thèmes comme les personnes handicapées (communs à tous les territoires également).
L'objectif du PTS est d'éviter les inadéquations offre/besoin.

La relation de l'ARS avec les autres institutions
Avec le préfet, la relation est passée de la méfiance à une entente parfaite agrémentée d'une réunion par semaine (sur l'eau etc..). Cela, même si les préfets ont tendance à envoyer à l'ARS ce qu'ils ne savent pas faire (pigeons, logement, plan canicule). Ils ont encore du mal à lire les compétences de l'ARS bien qu'il y ait un protocole.
Les rapports sont bons avec les acteurs État de la cohésion sociale.
Le travail avec le Conseil Général fonctionne bien également avec des travaux très concertés.
La synergie peut dépasser les désaccords.

Les apports et faiblesses de l'ARS
Sur le plan négatif, l'accompagnement au changement est très long sur le plan pédagogique mais cela est lié à la mission de l'entité. Les procédures de répartition des missions DT/siège ne sont pas encore terminées.
Sur le plan positif, on est aujourd'hui dans une phase de consolidation, la phase de recherche du mieux. L'aspect externe est très positif en termes de lisibilité et de réduction de chevauchement de compétences (avant DDASS/CARSAT ou ARH/URCAM). On est plus efficace et on partage les mêmes valeurs et les mêmes principes. L'adhésion des acteurs de santé a été bonne ainsi que des élus qui sollicitent fortement l'ARS. Cette dernière tente d'éviter au maximum les arbitrages au profit de l'encouragement.

Les perspectives

L'acte III de la décentralisation devrait faire passer la compétence sur les ESAT de l'ARS aux CG (l'ARS travaille déjà sur ce type d'hypothèse).

Les relations avec les établissements sont bonne sauf pour ceux qui ont des problèmes (Sic).
Il n'y a pas d'ingérence dans le management des EHPAD mais on les encourage à communiquer entre eux car certain font figure d'exemple. En cas de grève, l'ARS vérifie les plannings et réquisitionne en cas de creux.

Conclusion
Les chevauchements se raréfient, la lisibilité de l'entité vue de l'extérieur est bonne.
L'ARS est une entité forte qui laisse une large place à la concertation. Elle donne l'occasion au terrain d'être une force de proposition. C'est un organe de régulation.

Statut/fonction de l'interviewé(e) : Directeur de la Santé publique de l'ARS

Forces et faiblesses des découpages internes, organigramme (place et avenir des DTARS) dans les ARS ?
Choix de DTARS départementales structurées même si le DGARS insiste toujours pour dire qu'il n'y a qu'une seule politique dans la région appliquée dans les départements. Il y avait un « héritage » départemental à gérer, bien sûr, et ce n'est pas toujours évident. Beaucoup de mal à harmoniser les pratiques départementales, notamment en matière d'allocations des ressources pour le médico-social. Cela mettra le temps qu'il faudra !... C'est aussi une question de générations ! Réticences aux changements, beaucoup moins chez les plus jeunes.
Il ne suffit pas d'un organigramme, il faut le faire vivre ! C'est là qu'interviennent management réunions de services. On fait beaucoup d'efforts pour faciliter les liens entre ARS et DT par des réunions métiers. Réunion chaque semaine avec une DT de la région, à tour de rôle, où sont balayés l'ensemble des sujets pendants de la DT. Un bilan sera fait bientôt sur ce mode de fonctionnement.
Il y a toutefois un tropisme soins compte tenu des enjeux financiers… Les sujets de santé publique passent après le sanitaire et après le médico-social. La préoccupation pour le « parcours de soins » (allers/retours entre les différents acteurs de santé) devrait permettre de faciliter la transversalité qui est attendue et indispensable compte tenu que les pathologies sont de plus en plus chroniques. Les CG et communes (portage des repas à domicile, aide-ménagère) ont tout leur rôle à jouer.
-Question de l'animation territoriale par les DTARS : au début, organisation des DT en « copier-coller » de celle de l'ARS. Mais pas opérant donc changement en 2011 au profit de 2 pôles dans chacune des DT : un pôle « régalien » (santé environnement, veille et sécurité sanitaire) et un pôle pour tout le reste qui est l'animation territoriale. Pour chacun des 8 territoires de santé (arrêtés par DGARS), il y a un coordonnateur de territoire de santé dans la DT correspondante. L'animation territoriale est tout ce qui appelle une réponse de proximité (relations avec les établissements, médecins de ville, réflexion sur l'évolution de l'organisation des soins de premiers recours). L'allocation des ressources et la gestion des personnels restent et doivent être traitées au siège de l'ARS. Mais le siège apporte aussi un appui aux DT sur l'animation. Le DGARS attend aussi que les directeurs de chaque DT suscitent les questions importantes et travaillent dessus avec les personnes concernées. Si besoin d'une expertise, le siège de l'ARS l'apporte.
Tout ce qui a pu être centralisé au siège de l'ARS l'a été. Certains agents se sont trouvés un peu destabilisés. La construction des programmes territoriaux de santé (déclinaison du projet régional de santé) contribue à améliorer les choses. Ces programmes territoriaux ne sont pas obligatoires mais l'ARS a voulu en faire un pour chaque territoire de santé, sous l'égide des conférences territoriales de santé (groupes de travail). C'est ce qui a permis aux DT de s'approprier l'animation territoriale. Même si c'est le DGARS qui, juridiquement, arrête les programmes territoriaux, les présidents de conférences territoriales les ont signés, ce qui donne une force plus importante. Il y

avait des thématiques obligatoires et d'autres facultatives en fonction des spécificités de chaque territoire. Maintenant il faut les mettre en œuvre.

Comment se passe la collaboration professionnelle entre personnels de statuts différents (AM, Etat, FPH). Que faudrait-il faire pour l'améliorer ?

La mise en place d'un statut unique des personnels apparaissait comme une question trop complexe lors de la mise en place des ARS. La coexistence de statuts différents ne posent pas de problèmes mais il y a des ressentis différents compte tenu des différences d'avantages. Çà jase, c'est assez classique. Individuellement, il y a pu y avoir des réactions mais aujourd'hui c'est relativement apaisé. Au début, les gens ne se connaissaient pas et découvraient les statuts de chacun. Au fur et à mesure, on s'est rendu compte des différences et on fait avec. Çà serait mieux s'il y avait un alignement mais le débat est figé actuellement. Evidemment, les OS reviennent régulièrement sur le sujet. Il n'y a pas de conflit et ce ne sont pas des problèmes insurmontables.

Estimez-vous que la loi HPST a tendu davantage à déconcentrer, à décentraliser ou, au contraire, à reconcentrer la gestion du système de santé ?

Oui et non. Les DGARS se sont vus confiés de nouvelles responsabilités et de nouveaux outils juridiques plus importants que n'en disposaient les anciens DRASS et DDASS. De plus, il y a un pilotage national qui est serré. Les DGARS sont réunis à Paris tous les mois et reçoivent des instructions. La loi HPST prévoit bien que la politique de santé est nationale et unique. Mais les ARS visent à tenir compte des spécificités régionales.

Comment décririez-vous l'impact de la loi HPST sur l'articulation entre les champs sanitaire, social et médico-social ?

Là aussi, je serai nuancé dans la réponse. Il y a le poids des habitudes dans des secteurs qui ont connu une histoire différente, qui avaient leurs propres logiques de fonctionnement. Donc, il a été très difficile de faire travailler ensemble des mondes différents. Mais il y a des signes positifs qui montrent que les choses évoluent dans le bon sens, mais c'est long et très lent. La notion de parcours de santé devrait permettre cette porosité entre les différents secteurs. En tant que directeur de la santé publique, je voudrais que les autres secteurs aient le réflexe de prendre en compte les aspects préventifs. Je reproche qu'on ait toujours tendance à considérer que la prévention est une discipline à part. Quand les collègues hospitaliers voient le mot prévention, ils renvoient vers la direction de la santé publique, en disant, c'est de la prévention. En réalité, les choses iront bien dans le secteur hospitalier lorsqu'on aura intégré les aspects préventifs. Dans les EHAPD aussi, puisque le personnel connaît bien les résidents. L'opérateur externe qui arrive avec son sac à dos « prévention », ce n'est pas la mode méthode. Idem avec les médecins généralistes. Le développement des maisons de santé pluridisciplinaires devrait permettre de mieux intégrer la prévention. Nous qui sommes dans le champ de la prévention, c'est souvent nous qui faisons l'effort d'aller vers les autres plutôt que l'inverse.

Comment qualifieriez-vous les relations entre les ARS et les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux ?

Je suis moins bien placé que mes collègues, pour répondre à cette question. De mon point de vue, les relations sont correctes. Mais quand on voit les dépêches de la FHF, à les croire, ils sont maltraités. Le monde a changé, nous ne sommes plus au temps de « l'ancien régime », celui des DDASS, DRASS. Le contexte économique n'est plus le même. Le contexte est beaucoup plus dur. Aujourd'hui, quel pouvoir avons-nous ? Celui de dire « non ». On préfèrerait dire oui mais le contexte économique est tel qu'on ne peut pas. Donc cela tend les relations. Au temps de la période des vaches grasses, on vivait assez bien. Maintenant on compte, mais cela n'est pas lié en soi à la

création des ARS. Le contexte économique et social nécessite de prendre des décisions drastiques. La ministre de la santé a rappelé aux DGARS que la réduction des déficits n'était pas une option. Le ton est plus à l'exigence même si les outils sont ceux de la négociation (les CPOM, les machins…). Le poids de la tutelle est de plus en plus fort, mais ce n'est pas l'ARS en elle-même, c'est le contexte économique et social. On est obligé d'être un peu plus directif. On l'a été beaucoup moins à une époque, peut-être même à tort. On a peut-être été trop laxiste, mais on n'avait pas les mêmes contraintes. Même moi avec mes 30 ans de recul, je n'ai pas connu ce temps où les DDASS, DRASS étaient des « développeurs » du champ de la santé. Il n'y avait pas autant d'établissements, surtout dans le médico-social. Aujourd'hui, nous sommes des « gestionnaires », voire on supprime, on regroupe, on mutualise.

On fait toujours le choix de la négociation, de la concertation à l'ARS mais il y a des limites (surtout s'il y a mauvaise foi). Un moment donné, il faut bien qu'il y ait un décideur. Mais entre gens intelligents, on finit toujours par trouver un arrangement. Certains établissements avaient parfois pris un mauvais pli.

La loi HPST a-t-elle favorisé la démocratie sanitaire ?

C'est progressif. Les instances obligatoires ont été prévues par la loi HPST. Certes, on peut juger que c'est insuffisant. Dans les conférences de territoire, les représentants des secteurs de la prévention, de a santé-précarité et de la santé-environnement ont estimé qu'ils n'avaient pas assez de sièges (3). Le mérite de la loi HPST est quand même d'avoir prévu ces dispositions. Les personnalités sont aussi déterminantes. La démocratie sanitaire est toute récente par rapport à la démocratie sociale. Il faut se donner le temps, 3 ans de recul de création des ARS, c'est court. Les acteurs s'expriment et les usagers vont vite parfois, ils prennent des avocats, des experts avec une logique procédurière et contentieuse permanente. Ce n'est pas simple la démocratie sanitaire, elle impacte la démocratie sociale. Et puis on est dans un Etat de droit. Les droits sont aussi parfois contradictoires. Par exemple : un procureur de la République qui s'oppose à un arrêté ministériel d'injonction de soins au nom du principe de liberté. Deux valeurs sont en conflits : l'intérêt général/ l'ordre public face à la liberté individuelle. On fait des raisonnements bénéfices/risques, surtout en santé publique, on fait des raisonnements macro, mais pas individuels.

Y a-t-il une question supplémentaire que vous auriez aimé que nous vous posions, en cette fin d'entretien ? Si oui, laquelle et qu'y auriez-vous répondu ?

Les bonnes questions ont été posées. A l'échelle du temps administratif, 3 ans de vie des ARS c'est très court. Les DDASS avaient été créées en 1964. Un statut unique serait souhaitable c'est vrai, dans un but d'égalité. Il ne faut jamais perdre de vue la finalité de ce que l'on veut faire. On est trop séduit par le systémique, par la méthode. Il en faut mais pas trop. Une paire de chaussures, çà ne fait pas marcher. Il faut être attentif aux méthodes clés en mains (ex : démarche STARS, Simplification Transformation des ARS). Çà rappelle les cercles de qualité à la japonaise (professionnels réfléchissent aux améliorations des process). Mais la démarche ne doit pas être la finalité.

Parfois on est perçu comme des « extraterrestres » mais il ne faut pas oublier que les institutions fonctionnent avec des hommes et des femmes. Je ne suis pas l'ogre décrit par la FHF ! On a beaucoup progressé dans la communication. Les agents de l'assurance maladie en avait déjà la culture (car ils sont les financeurs) mais moins pour nous agents de l'Etat (qui étions plus dans l'offre de services, on se souciait moins de l'argent). J'en souffrais quand j'étais DDASS. Pour mettre en œuvre un droit de réponse, il fallait que je demande l'autorisation à mon Préfet. Mais il faut éviter le côté clinquant de la com. Faire connaître ses actions contribue à la prévention, à porter des messages. La santé n'est pas une marchandise.

Statut/fonction de l'interviewé(e) : Directeur de l'IREPS et Président de la Commission « Prévention » à la CRSA

Quelles fonctions exercez-vous au sein de [nom de la structure] ?
Directeur de l'Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé.

Comment décririez-vous la place de votre structure (IREPS et CRSA) au sein du système de santé ?
IREPS par région. Ce sont des associations qui résultent de la fusion des anciens réseaux CRES CODES qui étaient déjà des associations qui avaient également des missions d'éducation et de promotion de la santé. Les conseils d'administration de ces associations ont dit qu'il fallait se réorganiser pour faire face à la création des ARS. Les ARS étaient annoncées depuis un moment et il paraissait suicidaire de ne rien faire.. Il est donc nécessaire de se réorganiser et de se fusionner.
De toutes façons, à la fin de l'année 2010, j'ai été destinataire d'un courrier du DGARS indiquant que pour 2011 il ne signerait pas 5 CPOM mais un seul. Ce fut donc clair (RIRES)
On avait l'habitude de travailler tranquillement et avec des consultants et là, ça a été la bousculade et le couperet est tombé : il fallait être réorganisé clairement avant la fin de l'année 2011 voire à mi-année si on voulait avoir un contrat d'objectifs et de moyens.
Il faut dire que l'on est très dépendant des subventions de l'Etat. A 80% on fonctionne avec les subventions Etat ; en très grande partie de l'ARS (plus de la moitié des subventions totales). Subvention importante de l'INPES qui subventionne pour la coordination du pole régional de compétences prévention et promotion de la santé (27 en France pour moitié coordonnés par des IREPS). Autrement, le reste des financements proviennent des CG pour des actions qui ont lieu dans leur département. Pour le coup, cela présente une certaine rigidité mais ce sont des soutiens très appréciés.

Missions :
Essentiellement professionnalisation des acteurs et amélioration de la qualité des pratiques. Nous n'avons pratiquement plus d'interventions directes auprès des populations. Hormis quelques cas rares.
Interventions auprès des acteurs relais qui ne sont pas des spécialistes de l'éducation et de la promotion de la santé mais par leur positionnement professionnel, ils interviennent en prévention promotion de la santé. On travaille beaucoup par une approche par milieu : milieu scolaire, milieu du travail, milieu hospitalier, carcérale et tout ce qui relève des approches territoriales. Coordination d'acteurs sur des territoires, des mises en place de formations régionales sur des sujets jugés prioritaires par l'ARS.

Au sein de la CRSA, quel est votre rôle ?
Nous sommes impliqués dans les conférences de territoire. La CRSA a un fonctionnement assez rigide c'est à dire les listes des membres, que ce soit de la CRSA elle-même ou des différentes commissions spécialisées ou des conférences de territoires (tout découle de manière un peu pyramidale). Ce sont des arrêtés pris par le DGARS qui fixent la composition. Il lance des appels à candidature et il y a des élections. Une fois que c'est fixé, c'est fixé ! et parfois on se rend compte en cours route que l'on a oublié des acteurs ou que des gens seraient intéressants.
Par exemple, pour les conférences de territoire, bizarrement, les animatrices de territoire de santé avaient été oubliées des listes des acteurs potentiels. C'est l'ARS qui avait fixé les collèges. Ils ont pensé au medico-social, les représentants des usagers mais les animatrices territoriales de santé Zut, personne n'y a pensé (RIRES). Au départ, elles sont intervenues comme observatrices, et après in a dit que c'était ridicule et qu'elles devaient pouvoir s'exprimer.
Des fois on se heurte donc à des choses illogiques ou des trucs vraiment administratifs qui sont surprenants et frustrants.

On est représenté aussi dans les commissions spécialisées notamment celle de la Prévention dont je suis présidente depuis juillet 2010 à la mise en place des commissions.

Aujourd'hui, on a une CRSA et on a ces trois commissions : soins, médico-sociale et prévention. Les anciennes conférences de santé n'étaient pas organisées de cette façon. C'était les collèges qui existaient et qui pouvaient se regrouper pour travailler ensemble sur des sujets de façon un peu transversale mais on avait pas ce fonctionnement en complémentarité que l'on trouve aujourd'hui.
Les différentes commissions travaillent ensemble au niveau de la CRSA elle même et puis au niveau de la commission permanente de la CRSA qui est une sorte de bureau où l'on retrouve tous les Présidents des commissions spécialisées et leurs suppléants et des personnes ressources. C'est un petit groupe opérationnel qui fonctionne bien et qui permet de mettre en place des dispositifs de décloisonnements.
Ce décloisonnement peine à se mettre en place. On a senti rapidement que ceci avait présenté comme un objectif important au niveau des ARS et de la CRSA. Mais c'est comme si cela devait se mettre en place tout seul. Tout devait se faire tout seul, naturellement. Seulement, il y a des années d'habitudes de travail, des gens qui ne parlent pas le même langage, qui n'ont pas les mêmes fonctionnements, pas les mêmes références et qui devrait tout d'un coup travailler ensemble. Non ca ne marche pas comme ca. Il y a encore un très gros effort à faire à ce niveau pour que ce décloisonnement vive réellement.

Avez-vous des exemples effectifs de décloisonnements ou cela reste-t-il à des prises de contacts ?
Je sens qu'au niveau régional, il reste beaucoup de choses à faire. Parce que ce sont de grosses machineries, beaucoup d'acteurs donc beaucoup de validations et de choses complexes à mettre en place.
Sur le terrain je pense qu'il y a des choses qui commencent à ce débloquer.
Alors est-ce la philosophie générale de la politique régionale ou est ce des réglementations spécifiques ou de nouvelles lois qui contribuent le plus ? C'est surement un ensemble mais il y a des liens qui se créent de plus en plus.

Fonctionnement et rôle de la CRSA ?
Organisme consultatif
Elle a émis des avis sur les schémas régionaux en lien avec le PRS. ça a été mis en place dans les commissions spécialisées mais des représentants de l'ARS étaient là tout le temps
Lorsque la commission. Prévention a émis un avis défavorable sur le schéma régional de prévention ca a été très très mal vécu. Alors que pour moi ce n'était pas une surprise compte tenu de tout ce qui se passait depuis un an, tout ce qui remontait des réunions successives de la commission. Je me suis dit que ce n'est pas possible que nous produisions un avis favorable. En même temps nous étions tous conscients que nos interlocuteurs à l'ARS faisaient d'énormes efforts pour prendre en compte nos remarques. On avait l'impression qu'ils étaient sous un couvercle.
Nos interlocuteurs du département promotion et prévention de la santé de l'ARS étaient eux mêmes dans des contraintes qui faisaient qu'ils ne pouvaient pas aller jusqu'au bout des démarches que nous leur proposions.
On a senti que nous avions convaincu plusieurs personnes au sein de l'ARS notamment au département promotion et prévention de la santé mais ils nous ont expliqué que ca ne passerait pas. On ne change pas des habitudes de travail comme ca du jour au lendemain. Il y a des gens qui s'étaient spécialisés à l'ARS dans des thèmes et on ne pouvait pas leur dire du jour au lendemain de travailler dans une optique populationnelle.
On a alors vu les limites. Mais on ne pouvait pas faire comme si tout ca n'avait pas été pris en compte mais que ca ne fait rien et on est tout à fait favorable au projet (RIRES). C'était logique que ca ne suive pas.

La CRSA peut-elle impulser à l'ARS des thématiques de travail ?
Par exemple, nous avons fait émerger un sujet autour de la communication grand public sur la prévention et la promotion de la santé. Notre champ prévention a très peu de visibilité, on n'existe pas. Les gens ne savent pas se que l'on fait et ne savent même pas qu'il existe un schéma régional de prévention.

Quelles relations avec l'ARS ?
Des incompréhensions, dans le cas du sentiment trahison évoqué précédemment. Ils ont eu le sentiment que nous avions bien travaillé ensemble et qu'il y avait une relation de confiance qui s'était établie ce qui n'était pas faux. Mais pour eux ca voulait dire que forcément ca allait déboucher sur un avis favorable. Cette réaction est assez surprenante, j'en étais moi même assez étonnée. En tant que Président de la commission spécialisée, les rapports avec l'ARS sont bons. On échange sur les ordres du jour, on écrit les comptes rendus ensemble. On continue à travailler en confiance et ca se passe bien. Maintenant on continue à ne pas avoir des réponses à nos questions. Je sens que parmi les membres de la commission spécialisée, il y a toujours une frustration qui reste par rapport à la façon dont s'est conclue la validation des PRS et des Schémas. C'était hallucinant (RIRES). Lors d'une CRSA, les 3 Présidents des commissions spéciales ont exprimé à la tribune pourquoi on mettait un avis négatif de façon très argumentée. C'était très clair.
D'autres se sont exprimés, les Conseils Généraux ont voté contre. Le Conseil Régional a voté contre. Et un représentant de l'ARS est allé à la tribune et a continué sans un mot de prise en compte, de reconnaissance vis à vis de ce qui se passait. Il y avait pourtant quelque chose d'important qui se passait. On est resté scotché. C'était très surprenant. Après ils s'étonnent aussi que les gens soient un peu aigris. D'accord on a qu'un avis consultatif mais au moins un moment pour nous dire on vous a entendu on va essayer de faire évoluer les choses. Mais pas du tout.

Impact sur l'expression de la démocratie sanitaire ?
Manque de prise en compte de ce qui a été dit.
Une chose catastrophique au niveau de la commission prévention, peu avant le vote concernant le PRS, l'ARS a fait sortir un document de 900 pages avec tout dedans. On en rigolait doucement. En parallèle, ils ont sorti une synthèse pour présenter les orientations générales du PRS et des schémas. La synthèse de 30-40 p, quasi rien sur la prévention. La charte d'Ottawa et 5 lignes.
Le contenu était en fait que soins et un peu médico sociale et alors la prévention rien. Alors là les gens sont partis en vrille.
C'est de là qu'est venue l'idée d'une communication à nous sinon on ne sera jamais visible.

Comment décririez-vous l'impact de la loi HPST sur l'articulation entre les champs sanitaire, social et médico-social ?
L'ARS remplit-elle correctement sa mission ?

Il y a eu un très grand espoir au moment de la création des ARS. Je pense que ca pourrait être se réaliser encore. Il y avait cet objectif d'une prise en compte égale ou similaire des 3 axes : prévention, soins et médico sociale. Il y a ce potentiel qui existe mais aujourd'hui ce n'est pas réalisé.
En tant qu'acteur, la façon dont on est traité n'est que le reflet de la place de la Direction de la Santé Publique et département prévention promotion de la santé au sein de l'ARS même. Ce n'en est que le reflet.
Tant que cette direction n'aura pas pris sa vraie place au sein de l'ARS, on ne sera pas plus considéré. Il nous faut des interlocuteurs forts au sein des ARS.

On a des interlocuteurs avec qui ca se passe très bien, qui nous reconnaissent une grande expertise mais que l'on sent toujours gênés coincés à ne pas pouvoir faire ce qu'ils ont envie de faire. On les sent un peu bridés.
Le DGARS est un ancien directeur d'URCAM je pense que ca donne une certaine tonalité. L'AM s'est beaucoup le soin, le milieu hospitalier et les médecins libéraux.
Le raisonnement économique tenu actuellement ne tient pas. Si on continue a déverser pour le soin, on sait que c'est inflationniste, ca ne va jamais s'arrêter. Les gens vont en demander toujours plus pour toujours plus de technologies etc… Si on appauvrit la prévention de plus en plus, ce qui est le cas aujourd'hui, comment on va s'en sortir. C'est un investissement la prévention….dans une temporalité qui n'est pas forcément celle du politique mais il faut s'en rendre compte. Le positionnement assez directif des ARS est ressenti par quasiment tout le monde au niveau national. Les responsables des IREPS témoignent tous que la mise en place de l'ARS a été très directive. Allez tous en ordre de marche, on va mutualiser. Les DGARS ont pas mal d'autonomie, c'est ce que l'on ressent. C'est pour ca que l'on se dit qu'il y a forcément une marge de changement. Tout n'est pas figé. Ca reste quand même en partie descendant du niveau national. Il y a quand même des thématiques transversales (ex inégalités de santé) où on espère.

Pour vous, comment pourrait-on améliorer la situation, le décloisonnement ?
Sur le décloisonnement, je pense qu'il faut une personne et du temps dévolus à cette tache. Ca ne peut pas se faire comme ca. Il faut que ce soit la mission de quelqu'un qui soit habilité à créer des espaces où les acteurs des différents champs puissent vraiment se rencontrer, construire des choses ensembles, raisonner, autour des schémas existants et voir comment on peut créer des passerelles.
Il faut se donner les moyens pour que ca marche. En termes de décloisonnement, je ne vois pas comment on peut faire autrement.
Sur la légitimation de la prévention de la santé comme outil de la santé, il y a des choses qui se font au niveau national avec la conférence des directeurs de santé publique. Ils auditionnent des experts. Il y a une prise de conscience.
Est ce que ca fera changer les choses ? Ces personnes se sentiront-elles renforcées dans leurs missions ? A voir. Ca dépend des personnalités et il faut du courage pour défendre des positions fortes.

Et en termes de démocratie sanitaire, la loi HPST a-t-elle favorisé la démocratie sanitaire ?
Il y eu pas mal de problème autour des questions de calendrier. Les personnes qui composent les commissions de la démocratie sanitaire le font bénévolement au titre de leur structure.
Ca vient en plus de leurs missions ordinaires. Il y a eu beaucoup de tensions dans les commissions spécialisées car les gens n'avaient pas l'impression qu'ils avaient le temps nécessaire pour travailler. Je me souviens lors des discussions concernant les schémas de prévention, genre on avait une réunion le 15, on avait le document le 10 ! On arrivait en l'ayant plus ou moins lu en transversal. Le médecin de PMI représentant tous les médecins de PMI indiquait qu'il avait reçu le doc le 10, l'avait ouvert le 11, je l'ai imprimé le 12…vous comprenez bien. Je l'ai envoyé dans toutes les PMI mais j'ai eu 2 retours. On s'interrogeait alors sur au fond qui représente-t-on ? On est sensé représenté des corps de métiers, des secteurs entiers de la SP et on vient avec les avis de 2 personnes qu'on a réussi in extremis à recueillir. Je représente qui ?
C'est donc une question de pouvoir agir en démocratie sanitaire de façon satisfaisante. Etre vraiment représentatif des personnes qui nous élues à des postes importants dans ces instances.
Ces personnes n'ont pas l'impression que ces conditions sont remplies.
Le temps de la démocratie sanitaire n'est pas respecté. La DS prend du temps. Il y a un temps de débat mais également tout le temps d'entre deux. Cet entre deux doit vivre avec des échanges, des consultations en recueillant des avis. Les gens ne viennent pas pour se représenter eux même. Ils doivent avoir le temps de consulter.

Ca on sent que les ARS ne sont pas sur ce temps-là. Tout doit aller vite, tout doit être produit rapidement. C'est une vraie marche forcée. Une fois, le président de la mutualité française était intervenu dans une commission pour rappeler qu'il n'était pas là pour faire une compétition. Je suis la pour travailler avec les gens, pour construire quelque chose. Rien à faire d'être premier, deuxième ou troisième. Il faut absolument que ce temps là soit mieux respecté. C'est fondamental pour que cette démocratie vive de façon satisfaisante pour les gens. Sinon on fait semblant, c'est un simulacre. Les réunions en commissions sont toujours très animées. C'est assez constructif en ressortant des documents avec du contenu. Il y a de vrais débats.
Il a fallu du temps pour parler le même langage. Car les commissions sont composées de personnes ayant des origines et des cultures différentes (syndicat, ANPA, MEDEF, Agricoles).
Les premières réunions ont été un peu café du commerce mais on a beaucoup progressé. Enormément. Mais ca fait trois que ca existe et maintenant on peut vraiment débattre d'actions de fond en étant sur de parler de la même chose. On a été d'emblée mis ensemble pour donner des avis alors quel l'on ne se connaissait pas. Il y a eu un souci dans la gestion de la temporalité. On travaille aussi sur une volonté de réorienter le schéma de prévention vers une approche plus populationnelle. C'est un enjeu important. Mais le on est dans un schéma et ca ne va pas bouger tout de suite.

Y a-t-il une question supplémentaire que vous auriez aimé que nous vous posions, en cette fin d'entretien ? Si oui, laquelle et qu'y auriez-vous répondu ?
Les DT ARS….. y a un rouage qui n'est pas passé.
Tout se gère au niveau régional
Perte de contact des antennes avec les DT.
Je ne sais pas si c'est rattrapable, il y a un passif.

Statut/fonction de l'interviewé(e) : Directeur de l'Offre Soin et de l'Accompagnement

Quelles fonctions exercez-vous au sein de [nom de la structure] ?
Directeur de l'offre de soins et de l'accompagnement qui regroupent 3 secteurs : ambulatoire / hospitalier / médico-social.

Comment décririez-vous la place de votre structure au sein du système de santé ?
Transversalité, même si la spécificité de chaque secteur existe bien = on ne mélange pas technicité hospitalière, médico-sociale.
On ne travaille pas de la même manière avec les médecins des hôpitaux et les médecins de ville.
Piloter un certain niveau territorial et derrière le mot existe la coordination des travaux avec les différents acteurs.
Champs de compétences qui se partagent, le législateur n'ayant pas fait le choix entre l'ARS et l'AM donc on coordonne beaucoup.
Le DGARS met en place le CROSS, cependant celui-ci est discuté au niveau national.
On observe un paradoxe ou travail parallèle entre l'AM qui est compétente dans le champ individuel des professionnels et le champ plus organisationnel et collectif qui est dans la responsabilité des ARS : les 2 sujets sont totalement complémentaires : l'individuel rejoignant le collectif cependant pas de choix de gestion définitive.
secrétaire générale des ARS et la CNAM ?
Enjeu de politique générale.
Tout le champ du médico-social : les choix mis en avant sont de l'ordre de compromis avec le conseil général.
Relations institutionnelles très marquées, chacun est soucieux de ses prérogatives.

Depuis 3 ans les choses se sont mises en place pour arriver à une signature d'une convention avec l'ensemble des acteurs du médico-social. Signature d'une convention avec les conseils généraux (toutes tendances politiques confondues) = convention cadre qui va définir et permettre de travailler sur tous les sujets. A l'origine les CG et départementaux avaient une réticence par rapport à l'échelon régional quelque soient les tendances et les visions. La confrontation entre une instance de régulation administrative comme l'ARS qui a un réel pouvoir mais qui est administratif et les collectivités territoriales, choc de légitimité ravivé par réforme HPST. Cela se voit bien dans les instances ou on observe quelques fois des hésitations des CG où des défis de jurisprudence de fonctionnement peuvent avoir lieu. Dans la région le dialogue est quasiment abouti et cela a pu se faire en dépassant les instances prévus par les textes : les coordinations entre la commission spécialisé médico-sociale CRSA et la commission de coordination des politiques publiques. A un moment donné 2 choses ont été mises en place : tous les sujets ne pouvaient pas être traités en raison de l'indisponibilité des uns ou des autres ; les CG aiment qq fois traiter les choses en individuel car ils n'ont pas tous les mêmes politiques même si ils sont de la même tendance politique. Installation de réunions techniques on parle e l'allocation de crédit et les priorisation de tel ou tel établissement plutôt qu'un autre.
Réunion technique créées pour chaque CG avec un focus sur la situation des territoires leur appartenant. Il y a des choix qui sont faits même si l'ARS garde la « main » sur les choix qui sont faits. Les acteurs se sont rendus compte que les réunions techniques avaient un certain degré d'ambiguïté : la légitimité des équipes techniques des CR n'étaient pas forcément suivie par les élus. Mise en place de réunion bilatérale en CR et ARS autour des mêmes ordres de jour.
Le but du jeu est de trouver des modes de fonctionnement opérationnel en dehors du champ législatif stricto-sensu.
Partenariat AM et CG c'est ce qui a le plus bouleversé la vie institutionnelle.

Selon vous, quelles sont les particularités du management en ARS ?

Management en interne : Organisation compliquée puisque diversité des statuts AM / Etat / Hospitalier 80 % état et 20% AM. La mise en place n'a pas été facile avec une notion de deuil par rapport à la vie professionnelle antérieure. Ce deuil est plus fort chez les personnes issues de l'Etat que de l'AM. ARS est une victoire de ceux qui avaient cette vision d'une entité unique hiérarchique qui n'est pas un rôle de mission mais de gestion. Les personnes ne devaient pas être mis en hiérarchie mais plutôt contractualisé avec l'institution sur les résultats à obtenir.
Ce n'est pas ce choix qui a été choisi et c'est donc le modèle hiérarchique qui a primé. La configuration de l'ARS a été très compliquée. On a accordé des personnes aux statuts différents sans antériorité de fonctionnement. Pour l'AM le transfert a été plutôt bien négocié et ces personnes ont compris que le travail intéressant était dans l'ARS, pour le personnel d'Etat ils sont toujours perturbés par la création d'une institution qui s'est substituée à d'autres institutions où ils avaient le sentiment d'avoir du pouvoir (DRASS / DDASS). Conception du management un peu différent, dans l'AM plus compliqué à ce faire aux CAP donc pbs pour le recrutement des fonctionnaires. Pour l'AM il suffit de faire un appel à candidature, il est suivi d'un entretien et le Directeur décide de l'embauche ou pas. Les partenaires sociaux se rendent comptent que les CAP peuvent devenir gênantes surtout pour les contrats et qq fois des contrats de droit publique voient le jour sans attendre la CAP suivante. Question du statut unique à l'étude qui pour le moment paraît difficile à envisager. Sur la région globalement pas de tensions sociales ce qui n'est pas le cas de nombreuses régions

Considérez-vous que la loi HPST a modifié l'organisation du système de santé ? Si oui, de quelle manière ?

Oui, très clairement. Général : il contribue dans la lisibilité des priorités. Les Hospitaliers ont été bousculés par la loi HPST : Avant les hospitaliers avaient la hiérarchie, les ARS c'était les hôpitaux. Aujourd'hui, l'ARS s'occupe de tous les champs : les Directeur d'hôpitaux sont moins rencontrés qu'auparavant. La gestion de l'hôpital n'a pas fondamentalement changée : le principe de l'ARH a été repris. Le grand changement est le problème de la démocratie sanitaire : la CRSA dans la région est très active. Au début le projet était de 4 territoires : pour l'hôpital le gros des restructurations est fait, la plus grosse problématique étant le médico-social avec le problème lié au vieillissement donc 4 Conférences de territoire et pas plus. Le découpage a entrainé des réactions vives des hospitaliers et des politiques qui correspondait à la mise en place de la loi dans une région qui n'était pas d la couleur politique de la loi HPST. Les enjeux politiques n'ont pas été mesurés. A ce jour l'ARS est bien vu comme interlocuteur chez tous les partenaires de santé car l'écoute est de mise.

Un point est mis en avant c'est la vision territoriale d'une manière générale exemple les CHT qui est en fait la « coquille », l'important est d'observer comment sur un territoire nous allons arriver à mutualiser humains et matériels pour arriver à améliorer la permanence des soins.
Mise en évidence de l'établissement de référence sur le territoire qui aura en charge l'animation de celui-ci en matière de gestions opérationnelles. Directions communes permet d'améliorer les objectifs communs et la communication donc amélioration de la réactivité dans la mise en place des projets. Nous allons aussi vers des directions communes d'hôpitaux locaux avec des EHPAD.
Au niveau des investissements, certains ont été ciblés en mobilisant des fonds sanitaires et des fonds médico-sociaux sur des sites géographiques donnés. Sur l'ambulatoire, la région était précurseur sur les exercices coordonnés. Ce qui a changé de manière positive, c'est l'articulation avec les services de l'Etat = instance conjointe entre Préfet et ARS ce qui permet de mettre en commun les crédits ARS de type ingénierie avec les crédits de type immobilier (aide au développement des territoires ruraux). Logique Projets financée par les ARS et la logique immobilière financée par les services de l'Etat. Autre changement : SROSS ambulatoire = naissance d'in document d'orientation stratégique qui cadre le travail des professionnels libéraux, aussi bien dans l'évolution des réseaux de santé ou les problématiques de rémunérations. Autorité régionale bien identifiée a permis de conclure sur la PDS ambulatoire = pilotage régional le permet.
Les 1éres réunion avec les conseils généraux (CG) ont été compliquées...
Les acteurs du MS ont été aussi très bousculés par exemple sur les appels à projet : avant les partenaires proposés les projets qui avait un avis favorable par le Préfet et une décision négative était donnée a postériori faute de financement.
Beaucoup de projets intéressants mais non financés faute de moyens.
L'ARS a commencé à régulariser certain dossier qui était en attente, ce qui a permis de créer du lien, mais tous les dossiers n'ont pas pu être financés.
Le secteur MS est majoritairement associatif est donc qui est totalement dans l'esprit projet et le fait de les déposer était très important pour eux.
Maintenant, la règle a changé c'est l'ARS qui dit ce qu'elle veut et le MS se porte candidat ou pas donc un sentiment de dépossession énorme.
A mon avis c'est donc aussi bien pour l'allocation de ressource que pour la mise en place des chantiers c'est le MS qui est le plus impacté par le changement.

Estimez-vous que la loi HPST a tendu davantage à déconcentrer, à décentraliser ou, au contraire, à reconcentrer la gestion du système de santé ?
Déconcentrer. Décentraliser = non On décentralise pas une puissance administrative on la déconcentre. Reconcentration = non par contre des mauvaises habitudes qui ne sont pas passées...
Autre phénomène intéressant est l'autonomie qui est laissée par rapport aux moyens dont dispose

l'ARS : l'élément clé qui a bougé depuis l'année 2011 est la création du Fond d'Indemnité Régional (FIR) : des sommes ont été déplacé de l'hospitalier au MS ou éducation thérapeutique.
La problématique des allocations de ressources très fléchées perdure...mais des éléments de souplesses permettent maintenant de faire des passerelles entre les différents champs d'application.
OUI c'est DECONCENTRATION que j'utiliserai ! Les DH ont tjrs des craintes sur les systèmes d'évaluation, les évaluations des Directeurs se passe bien en Bretagne par le dialogue. Maintenant on sait QUI pilote avec la démocratie sanitaire et se sont les véritables avancée, le débat peut avoir lieu sur l'autorité qui fait marcher le système mais cela dépasse le cadre de la loi et cela correspond plus à un débat citoyen. DG sanitaire ? Pas de connotation péjorative, l'ARS représente l'autorité et c'est plutôt bien que les acteurs sachent qui a l'autorité. Un système responsable s'appuie sur une identification claire des pouvoirs.

Comment décririez-vous l'impact de la loi HPST sur l'articulation entre les champs sanitaire, social et médico-social ?
Renfort de la possibilité de faire des passerelles. Même autorité des compétences regroupées sur ces différents champs cela favorise les projets communs.
Spontanément les passerelles se font, par exemple on essaye de construire des maisons de santé pas trop loin de l'hôpital. On est qu'au début du chemin, les jalons sur les politiques et les organisations ont été mises en place et il faut attendre encore 2 ans pour faire un 1er bilan.
PRS votés donc 2 ans de vie active à peu prés stabilisée. On aura donc 5 ans de vie des ARS.

Comment qualifieriez-vous les relations entre les ARS et les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux ?
Réelle et représentative. Il y a eu une réelle crainte des DH. Il y a eu des cas réels où les DGARS auraient gagné à être plus discrets.... Il faut aller sur le terrain, il ne faut pas que les réunions se passent toutes dans les ARS. Relations institutionnelles avec les fédérations en tant que représentant de leur mandant.

Y a-t-il une question supplémentaire que vous auriez aimé que nous vous posions, en cette fin d'entretien ? Si oui, laquelle et qu'y auriez-vous répondu ?
Ce que je souhaite mettre en avant, c'est une belle aventure professionnelle.
Des réformes de ce type, il n'en n'arrive pas 2 dans une carrière.
Sujet d'avenir les ARS, nous ne sommes pas au bout ni du périmètre, ni du mode de fonctionnement.
Il sera intéressant de regarder le retour des uns et des autres sur le fonction

Statut/fonction de l'interviewé(e) : Directrice déléguée des établissements sociaux
Date de l'interview : 7 mai 2013

Eléments sur la structure ? (not financement) Comment décririez-vous la place de votre structure au sein du système de santé ?
Notre établissement fait partie du système de santé (avec l'hôpital et le médico-social), mais de façon assez éloignée. On est une porte de sortie de l'hôpital, notamment pour les SDF qui ne peuvent pas rester aux urgences ou dans des services de SSR, ou pour les femmes enceintes qu'on ne peut pas remettre à la rue. L'établissement a mis en place une convention avec une équipe de soins palliatifs (on a des résidents de 80 ans), une convention avec un médecin psychiatre, ce sont des choses qui peuvent être intéressantes, mais notre intégration dans le système de santé pourrait être approfondie. Et c'est surtout que notre établissement est un petit peu une porte de sortie pour tous ceux dont on ne sait pas quoi faire, sans qu'on s'intéresse vraiment aux missions de notre établissement. Nous, on accueille des résidents qui ne relèvent pas de nos missions. Mais quand on

a des résidents qui peuvent relever d'EHPAD, et qu'on envoie leur dossier, ils répondent « oui il a le profil, mais on n'en veut pas chez nous, allez voir chez les autres ».
On est beaucoup sollicité en sortie, mais notre établissement a du mal à créer du partenariat autour de lui. Donc on a des résidents qui restent sur des périodes quand même assez longues, on manque de solutions de sortie. On a des résidents qui pourraient relever aussi d'IME, on les envoie pour observation pendant une semaine, et on nous les renvoie en nous disant : « ils ont le profil, mais pas chez nous. » Donc on est intégré, mais on sollicite plus notre établissement qu'il ne sollicite les autres. C'est un établissement qui fait un peu peur, donc il est intégré moyennement.

Considérez-vous que la loi HPST a modifié la gouvernance du système de santé ? Si oui, de quelle manière ?
Je suis assez éloignée de cette loi HPST, mais elle a surtout impacté le sanitaire, avec le remodelage des instances, de la place des médecins, de la place du directoire, du conseil de surveillance… on a un vrai binôme, maintenant, à la tête de l'hôpital, qui est médecin et directeur. C'est quelque chose d'écrit, c'est quelque chose qui est peut-être pas plus mal.
Sur le médico-social, l'impact de la loi HPST je le cerne pas vraiment vraiment.
Et alors sur le social, franchement, pas du tout ! pas du tout !
La loi HPST concerne surtout le secteur sanitaire, plutôt que le médico-social et le social.

Estimez-vous que la loi HPST a tendu davantage à déconcentrer, à décentraliser ou, au contraire, à reconcentrer la gestion du système de santé ?
J'ai envie de dire plutôt une décentralisation du système de santé, je trouve que les établissements prennent quand même en autonomie avec cette loi HPST, que ce qu'il y avait auparavant.
Il me semble que la loi HPST, c'est aussi le système d'EPRD dans le médico-social.
Je trouve que la loi HPST, ouais, c'est plutôt une décentralisation. On nous donne un petit peu d'éléments, et après je trouve que chaque établissement a davantage d'autonomie. La loi HPST, ce n'est pas de la déconcentration, mais de la décentralisation au niveau des établissements.

Je crois qu'un des apports importants de la loi HPST, au niveau médico-social, ce sont les appels à projets…
Oui, alors les appels à projet, c'est sûr que ça dépend de quel type de structures dans lequel on est… C'est sûr que l'appel à projet, maintenant, on va nous dire… « Voilà ! Il y a un projet, il faut répondre dans 15 jours, trois semaines, un mois. » Donc les petites structures très clairement sont plus forcément…
Alors, c'est sûr qu'en ces termes-là, les appels à projet sur le médico-social, on va dire que c'est une recentralisation totale. Ca veut dire que voilà, on a des axes qui sont définis, et paf ! Ils sortent un appel à projet, les structures se positionnent et puis point. C'est plus nous forcément qui sommes novateurs et qui présentons des choses. Donc ça c'est un peu dommage. Et c'est d'autant plus dommage qu'une petite structure aujourd'hui ne peut absolument pas répondre à un appel à projets en un mois. Donc finalement les appels à projet, ça ira sur les grosses structures, sur les EHPAD qui sont rattachés à des centres hospitaliers, ou sur les EHPAD d'une certaine taille, qui peuvent aussi prendre le temps de travailler sur certains dossiers, et puis avoir des dossiers dans le tiroir et les sortir au fur et à mesure des appels à projet.
Donc en ça, c'est un petit peu regrettable. En tout cas, sur l'EHPAD où j'étais, sur mon premier poste, franchement, appel à projets aux EHPAD, on n'en a vu sortir absolument aucun, aucun !

Cette concentration des structures, induite par HPST, vous dîtes qu'elle est regrettable… pourquoi ?
On n'a plus de petits établissements autonomes. Et les établissements c'est de plus en plus des directions communes, on essaie de se regrouper avec les communautés, etc.

Je trouve que c'est regrettable parce que… alors là je pourrais en parler pendant cent ans mais… Je trouve que c'est regrettable, parce que dans un petit établissement ou un établissement de taille moyenne, enfin en tout cas qui est autonome, il y a… quand je dis de taille moyenne, on va dire environ une centaine de lits… C'est un établissement dans lequel il peut y avoir des vrais potentiels et de vraies choses à exploiter ; quand cet établissement est rattaché sur un gros établissement, notamment sur un centre hospitalier, que ce soit un CHU ou non, il y perd un petit peu de son identité. Un petit établissement ne fonctionne pas de la même manière qu'un gros établissement, il n'a pas les mêmes problématiques et il n'a pas la même prise en charge non plus. Quand on est dans une grosse structure, on est davantage dans une usine que quand on est dans une grosse structure. Il y a des liens et une prise en charge qui sont différents.
Les agents qui font le choix de travailler dans des structures petites ou de taille moyenne, ce sont des agents qui ont envie d'y développer un certain nombre de choses, c'est des profils un peu différents de ceux qu'on peut trouver dans une grosse structure, où c'est plutôt un travail de masse. On y développe ders choses très différentes.

Comment décririez-vous l'impact de la loi HPST sur l'articulation entre les champs sanitaire, social et médico-social ?
Avec la mise en place de tous les groupements ? du groupement des établissements sociaux et médico-sociaux… ?
En fait, je l'ai pas reprise la loi HPST, donc je sais même pas si la mise en place des groupements sociaux et médico-sociaux a été reprise par la loi HPST, les GCSMS.
C'est pareil, ce groupement d'établissements sociaux et médico-sociaux… Est-ce qu'elle permet une meilleure relation entre le social, le médico-social et le sanitaire, j'ai envie de dire que c'est toujours une question de personnes, c'est pas la loi HPST qui favorise forcément ça. C'est pareil, la mise en place d'un GCSMS, qui le pilote ? et quel est l'intérêt ? Est-ce que c'est réellement l'intérêt général, ou est-ce que c'est un intérêt plus personnel, dans le sens où on pilote le GCSMS et où on est administrateur, et derrière on voit surtout ce que ça va apporter à SA structure et seulement à sa structure ? ou est-ce qu'on voit plutôt ce que ça va apporter à la prise en charge, à la prise en charge d'un résident et sur l'intérêt général ?
Donc c'est pareil, c'est toujours une question de personnes, plus que de texte en fait.
Je suis perplexe, mais c'est par rapport à mon expérience personnelle. Dans mon poste précédent, il a été question de créer un GCSMS, pour mettre en place une pharmacie inter-hospitalière. Il y a plusieurs projets qui ont été déposés, avec des EHPAD qui ont fait le choix de participer à tel projet ou à tel projet, et puis l'ARS en a retenu un.

Croyez-vous que la loi HPST tend à distendre les relations entre le social et le médico-social ?
De prime abord, ça ne me semble pas très judicieux. C'est vrai qu'on se rend bien compte que le social, ça reste un peu la dernière roue du carrosse. On le voit bien même au niveau budgétaire. Le social fait quand même un peu bande à part. Conventionner médico-social et sanitaire, on y arrive beaucoup plus facilement que des établissements sociaux qui vont avoir beaucoup plus de difficulté à conventionner avec un établissement sanitaire. Nous, aujourd'hui, on aimerait conventionner avec le centre hospitalier pour mettre en place des stages de comparaison, pour se rapprocher au niveau des formations, je veux dire à l'hôpital y a des formations sur les addictions, etc., qui correspondent exactement aux profils de résidents qu'on peut avoir ici. C'est beaucoup plus compliqué d'être entendu et d'être reçu, et d'arriver à mettre en place cette convention, que si on est sur du médico-social, où on peut avoir une pratique peut-être un peu plus proche. On est moins éloigné du sanitaire quand on est dans le médico-social, que quand on est dans le social.

La loi HPST a-t-elle favorisé la démocratie sanitaire ?

Dans quel sens ? Qu'est-ce que vous entendez par démocratie sanitaire ? Ce que je peux entendre par démocratie sanitaire, c'est finalement la loi HPST elle permet à… j'ai envie de dire à tout le monde, d'accéder au sanitaire dans son sens très général. L'accès aux soins, mais du début à la fin, ça veut dire de la prise en charge à l'hôpital jusqu'à une sortie sur un EHPAD ou une sortie sur un IME.
Donc ça reprend toute la discussion… est-ce que c'est la loi HPST qui permet cette démocratie sanitaire ou pas ? Je suis pas forcément certaine que la loi HPST favorise cette démocratie sanitaire. Pour moi, la loi HPST, c'est des territoires, avec sur un territoire, on veut un établissement référent, et c'est cet établissement référent finalement qui assure le lien entre le social, le médico-social et le sanitaire. Sauf que ça, c'est très bien sur les textes, sauf que la réalité c'est qu'on reste quand même dans un monde d'humains, avec des intérêts et que chacun défend surtout son intérêt. Donc sur le papier, ouais, ces communautés, ces territoires de santé, etc., c'est très bien, avec un établissement repéré, sanitaire, qui conventionne avec les médico-sociaux, avec le social, etc. Ouais OK. Sauf que je crois que ça se passe vraiment comme ça !
La démocratie sanitaire, c'est comme ça en tout cas que moi je l'entends. On est sur un territoire de santé et on est pris en charge du début à la fin, sauf que ça se passe pas forcément comme ça.

Comment qualifieriez-vous les relations entre les ARS et les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux ?
C'est vrai, la loi HPST, c'est l'ARS surtout. Entre les ARS et les établissements ? Là encore, je me répète, mais je crois que ça dépend encore beaucoup du profil du directeur d'agence. On a des directeurs d'agence qui sont très axés sur du sanitaire et qui de toute façon ne considéreront que le sanitaire. Et puis on a des directeurs d'agence qui considèrent qu'il y a aussi du social et du médico-social et qui prendront un temps pour entendre les structures autres que sanitaires. Donc je crois que ça dépend beaucoup du profil du directeur d'agence.

Quelle évolution devrait connaître la gouvernance du système de santé, dans les années à venir ?
De gouvernance… j'ai envie de dire qu'il y a la gouvernance dans le médico-social, et qu'il y a la gouvernance dans le sanitaire, qui reste quand même différente. Sur le sanitaire, je trouve quand même que ce binôme médecin-directeur, avec le directoire, c'est quand même quelque chose d'assez intéressant. Finalement avec un conseil de surveillance qui a peut-être un peu moins de pouvoir que ce qu'il avait auparavant, même si on doit toujours le tenir informé ; du coup c'est plus lui qui décide forcément et qui vote. Voilà, on l'informe et c'est simplement pour avis.
Alors je trouve que ça c'est intéressant…

Et au-delà des établissements ?
Donc pour vous, c'est une gouvernance au niveau national, ou au niveau territoire ? au niveau ARS ? Donc une gouvernance avec des lignes de conduite données au niveau région. A mon sens, la loi HPST change pas forcément beaucoup de choses par rapport à ce qu'il pouvait y avoir au niveau des DDASS. Après c'est vrai qu'on a regroupé ça au niveau des régions, et là je crois que ça dépend quand même des régions : il peut y avoir des différences d'une délégation territoriale à une autre, dans une même région, même s'il y a une ligne de conduite donnée par l'ARS.
Donc je suis pas sûre qu'il y ait une gouvernance très différente de ce qu'il y avait auparavant, avec la loi HPST. Après, il y a aussi l'histoire des appels à projets aussi, où on peut dire que nationalement on donne des grandes lignes, on lance des appels à projets, même si les appels à projets sont lancés au niveau région… Les appels à projets permettent que tout le monde ait un peu sa place aussi. Voilà. Je ne suis pas sûre que la loi HPST ait changé beaucoup la gouvernance des établissements.

Y a-t-il une question supplémentaire que vous auriez aimé que nous vous posions, en cette fin d'entretien ? Si oui, laquelle et qu'y auriez-vous répondu ? ou un élément qui vous semble important, que vous jugez utile de mettre en avant ?
Non, je vais pas pouvoir vous répondre, car la loi HPST, franchement je l'ai pas du tout, du tout, du tout relue, et je m'en sens tellement éloignée que franchement, je l'ai pas en tête.
Pour moi, la loi HPST… le premier concerné par la loi HPST, c'est le sanitaire. Même quand j'étais dans le médico-social, je ne me sentais pas forcément très impactée par la loi HPST. Je pense qu'un directeur d'hôpital peut en parler beaucoup plus facilement et aisément que ce que je peux parler de la loi HPST, je m'en sens quand même très très éloignée.

Statut/fonction de l'interviewé(e) : Secrétaire générale de l'INJS

Quelles fonctions exercez-vous au sein de [nom de la structure] ?
Secrétaire générale de l'établissement, c'est-à-dire adjointe au DG
Suppléance du directeur dans tout ce qui concerne l'établissement (tous les domaines fonctionnels)

Eléments sur la structure ? (not financement) Comment décririez-vous la place de votre structure au sein du système de santé ?
Institut national des jeunes sourds = établissement public national médico-social, à forte dimension pédagogique Grande ouverture sur l'extérieur, désinstitutionalisation très avancée, Petite structure de 130 ETP, internat de seulement 35 places, orientation MDPH par rapport à la surdité, Bon maillage territorial en Gironde, car développement de complémentarités fortes avec les 2 autres structures intervenant dans le domaine de la déficience auditive.

Considérez-vous que la loi HPST a modifié la gouvernance du système de santé ? Si oui, de quelle manière ?
Quand je pense à la loi HPST, je pense à la création des ARS. Ayant vécu la grande transformation, autant dans la structure que dans les missions c'est forcément un bouleversement, parce que la gouvernance elle a changé déjà de par les missions confiées. Plusieurs structures ont fusionné dans une structure unique. Evidemment, de par la création des ARS, il y a des changements majeurs. Après, sur le pilotage de la mise en œuvre des politiques, nous on est un petit peu éloigné, vu que pour l'instant on n'est pas intégré dans le régime des autorisations, les conférences de territoire ou des choses comme ça, des outils de planification et des instances de coordination locale mis en œuvres par l'ARS, où on est assez peu associé. Le schéma d'accompagnement des jeunes sourds en Aquitaine date de 2005, donc il est venu à échéance et il n'a pas été renouvelé depuis. On continue à s'appuyer sur lui, mais il mériterait d'être réactualisé et réactivé. Si on intègre une réflexion sur les établissements médico-sociaux et sur les déficiences, on pourrait revenir dans le débat. Pour l'instant, de fait, de par notre statut, notre spécificité, on est intégré sans l'être. C'est une place un peu atypique.

Vous pensez que les établissements médico-sociaux qui n'ont pas ce statut particulier ressentent davantage l'impact de la loi HPST ?
Oui je pense. J'ai du mal à me désaxer des ARS dans la loi HPST. C'est vécu comme un alourdissement des procédures et un agrandissement de la distance entre les organismes de tutelle et les associations. C'est ça qui remonte, sans aller le chercher. Des processus décisionnels plus longs, de plus grandes difficultés à faire aboutir des projets, des contraintes à la baisse des financements. Après ce que je visualise mal, c'est ce qui a été mis en place dans le champ médico-social, en matière d'animation locale, depuis la création des ARS. Ca je le perçois très peu.

Estimez-vous que la loi HPST a tendu davantage à déconcentrer, à décentraliser ou, au contraire, à reconcentrer la gestion du système de santé ?

Ca dépend de quoi on parle. La gouvernance du système de santé c'est extrêmement macro. Je ne peux pas répondre, je suis très éloignée de ça et j'ai peu de retours locaux.

Comment le secteur MS est intégré et quels effets ça peut donner par rapport aux orientations prises… moi j'ai pas de visibilité.

Déconcentration, d'un point de vue théorique oui. La mise en place de CPOM et la responsabilisation des échelons locaux, ça c'est typique de la déconcentration, mais ça ne veut pas dire que l'Etat se désengage : l'Etat déconcentré, c'est toujours l'Etat.

Après, effectivement, c'est un mode de gouvernance différent. Avant, les processus décisionnels restaient à Paris en gros, dans les sphères ministérielles. L'argument, c'est quand même les besoins locaux. En ça, la loi qui ne fait que reprendre certains principes, comme les conférences de territoire, l'approche locale des besoins, la dissociation des territoires administratifs des territoires de santé, etc. Tout ça, c'était déjà inscrit dans les lois précédentes, on l'a conforté. Dépasser les territoires administratifs qui ne correspondent à rien, c'est un vrai besoin. C'est l'exemple de l'hôpital à la frontière de deux départements, ou de l'établissement transfrontalier. Il faut réussir à faire sauter ces calques administratifs, qui font de jolies cases mais qui ne correspondent pas à la réalité des populations et donc après des projets.

Dans l'esprit de la loi, c'est quand même beaucoup de déconcentration et la remontée des besoins locaux. Après, dans les faits, est-ce que la création des ARS qui sont quand même devenues des monstres politiques aussi, de par la puissance et les enjeux de pouvoir qui sont générés, je suis pas sûre qu'ont ait gagné en autonomie au niveau de ces instances-là. Par contre la remontée d'informations vers le ministère est encore plus importante que ce qu'elle était avant avec les ARH et les DRASS, parce qu'il y a des enjeux hyper forts en termes de RH, de financements, de beaucoup de choses.

Mais ça, c'est plutôt un contre-effet de la loi, c'est peut-être pas ce qui était attendu. Mais c'est certain que, quelles que soient les régions, ça a renforcé les remontées d'informations et la pression des remontées. Donc c'est vrai qu'on peut pas dire que la déconcentration dans ce cadre-là, ce soit la meilleure des réussites.

Vous parlez d'enjeux de pouvoir à l'échelle des ARS. Vous pouvez expliciter votre propos s'il vous plaît ?

C'est plutôt au niveau organisationnel. La constitution des ARS, de par l'origine professionnelle des agents de l'assurance maladie et de l'Etat, a profondément impacté ces modes de fonctionnement et les enjeux de qui occupe quel poste, etc. Toute l'organisation de la structure administrative de gouvernance de la santé, du social et du médico-social, avec la création des ARS et la RGPP à côté, avec les DDI, etc., a fait voler les organisations (c'est surtout vrai pour les cadres supérieurs). La répartition des cartes a quand même beaucoup tiraillé et quand on enlève ou rajoute des gens qui n'ont pas forcément les mêmes niveaux de rémunération, mais qui ont les mêmes fonctions, c'est clair que ça crée des enjeux de pouvoir.

Après, les enjeux de pouvoir plus des structures associatives (parce que là, on est dans l'interne). Après, il y a la procédure des appels d'offres qui crée de la concurrence, la mise en concurrence des instances. Après des enjeux de pouvoir il y en avait déjà avant, même si c'est récent ces appels à projets on ne fait que les accentuer.

Ce qui est clair, c'est qu'on va vers une concentration de tout ce qui est médico-social, mais c'est pas la loi HPST en soi, c'est une grande évolution, avec les EHPAD, la mise aux normes... On veut des gestionnaires à la tête de ces établissements et c'est tout à fait logique. Y a une révolution sur certains types d'établissements médico-sociaux, et donc il faut un certain nombre de places pour tenir économiquement, donc déjà ça fait du ménage. Ca crée de la concentration, du rachat de parts,

de lits, pour créer de plus gros établissements. Y a quand même une tendance financière à la concentration des structures, des associations gestionnaires, etc.
Les CPOM, c'est une carotte, mais il faut dans le médico-social être plusieurs pour y prétendre, avoir plusieurs établissements. Donc il y a quand même des différences de statuts qui se créent entre les grosses associations et les toutes petites, même si elles ont leur place et leur utilité.

Comment décririez-vous l'impact de la loi HPST sur l'articulation entre les champs sanitaire, social et médico-social ?
Dans les faits, je ne sais pas. Après, le but c'est de favoriser les filières dans le sens positif, c'est le fait qu'un usager qui vient avec des besoins sanitaires, mais aussi psychiques, sociaux, puisse avoir une réponse adaptée, qu'il y ait un parcours de soins, un parcours de santé. C'est prôner des articulations, des partenariats, aller peut-être plus sur des formules plus souples dans les types d'interventions, être peut-être plus innovants sur les passerelles entre les établissements, sur le soutien que l'un peut donner à l'autre, sur la mutualisation des moyens aussi puisqu'on est beaucoup sur la recherche d'efficience. Donc mutualiser tout ce qui est mutualisable pour dégager des marges de manœuvre, qu'on met sur d'autres choses qui sont plus valorisantes.
Donc c'est tout ça, ce rapprochement, ce décloisonnement en fait. Décloisonnement entre le sanitaire, le social et le médico-social. Maintenant, on bute vite sur les problèmes de l'offre. L'articulation avec la psychiatrie et ses modes d'intervention, ici, c'est compliqué, et on voit qu'on aurait tout intérêt à avoir des conventions pour la gestion des crises ou des suivis thérapeutiques.

Mais pour vous, si je comprends bien, ce décloisonnement n'est pas effectif…
Je ne sais pas. C'est vrai que c'est très rigide encore. Même au sein du système purement hospitalier, entre le psychiatrique et le somatique : ce sont deux univers qui ont déjà du mal à faire des ponts entre eux. Après, c'est souvent ça, ça dépend de personnes-ressources qui se rencontrent à un moment donné, des personnes du médico-social et du sanitaire qui se rencontrent et qui ont envie de travailler ensemble, qui vont utiliser les outils qui existent pour formaliser quelque chose et mettre en place un partenariat.

La loi HPST a-t-elle eu un impact sur les relations entre le champ social et celui médico-social, plus précisément ?
Alors, déjà structurellement, le social qui relevait de l'Etat est passé au Conseil général, hors champ ARS. Ca ne facilite pas les échanges, structurellement. Donc après le social est associé aux schémas, dans le cadre de la gouvernance, mais comme il était avant sur les SROMS. Il y a des ponts qui se font, on est sur les instances des collectivités territoriales d'un côté et les structures d'Etat de l'autre (ARS ou autres). Après, donc, il y a du partenariat à créer, le partenariat est imposé effectivement dans les instances de gouvernance de l'ARS (la CRSA, les commissions de coordination… enfin je ne sais plus comment elles s'appellent).
Enfin on a bien vu que dès le départ, cet enjeu d'associer les collectivités territoriales, qui ont la compétence du social, a été intégré. Et heureusement : on ne peut parler du social sans parler des collectivités qui le décident ou qui le mettent en œuvre.
Après, là on est sur les instances de gouvernance, mais sur les associations gestionnaires, je dirais que le social et le médico-social on est très proche fonctionnellement. Nous médico-social ici, on travaille avec les MDPH, avec le secteur social (AEMO, ASE, MDSI locales). Le travail de terrain se fait naturellement entre le social et le médico-social.

La loi HPST a-t-elle favorisé la démocratie sanitaire ?
Là aussi, dans ces structures, oui, tel que c'est planté, la participation des usagers, la représentation des associations dans les différentes instances, tout ça, sur le papier forcément que oui. Dans les

faits, je ne peux pas vous dire. Parce que l'enjeu, c'est de savoir si les représentants des usagers, dans les instances, pèsent sur les décisions ou non. Et là on est sur des enjeux de pouvoir.

Vous pensez qu'ils pèsent sur les décisions.
Je ne sais pas. Ca dépend vraiment de comment fonctionne chaque instance, et ça peut vraiment être variable d'une ARS à une autre, cette affaire-là. En fonction des personnalités, pas des collusions car ce n'est pas le mot, mais en fonction des regroupements de points d'intérêts, ou pas, entre plusieurs associations, le poids qu'elles pèsent, etc. Il y a beaucoup d'enjeux derrière les représentations dans des instances.
Donc oui, je pense qu'elles peuvent peser, mais est-ce qu'elles pèsent, je ne sais pas, je ne sais pas. Le système permet de le faire, s'il fonctionne tel qu'il est prévu et sans trop de biais divers et variés. Le système permet au moins d'officialiser l'existence d'une parole, c'est-à-dire qu'on ne peut pas nier la parole des représentants des usagers ou même des acteurs locaux, pour faire plus générique.
Donc ça veut dire qu'on ne peut plus dire, qu'on ne peut plus oublier d'inviter ceux-ci, ceux-là… De fait, ils font partie de l'organisation, de la gouvernance. Après, comment ils réussissent à s'en saisir, comment on leur laisse la place, sur quoi on leur laisse une marge de manœuvre ou pas, là c'est plus compliqué. Ce serait extrêmement intéressant à analyser, juste au niveau d'une instance, d'une CRSA par exemple. Le ressenti des gens qui représentent, qui ils représentent, comment ils ont été choisis, quelle est leur représentativité… Ce serait très intéressant.

Comment qualifieriez-vous les relations entre les ARS et les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux ?
Nous, là, on est en construction de nos relations avec les ARS, de par notre évolution. Je dirais pas qu'on n'en a pas, puisqu'on y a été y a pas longtemps, pour se présenter avec le nouveau directeur. Le directeur est un ancien inspecteur, donc ça facilite quand même les rapports. Il y a une communauté professionnelle, mais ça ne veut pas dire pour autant qu'il y aura des passe-droits en termes de financement, c'est pas le problème. C'est juste que les relations se passent un peu différemment, l'accès est un peu médiatisé. Après, l'ARS Aquitaine est encore en réflexion sur son organisation la plus adaptée pour répondre aux missions qui lui sont confiées et justement, en particulier en matière d'animation des territoires. Tant que cette organisation ne sera pas trouvée, que les différents services ne seront pas clairement positionnés, auront clairement du temps à consacrer à telle ou telle mission, je ne pense pas que les relations entre les établissements et l'ARS s'améliorent grandement. Parce que déjà il faut du temps pour des macrostructures comme les ARS qui ont généré des impacts énormes, culturels. Bon ça a quand même bouleversé beaucoup de choses en interne. Donc c'est sur plusieurs années. On est en 2013, depuis 2010, ça fait juste 3 ans, donc je pense que c'est maintenant qu'on devrait pouvoir commencer à travailler sereinement avec les équipes, si ça a pas trop bougé entre temps, car si on fait des révolutions tous les ans, c'est sûr qu'en interne c'est compliqué. La gestion du changement, c'est bien, mais après il faut pas faire ça trop trop souvent. Donc après, si l'ARS arrive à trouver un mode d'action qui fait que même les associations ont des interlocuteurs clairement identifiés, sur la tarification, sur la planification, etc., et qu'on ne supprime pas trop de moyens humains non plus (parce qu'à un moment il faut quand même en parler), on arrivera à renouer un partenariat plus fluide.
Pour l'instant, les relations à mon avis sont plutôt crispées. Les relations sont cristallisées, on est resté sur ce qu'il y avait avant sans arriver à vraiment développer de nouveaux projets. Ca s'est un peu rigidifié au niveau des relations.

Qu'est-ce qui explique cette rigidification ?
Globalement, ils n'arrivent pas à sortir la tête de l'eau, à donner du temps, à participer à des réunions, à aller dans les associations, dans les conseils d'administration, sur le terrain quoi. Le

temps consacré aux inspections s'est progressivement réduit à une peau de chagrin, pas par manque de volonté de faire des inspecteurs, mais parce qu'il y a toutes les autres missions qui s'accumulent. Du coup, si on va moins dans les établissements on les connaît moins, donc on doute plus, donc il faut arriver à travailler sur un mode partenarial entre établissement et tarificateur, tout en étant dans des relations de tarification, mais pour la planification c'est du partenariat avant tout : c'est du débat, c'est de la discussion, c'est de l'analyse de besoins, c'est de l'explicitation de situations…
L'application du même taux d'évolution pour tous pendant des années, c'est très tendance c'est sûr, mais ça correspond pas à des histoires d'établissements. Conjoncturellement, une année, vous avez beaucoup de départs à la retraite, donc votre masse salariale baisse, mais deux ans après la situation n'est pas du tout la même. Mais si on n'arrive pas à avoir une approche un peu fine des budgets des établissements… C'est vrai que le sanitaire, avec la T2A, n'est pas du tout sur ce mode de fonctionnement, c'est mathématique… Dans le médico-social, on n'est pas tout à fait là-dessus. Le risque, c'est qu'on ait tendance à faire des tarifs homogènes, sur la tarification là il y a un vrai enjeu. La « sanitarisation » comme vous disiez, en matière de tarification, oui c'est un vrai risque.
Alors là aussi, il y a certainement des écarts qui ne s'expliquent pas entre des établissements, c'est fortement possible, mais c'est pas en faisant ce type de raccourcis, tout le monde avec un tarif unique, qu'on gagne en efficacité au niveau des structures. Mais réfléchir sur des ratios, sur de la vraie évaluation, évaluation des besoins, de l'activité, ça oui. Ca on n'est pas encore très très bon quand même. Les indicateurs d'activité, je sais plus où ça en est au niveau de la réflexion, sur les différentes structures médico-sociales, mais là y a un vrai enjeu. Mais il faut comparer ce qui est comparable ! Dans le sanitaire, un acte de chirurgie, c'est le même à Lyon et à Marseille, a priori c'est le même type d'actes. Pour les médico-sociaux, derrière l'intitulé CAT, enfin ESAT maintenant, ou les IME par exemple… si on regarde pas qui il y a dedans… s'il y a des troubles autistiques ou des déficiences intellectuelles, déjà ça n'a rien à voir ! Les professionnels qu'il y a dedans, c'est différent aussi. Vous voyez, le médico-social nécessite d'aller dans la connaissance des populations et du public. Et ça ça demande quand même du temps, et je sais pas si les ARS arrivent à dégager ce temps pour le médico-social : un peu de terrain quoi.

Avez-vous eu l'écho d'ingérences de l'ARS dans la gestion d'établissements ?
Je ne sais pas, mais ça ne me choque pas non plus. Un établissement médico-social doit être transparent, sur le plan financier, des RH. Mais pour moi, ce n'est pas de l'ingérence, si on a les arguments pour expliquer le pourquoi du comment.
Par contre, l'inverse de ça, c'est « de toute façon on vous fait la coupe et vous vous démerdez avec ! Je pense que vous avez une masse salariale, donc je fais un ratio et voilà votre notification, voilà votre dotation ! »
Mais ça c'est pas de l'ingérence. L'ingérence c'est de la prise de pouvoir à quelqu'un, sur un champ de compétence qui lui correspond : « vous devriez recruter ou tel, parce que ça vous coûterait plus cher… »
Quand on discute de pourquoi il y a des écarts, c'est ça qui nous rend plus légitimes. Et dans notre territoire, on ne m'a jamais parlé d'ingérences de l'ARS, on m'a surtout parlé de la distanciation et de la lourdeur du système, de la difficulté à obtenir des réponses, de l'organisation même qui avait profondément changé.

Quelle évolution devrait connaître la gouvernance du système de santé, dans les années à venir ?
Je ne me risquerai pas à faire de la prospective, mais je peux vous donner une réponse normative. Déjà juste à parvenir au décloisonnement, à faire en sorte qu'il y ait plus de souplesse, que l'hôpital soit plus mobile, que ces ponts et ces partenariats se fassent entre établissements, on y gagnerait vraiment… et surtout l'usager.
On se révolte contre des effets induits, l'engorgement des urgences, tout ça, et en même temps on n'arrive pas à agir sur ce qui fait que ça pourrait être autrement. Donc la loi HPST elle permet

certainement plein de choses, maintenant j'espère vraiment que ça va se mettre en place tel que c'est proposé dans la loi.

Vous pensez que dans la loi HPST, il y a en germe ce qui peut permettre de décloisonner le système ?

Déjà, les groupements de coopération, ces instances de collaboration… bon après, ça génère de la lourdeur, ces gros mastodontes, mais sur la logique, ces groupements qui ont tendance quand même à décloisonner, à fédérer différents établissements autour de problématiques locales, ce qui permet de gagner du temps, et donc forcément de l'argent…

Je vais me faire un peu provocateur, mais les premiers instruments juridiques de coopération ont été institués par le législateur dès 1970. Quel est donc véritablement l'apport d'HPST, pour favoriser ce décloisonnement ?

On pourrait dire la même chose des regroupements en collectivités territoriales. Il faut peut-être que le législateur passe par la coercition, ça ne me choquerait absolument pas. Oui c'est douloureux ce genre de choses, mais bon, on réussit bien à fermer des maternités parce qu'il n'y a pas de sécurité. Si on estime que, après des audits ou je ne sais quel type d'analyses, objectivés, qui correspondent à un besoin, qui démontrent que la solution ce serait celle-ci, un constat partagé, moi ça me choquerait pas. Et c'est pareil pour les collectivités territoriales, à mon avis.

Si les gens qui sont dans les instances de gouvernance n'arrivent pas à se saisir et à proposer ce vers quoi il faut qu'elles aillent, parce que c'est leur seule survie aussi parfois, eh bien je suis désolée mais c'est au législateur de l'imposer. On n'a pas hésité à fermer certains EHPAD, parce qu'ils n'arrivaient pas à se mettre en conformité avec la loi. Ca a gêné un petit peu, mais pas tellement de monde quand même. Ca répondait à des besoins, à des normes de sécurité, et qu'il y avait un consensus sur lequel on ne pouvait plus rester dans un système où les personnes âgées étaient en situation de risque.

Evidemment, ce n'est pas vraiment le même contexte, mais si on estime que tel et tel établissements doivent coopérer, à ce moment-là il faut l'imposer. Je suis un peu raide, mais à force de tout le temps attendre que les structures aient envie de, après c'est plus une question d'envies, les usagers ce sont des besoins qu'ils ont, pas des envies. L'incitation ne suffit pas.

Pour le coup, l'ARS doit être ingérente, avec les CPOM aussi… Il y a quand même des outils qui permettent d'être un peu coercitif.

Thème n°20 *Animé par : Zylberman, Patrick, Professeur des Universités*

La mise en place des ARS : une réforme au milieu du gué

Cerclier Gabriel, IASS

Lefaivre Yannick, AAH

Lusteau Pierre, IES

Morales Brice, IASS

Morandi Stéphane, D3S

Mouronval Quentin, DH

Orliac Philippe, DS

Ringot Thaïs, DH

Soto Julien, D3S

Résumé : La loi « HPST » du 21 juillet 2009 a créé les Agences Régionales de Santé (ARS), établissements publics de l'Etat à caractère administratif, qui regroupent 9000 agents. Elles sont dirigées par un directeur général, souvent surnommé « préfet sanitaire », dont la mission est de réguler l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale sur le territoire régional en application de la politique nationale de santé. Trois ans après l'installation des ARS, est examiné l'écart entre la règle de droit et son application concrète. La rencontre avec les professionnels a été le support de l'analyse.

La mise en place des ARS est une réforme structurelle encore inachevée. Pour les personnels interrogés, la création de cette nouvelle entité n'a pas, pour l'instant, assez fait progresser la transversalité, les directions sanitaires et médico-sociales sont la plupart du temps séparées. Le positionnement des délégations territoriales vis-à-vis du siège semble aussi à clarifier. Un autre aspect du décloisonnement interne des ARS est celui de la gestion des ressources humaines tant les inégalités de statuts et de conditions d'emploi peuvent être un obstacle à l'efficience professionnelle dans une même collectivité de travail. Une harmonisation des statuts est souhaitée *a minima* mais une évolution vers des statuts uniques (corps uniques ou statuts d'emplois) est aussi une piste d'évolution possible. Décloisonnée en interne, cette nouvelle institution a pour principale finalité le décloisonnement des prestataires sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Or, si les acteurs de terrain semblent s'être approprié l'esprit général de la loi, la mise en œuvre efficace des différents outils du décloisonnement est beaucoup plus complexe et inaboutie. Il est rappelé, notamment, que le décloisonnement est aussi une question de culture professionnelle, d'où l'importance de la formation des personnels en la matière. Enfin, la démocratie sanitaire se développe avec la mise en place de la Conférence régionale de santé (CRSA), laquelle apparaît comme une instance jugée satisfaisante dans son champ de représentation et dans son domaine de concertation et de négociations ; l'approfondissement de la démocratie sanitaire reste un objectif partagé. Ainsi, il ressort de l'ensemble de cette étude que *la mise en place des ARS est une réforme au milieu du gué…*

Mots clés : agence régionale de santé, ARS, assurance maladie, CHT, coopération, corps, décloisonnement, déconcentration, démocratie sanitaire, département, efficacité, efficience, établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, GCS, gestion des ressources humaines, région.

L'École des hautes études en santé publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les rapports : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs