



**EHESP**



---

**Master 2 Pilotage des Politiques et  
Actions en Santé Publique (PPASP)**

Promotion : **2009-2010**

Date du Jury : **29 juin 2010**

---

**L'Agence Régionale de Santé :  
quelle plus-value organisationnelle par  
rapport aux structures précédentes ?**

**L'exemple de la région Nord – Pas-de-Calais**

---

**Georges-Hubert  
DELPORTE**

---

# Remerciements

---

*Je tiens à remercier Monsieur Lenoir, Directeur de l'Agence Régionale de Santé du Nord Pas-de-Calais, de m'avoir accueilli au sein de son Agence,*

*Monsieur Delaeter, pour son aide et ses conseils,*

*Monsieur Malaizé, pour sa pédagogie et sa présence,*

*Madame Degrugillers, pour ses conseils et son soutien,*

*L'ensemble des membres de l'Agence Régionale de Santé pour l'accueil qu'ils m'ont témoigné.*

---

# Sommaire

---

Introduction.....	1
1 Quelles ambitions pour les ARS ?.....	7
1.1 L'analyse stratégique : grille d'analyse de l'ARS du Nord – Pas-de-Calais .....	7
1.1.1 La méthode .....	7
1.1.2 Les résultats obtenus.....	9
1.2 Décloisonnement et efficience : les objectifs-clé de la réforme .....	11
1.2.1 Le décloisonnement : vers une gestion globale du système de santé.....	13
1.2.2 L'efficience : un impératif au centre de l'ARS.....	19
2 Dans les faits, un modèle à améliorer .....	24
2.1 Quelles évolutions organisationnelles pour atteindre les objectifs fixés aux ARS ?	24
2.1.1 Vers un réel décloisonnement .....	24
2.1.2 Une logique territoriale renforcée.....	28
2.2 Comment mettre en œuvre le changement au sein de ces nouvelles Agences ?	31
2.2.1 La mise en place d'une démarche de réingénierie des processus : quels objectifs ? .....	31
2.2.2 Proposition de mise en œuvre d'une telle démarche .....	34
Conclusion.....	41
Bibliographie.....	45
Liste des annexes.....	I

---

## Liste des sigles utilisés

---

- ARH** : Agence Régionale de l'Hospitalisation
- ARS** : Agence Régionale de Santé
- CAR** : Comité d'Action Régionale
- CNAMTS** : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
- CRAM** : Caisse Régionale d'Assurance Maladie
- CNSA** : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
- CRSA** : Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie
- DDASS** : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
- DDCS** : Direction Départementale de la Cohésion Sociale
- DRASS** : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
- DRJSCS** : Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale
- FIQCS** : Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins
- GRSP** : Groupement Régional de Santé Publique
- IGAS** : Inspection Générale des Affaires Sociales
- MCO** : Médecine, Chirurgie, Obstétrique
- MRS** : Mission Régionale de Santé
- MSA** : Mutualité Sociale Agricole
- PRIAC** : Programme Régional Interdépartemental d'Accompagnement du Handicap et de la perte d'autonomie
- RSI** : Régime Social des Indépendants
- SDOSMS** : Schéma Départemental d'Organisation Sociale et Médico-Sociale
- SROS** : Schéma Régional d'Organisation des Soins
- SWOT** : Méthode d'analyse stratégique selon forces (Strengths), faiblesses (Weaknesses), opportunités (Opportunities) et menaces (Threats)
- URCAM** : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie
- VSS** : Veille et Sécurité Sanitaire

## Introduction

La loi 2009-879 du 21 juillet 2009 relative à l'hôpital, aux patients, à la santé et aux territoires apporte des évolutions importantes en matière d'organisation de l'offre de soins, son titre IV remodelant l'organisation du système de santé à l'échelon régional en créant les Agences Régionales de Santé (ARS).

Ce choix d'une agence unique, ayant le statut d'établissement public, semble marquer le renforcement de l'échelon régional en matière d'organisation du système de santé.

L'Agence se voit ainsi confier un certain nombre de missions principales : le développement d'une vision globale de la santé, intégrant la prévention et l'offre de soins hospitalière et médico-sociale ; la promotion d'un système de santé plus efficient, à la fois dans sa gestion (efficience de l'Agence) et dans son opérationnalité (efficience des acteurs).

Dans ce contexte, l'Agence est positionnée comme le garant à la fois de l'adaptation de l'offre de soins aux besoins et de la population et de la bonne utilisation des ressources de l'Assurance maladie, dans le cadre de l'enveloppe contrainte que constitue l'Objectif national de dépenses de l'Assurance maladie (ONDAM).

Ainsi, il est légitime de s'interroger sur la pertinence et la cohérence des choix qui ont présidé à la construction de ces ARS, afin d'étudier leur adéquation avec les objectifs assignés aux Agences. Alors qu'elles commencent à s'installer, un regard sur le processus ayant conduit à leur création et sur les opportunités qu'elles offrent sur le plan de la santé publique, de l'offre sanitaire et médico-sociale pourra constituer un élément de réflexion lors de l'évaluation ultérieure de ces Agences.

D'un point de vue historique, la création des ARS constitue l'aboutissement de réformes antérieures, en s'inscrivant dans un processus progressif d'affirmation de la pertinence du niveau régional en matière de politique de soins.

L'idée d'une Agence Régionale de Santé n'est pas nouvelle. Si en 1982 la loi Deferre marque le début d'un mouvement de décentralisation, il est important de noter que le système sanitaire n'était pas à l'époque au cœur de ce mouvement. Le niveau régional était cependant préexistant en la matière, les Directions Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales ayant été créées dès 1972. Ce niveau régional a par la suite été renforcé par la loi du 31 juillet 1991, instituant les Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire (SROS). La création des SROS, dans le but de permettre une meilleure adaptation de la planification de l'offre de soins aux besoins des populations est une étape fondamentale dans l'affirmation de l'importance de l'échelon régional en matière d'organisation des soins.

En 1996, les ordonnances Juppé créent les Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH), qui proposent la collaboration entre les services de l'Etat et de l'Assurance maladie en matière d'offre de soins hospitalière. La décision de créer des agences dont le périmètre est limité au domaine hospitalier fait écho à une recommandation du Rapport Santé 2010 rédigé par Raymond Soubie, dans le cadre des travaux du Commissariat Général du Plan<sup>1</sup>. Ces Agences Régionales de l'Hospitalisation verront leurs prérogatives renforcées par l'ordonnance 2003-850 du 4 septembre 2003. Cette ordonnance a simplifié le dispositif de planification et le régime des autorisations tout en introduisant la possibilité pour les établissements de santé de mettre en œuvre des coopérations, par le biais des Groupements de Coopération Sanitaire. Dans le même temps, le Directeur de l'ARH voyait ses pouvoirs renforcés, un transfert d'une partie des compétences jusqu'alors confiées aux Préfets étant opéré à cette occasion<sup>2</sup>.

Parallèlement au développement de la régulation de l'offre de soins pour le secteur hospitalier, le secteur libéral est resté relativement libre. Le principe de la liberté d'installation des médecins libéraux, instauré en 1946 et régulièrement remis en débat n'ayant jusqu'à présent pas fait l'objet d'une réelle remise en cause. Le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie indiquait néanmoins dans son rapport établi le 23 janvier 2004 qu'il faut s'interroger « sur le bien fondé de la totale liberté d'installation des professionnels de santé libéraux ».

De son côté, le secteur médico-social a fait l'objet de nombreuses réformes, visant à réguler et adapter l'offre aux besoins de la population. La loi du 30 juin 1975 fixe le cadre juridique de l'action des pouvoirs publics en matière médico-sociale, confie la reconnaissance du handicap à des commissions départementales et régleme les conditions de création et de financement des établissements médico-sociaux. Par la suite, la loi du 2 janvier 2002 permet la diversification des prises en charge offertes dans le champ médico-social et crée le Schéma Départemental d'Organisation Sociale et Médico-Sociale (SDOSMS). Ce SDOSMS vise les mêmes objectifs que le SROS du secteur sanitaire, en affirmant la volonté de mettre en œuvre une planification au regard des besoins de la population. Les modalités de rédaction du schéma restent cependant différentes dans le secteur médico-social, le SDOSMS étant arrêté conjointement par le représentant de l'Etat dans le département<sup>3</sup> et le Président du Conseil Général. La planification se veut donc départementale. Les pouvoirs publics n'ont ainsi pas choisi de

---

<sup>1</sup> Le rapport préconisait en effet une procédure de consultation – contractualisation assurée au niveau régional pour les soins hospitaliers, en opposition aux soins ambulatoire de médecine générale, qui pourraient faire l'objet d'une procédure à l'échelon départemental.

<sup>2</sup> A partir de 2003, les ARH sont seules compétentes en matière d'autorisation en santé.

<sup>3</sup> Dans les faits, ce sont les services de la DDASS qui assuraient la négociation avec le Conseil Général en vue de l'établissement du schéma.

créer une agence régionale en charge de l'organisation sociale et médico-sociale, qui aurait pu être l'homologue de l'ARH dans ce secteur.

L'organisation du système de santé, incluant le médico-social, apparaissait donc jusqu'à 2009 fragmenté, avec des compétences réparties entre des acteurs multiples. Cette situation a abouti à la création de déséquilibres dans l'offre de soins entre les secteurs ruraux et urbains, à la multiplication de dispositifs qui parfois se chevauchent, notamment en matière de prévention et à une difficile articulation entre l'offre sanitaire et médico-sociale. Les Agences Régionales de Santé sont créées en vue de remédier à ces difficultés. Elles disposent pour ce faire d'un certain nombre d'outils, qui pourront contribuer au remodelage de la planification des soins à l'échelle de la région.

Les agences régionales de santé, en réunissant au sein d'un même organisme des services de l'État et de l'assurance-maladie, et en ouvrant le champ de la santé de manière intégrale à l'échelon régional, proposent un nouveau mode de gestion de notre système sanitaire.

Cette nouvelle organisation répond à des défaillances organisationnelles de notre système de santé pointées de longue date. La création d'un opérateur unique doit ainsi permettre de décloisonner les soins hospitaliers, les soins ambulatoires et la prise en charge médico-sociale. Par ailleurs, la sortie de l'hospitalocentrisme et l'association d'une dynamique de prévention transversale à l'ensemble des actions menées au sein de l'agence, permettront l'émergence d'un système cohérent et plus efficient pour les usagers. De plus, l'organisation territoriale mise en œuvre au sein de la future agence permettra de mieux structurer l'offre de soins primaires et d'améliorer l'organisation de la permanence et la gradation des soins.

Ce manque de coordination entre les professionnels libéraux et les établissements de santé est la conséquence d'un cloisonnement historique à la fois des acteurs et des outils de pilotage. Dans ce sens, la réunion au sein d'un organisme commun des acteurs en charge de la planification de ces deux secteurs de soins, assurera un pilotage unifié de ces deux démarches et permettra une meilleure cohérence de l'offre de soins entre les secteurs libéraux et hospitaliers.

La création d'un volet ambulatoire au sein du schéma régional d'organisation des soins témoigne de cette volonté des pouvoirs publics de mieux répartir les professionnels libéraux sur le territoire.

De plus, la création des communautés hospitalières de territoire, qui vient compléter le dispositif déjà existant de groupements de coopération sanitaire élargit la liste des outils juridiques favorisant ainsi les coopérations interhospitalières.

Le secteur médico-social n'est pas en reste : la loi hôpital, patient, santé, territoires crée les schémas régionaux d'organisation sociale et médico-sociale qui constitue l'équivalent des schémas régionaux d'organisation sanitaire pour le secteur médico-social. On assiste donc à une harmonisation des dispositifs de planification dont on peut espérer qu'elle sera à l'origine d'une meilleure organisation de l'offre sur le territoire.

De plus, l'annonce des pouvoirs publics de la requalification de lits de médecine, chirurgie, obstétrique en lits dédiés au secteur médico-social marque une évolution importante du secteur<sup>4</sup>. Finalement, face aux évolutions démographiques à venir, les secteurs sanitaire et médico-social évoluent et ont en effet tendance à se rapprocher.

Le renforcement des liens entre ces deux secteurs et le rapprochement de leurs outils de planification aura probablement un impact positif d'un point de vue financier : la rationalisation de l'offre et la fluidification du parcours de l'utilisateur d'un secteur à l'autre sera à l'origine d'économies pour l'assurance-maladie.

Le domaine de la prévention devrait lui aussi bénéficier de la création de ces nouvelles agences. La démarche en matière de prévention dans un contexte de ressources limitées devrait relever d'une triple logique :

- la mise en commun des programmes menés actuellement par des interlocuteurs différents,
- la mutualisation des moyens déployés jusqu'à présent au niveau régional,
- une planification stratégique des actions de prévention au niveau du siège régional et une déclinaison des actions spécifiques selon les territoires.

Les objectifs poursuivis en matière de prévention et les résultats espérés sont donc globalement les mêmes que ceux qui sont attendus dans les autres secteurs d'activité des agences : une mutualisation des moyens au niveau du siège permettant de réduire les coûts associée à une prise en compte des besoins spécifiques de chaque territoire de santé assurant une réponse aux besoins de chaque population.

La prévention, de par sa dimension transversale, pourra se présenter au sein des ARS comme une fonction structurante dont les objectifs seront décrits au sein du schéma régional de prévention. Il est par ailleurs intéressant de noter que le législateur, par le biais de l'article L 1434 - 6 du code de la santé publique, prévoit que les crédits attribués à l'agence régionale de santé pour le financement de ses actions de prévention ne pourront être affectés au financement d'activités de soins ou de prise en charge d'accompagnements médico-sociaux. Cette disposition peut être interprétée comme une

---

<sup>4</sup> Discours de Madame Roselyne BACHELOT-NARQUIN, Ministre de la santé et des sports pour la discussion générale du projet de loi « HPST » « Hôpital, patients, santé et territoires » - Mardi 10 Février 2009

volonté du législateur de donner une place primordiale à la prévention en dehors de toute considération liée à un opérateur. Plus encore, ce principe de non-fongibilité des enveloppes assure à la démarche de prévention des financements spécifiques, lui conférant ainsi une légitimité propre et la garantie de son autonomie.

Ce positionnement de la politique de prévention comme un élément transversal à l'ensemble des pôles qui constitueront la future agence semble marquer le retour de la dynamique préventive dans notre système de santé. Il est ainsi souhaitable qu'une place plus importante soit accordée à cette politique de prévention, dont la promotion est susceptible de procurer des économies importantes à l'assurance-maladie. A cette fin, la démarche de prévention devra trouver sa place au niveau du secteur ambulatoire, où une évolution de la rémunération des médecins prenant en charge des malades atteints d'une affection de longue durée devra être opérée afin de permettre l'essor de cette politique.

Un autre domaine nécessitera une implication forte des futures agences, il s'agit des questions relatives à la gestion du risque. Cette expression générique regroupe en fait une réalité beaucoup plus large qui s'étend de la santé publique à la maîtrise économique des dépenses de santé.

Le volet santé publique de la gestion des risques peut être de manière générale assimilé à la politique de prévention mentionnée ci-dessus : la prise en compte des besoins spécifiques d'une population afin de lui proposer une offre de santé répondant à ses besoins.

Parallèlement à cette dimension de santé publique, notre système de santé s'inscrivant dans un ensemble économique où les ressources sont limitées, il est indispensable de réfléchir à la mise en œuvre des missions historiques de l'assurance-maladie en matière de gestion du risque économique. Cette démarche, visant à optimiser l'utilisation des ressources affectées aux opérateurs de notre système de santé, apparaît également comme une dimension transversale au sein de la future agence. La caisse nationale d'assurance-maladie indique à ce propos que « les agences seront un nouvel outil pour développer la productivité des établissements de santé publics et privés et la caisse entend être (...) une force de propositions pour parvenir à une meilleure gestion du risque de santé, y compris dans le domaine des soins hospitaliers ». (Rapport d'information de la commission des affaires sociales du Sénat sur l'état des comptes de la sécurité sociale en vue de la tenue du débat d'orientation des finances publiques pour 2010 n°544).

Dans ce contexte, si les objectifs et le potentiel des futures agences apparaissent clairement, un certain nombre d'interrogations subsistent quant aux modalités pratiques de mise en œuvre de ces futures organisations.

On peut en effet légitimement s'interroger sur la marge de manœuvre qui sera laissée aux directeurs généraux dans le cadre de la définition de la stratégie régionale : s'agit-il de mettre en œuvre à l'échelle régionale une politique nationale ou de définir régionalement les objectifs à atteindre dans le cadre d'une politique de plus grande envergure ? La première hypothèse, qui suppose l'existence dans chaque région d'un socle commun d'objectifs de santé publique pose la question de la prise en compte des besoins réels qui pourront être remontés par les territoires de santé. De son côté, la deuxième hypothèse pose la question de la cohérence au niveau national des mesures de santé publique mises en œuvre dans chaque région. Une voie médiane pourrait être la définition d'objectifs communs à toutes les régions, en nombre limité, tout en laissant la possibilité à chaque directeur général de développer ses propres objectifs afin d'adapter la politique aux particularités de la région. Les premiers échanges relatifs à l'évaluation des agences par le biais de leur Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens laisse à penser que cette voie intermédiaire, garante à la fois de l'atteinte des objectifs nationaux et de l'adéquation des actions avec les besoins des territoires est celle qui prévaudra dans les années à venir<sup>5</sup>.

La question des relations entre la future agence et les collectivités territoriales se pose également. En effet, alors qu'une réforme des collectivités territoriales est prévue pour les prochains mois, la décision d'introduire un schéma régional dans le secteur médico-social, parallèlement aux schémas départementaux déjà existants pose la question des futures relations entre le siège de l'agence et les représentants des conseils généraux.

---

<sup>5</sup> Le CPOM est signé entre le directeur général de l'ARS et les ministres chargés de la santé, et du travail, des solidarités et de la fonction publique. Son suivi est assuré par le Conseil National de Pilotage des ARS.

# 1 Quelles ambitions pour les ARS ?

## 1.1 L'analyse stratégique : grille d'analyse de l'ARS du Nord – Pas-de-Calais

L'Agence Régionale de Santé du Nord – Pas-de-Calais, en regroupant en une entité unique sept organismes actuellement chargés des politiques de santé dans les régions et les départements ouvre la possibilité de mieux adapter ces politiques aux besoins des territoires, tout en les rendant plus efficaces, dans le cadre d'un système de santé simplifié.

Une telle réorganisation implique nécessairement une phase de réflexion sur les orientations stratégiques de la nouvelle structure. Cette phase a des objectifs multiples. Il s'agit à la fois de permettre aux différents acteurs de partager une vision commune en termes de politiques de santé et d'organisation interne, tout en tirant profit des atouts de chacun pour concevoir une organisation efficiente. Par ailleurs, cette étape offre la possibilité aux différents managers de concevoir ensemble une première ébauche de leur vision commune de l'ARS. Ce dialogue est une étape indispensable de la réorganisation, il permet ainsi de favoriser la cohésion des équipes.

Dans ce cadre, le besoin s'est fait sentir de disposer d'une analyse mettant en évidence les atouts et les contraintes des organisations actuelles, afin d'exploiter au mieux le potentiel de chacun.

### 1.1.1 La méthode

L'analyse SWOT<sup>6</sup> est un outil utilisé dans le cadre de la définition et de la formulation de la stratégie d'une organisation. Elle a pour avantage d'aider à préciser les forces (Strengths), faiblesses (Weaknesses), opportunités (Opportunities) et les menaces (Threats) d'une organisation ou d'une entreprise. Cette analyse présente l'intérêt de permettre la définition d'opportunités stratégiques, laissant au dirigeant la possibilité d'arbitrer entre les différentes options mises en évidence.

De plus, la méthode SWOT prend en compte les facteurs internes et externes qui auront un impact sur la création potentielle de valeur par la structure. Les forces et faiblesses mises en évidence représentent les caractéristiques intrinsèques de l'organisation, sur lesquelles il est possible d'avoir une action efficace, elles représentent le diagnostic

---

<sup>6</sup> La méthode SWOT a été développée dans les années 1960 par quatre professeurs de la Harvard Business School.

interne. De leur côté, les opportunités et menaces assurent la prise en compte des éléments extérieurs à la structure, sur lesquelles l'organisation a un pouvoir d'influence limité, voire inexistant. Cette deuxième partie constitue le diagnostic externe.

La mise en parallèle des diagnostics interne et externe permet de formuler les options stratégiques qui seront soumises à l'arbitrage de la direction.

L'introduction d'une réflexion sur la stratégie de la future organisation dès l'initiation du projet permet de mettre en évidence les facteurs-clé de réussite du projet, en établissant un modèle de développement de la future structure identifiant les activités-clés et la valeur ajoutée issue de la réforme. Finalement, c'est un moyen de « définir le squelette organisationnel » de la future organisation de la manière la plus pertinente possible, en prenant en considération les caractéristiques des organisations actuelles et leur positionnement dans leur environnement, en vue de permettre leur évolution vers une structure cible.

Les objectifs de notre démarche d'utilisation d'une analyse stratégique étaient multiples. La première étape a consisté en une analyse de la loi HPST, en prenant en compte les spécificités de la région Nord Pas-de-Calais. Le texte de loi étant un élément sur lequel nous n'avons pas de moyen d'action direct, il était important de commencer nos travaux en identifiant les opportunités offertes par la nouvelle réglementation, ainsi que les éventuelles menaces qui pourraient voir le jour. Il s'agit donc du volet externe de l'analyse stratégique.

De plus, l'analyse stratégique a constitué un point d'entrée en vue d'associer l'ensemble des acteurs de la démarche. Il est en effet important d'associer les sept organismes qui constitueront la future ARS, en prenant en compte leurs cultures respectives. Cette partie du travail nous a donc amené à développer la partie interne de l'analyse stratégique.

Finalement, le travail sur le texte de loi a permis aux différents acteurs de s'approprier le texte et d'aboutir à des objectifs communs, qui ont constitué les fondements du modèle organisationnel de l'ARS.

L'analyse SWOT nous a ainsi donné un cadre de travail afin d'identifier des questions stratégiques. Cette analyse est limitée aux menaces/contraintes, opportunités, forces et faiblesses qui caractérisent une situation. Forces et faiblesses sont plutôt des considérations internes aux organisations rejoignant l'ARS. Opportunités et contraintes des considérations externes, au regard du texte de loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST).

Cet outil nous a permis de préciser la valeur ajoutée, les avantages et les inconvénients de la mise en place des ARS dans notre région, d'identifier les marges de manœuvre qu'elle autorise et de dessiner le schéma d'organisation optimal.

Les Forces représentent une valeur ajoutée intrinsèque comme une compétence particulière ou une forte reconnaissance de la part de nos partenaires en termes, par exemple, de qualité de service, d'efficacité ou d'efficience sur lesquelles il sera possible de s'appuyer.

A l'opposé les Faiblesses peuvent se traduire par un manque ou un point à développer qui peuvent nous rendre vulnérables demain.

Les Opportunités sont une chance de progrès, la loi peut ainsi nous donner les moyens juridiques de nous amener à changer dans un sens positif comme le développement d'un nouveau service.

A l'inverse, les menaces, ou les Contraintes sous-tendues par la loi sont des points incontournables ou auxquels il faudra apporter une réponse organisationnelle pour éviter qu'ils ne représentent un changement négatif.

### **1.1.2 Les résultats obtenus**

L'analyse stratégique a permis de conclure sur un diagnostic partagé des perspectives qui s'offrent à la future Agence.

Dans ce cadre, plusieurs objectifs ont émergé en regard des finalités du projet de loi.

On peut de manière générale dégager des objectifs stratégiques :

1. Renforcer l'efficacité et l'efficience de notre système de santé,
2. Mieux répondre aux besoins de santé des français,
3. Conforter les grands principes, d'équité et de solidarité.

Parallèlement, des objectifs généraux ont été identifiés et présentent des pistes de travail pour l'organisation. Ces objectifs généraux sont au nombre de 10 et concernent à la fois la gouvernance de l'agence et sa structure fonctionnelle :

- Assurer la priorisation des choix stratégiques au niveau de la direction de l'ARS et les mettre en œuvre,
- Assurer l'égalité d'accès à l'offre de santé de 1<sup>er</sup> recours, sur les plans :
  - géographique,
  - économique,
  - social,
- Organiser la permanence des soins de manière homogène dans la région,
- Améliorer l'efficience et l'efficacité hospitalières,
- Renforcer la prévention et la promotion de la santé,
- Assurer efficacement les missions de veille et sécurité sanitaire,

- Garantir l'efficacité, l'efficience et la qualité des prises en charge,
- Garantir la qualité et la sécurité du dispositif global de santé,
- Faire vivre la démocratie sanitaire,
- Organiser la gouvernance de l'ARS.

Ce travail a par la suite été poursuivi afin d'identifier les objectifs de l'ARS à court (1 à 2 ans), moyen (5 ans) et long terme (plus de 5 ans), ainsi que les facteurs-clé de succès associés à chaque thème.

A ce stade, il est important de noter que les principaux objectifs issus de cette analyse stratégique recoupent la majorité des orientations politiques, telles qu'énoncées à la fois par le biais des discours de la Ministre de la Santé, ou par les rapporteurs des commissions parlementaires amenées à se prononcer sur le projet de création des ARS. On retrouve ainsi des éléments relatifs à la mise en œuvre du Projet Régional de Santé, notamment la capacité de priorisation des choix stratégiques. Se retrouvent également les objectifs généraux assignés à chaque direction « métier » de l'Agence.

De manière globale, le principal enseignement que l'on peut tirer des résultats de cette analyse stratégique est la volonté des équipes de direction de l'Agence de développer les actions transversales au sein des directions, dans un objectif d'amélioration de l'efficience du système de santé, tout en capitalisant sur les atouts de nos organisations actuelles.

Les résultats de l'analyse stratégique ont constitué le socle de la réflexion menée ultérieurement par l'équipe de préfiguration sur les modalités d'organisation de l'Agence. En effet, La démarche d'analyse stratégique, outre son objectif d'identification des principaux leviers d'action sur lesquels la future Agence permettra d'influer, avait également pour but de permettre aux Directeurs des différentes institutions de mener une réflexion commune sur l'avenir de leurs structures. Cette réflexion commune a constitué le préalable nécessaire au lancement des groupes de travail permettant la conduite de la phase d'assemblage.

Par ailleurs, si cette analyse a permis d'identifier un ensemble d'objectifs, il faut néanmoins nuancer les résultats obtenus. En effet, les membres du Comité Stratégique n'ont pas souhaité procéder à une classification des objectifs selon leur orientation (organisation interne, mission, gouvernance, ...). Il a également été décidé de ne pas prioriser les résultats, ce qui ne permet pas de préfigurer les futurs choix tactiques préconisés par les directions actuelles. Cette décision s'explique par la volonté de laisser au Directeur Général Préfigurateur la liberté de prendre les décisions stratégiques en dehors de tout cadre pré-établi précédemment.

De plus, le choix d'organiser la future Agence en fonction des principaux domaines d'activités, s'il permettra une mise en œuvre plus aisée pour les collaborateurs et les partenaires extérieurs, nécessitera la mise en place de projets transversaux afin d'atteindre l'objectif fixé par la loi de décloisonnement des politiques entre ces différents secteurs d'activité. Cependant, ce choix d'organisation en première intention ne présage pas du mode d'organisation qui sera mis en place lorsque la future Agence aura terminé sa montée en charge.

Finalement, ce travail a eu l'avantage de permettre une appropriation du projet de loi par les directeurs des différents organismes impliqués dans la réorganisation et la conception d'une ossature cible qui servira de base aux travaux menés par la suite. Cette analyse a également favorisé la prise en compte des spécificités régionales dans la définition des modalités d'organisation de la future ARS.

## **1.2 Décloisonnement et efficience : les objectifs-clé de la réforme**

Depuis de nombreuses années, les professionnels de santé et les experts du secteur dénoncent le caractère fragmenté et cloisonné de notre système de santé. En effet, de nombreux organismes, relevant de la compétence de l'Etat ou de l'Assurance maladie, interviennent sur le champ de l'organisation de l'offre de santé à l'échelon régional ou départemental.

Cette multiplicité des acteurs provoque un manque de visibilité et de lisibilité étant du point de vue des dispositifs existants que des actions menées. De plus, ce « millefeuille organisationnel » génère des surcoûts de fonctionnement liés à la multiplication des structures.

Préalablement à la mise en place des ARS, les organismes responsables des thématiques de Santé Publique (incluant la sécurité sanitaire), d'organisation des soins sanitaires et médico-sociaux ainsi que les outils de planification à leur disposition étaient extrêmement fragmentés.

En effet, la politique de santé publique faisait l'objet d'un pilotage conjoint des services de l'Etat, de l'assurance maladie, des collectivités territoriales et des agences sanitaires, qui élaboraient le Projet Régional de Santé Publique. La multiplicité des acteurs rend difficile le pilotage de la politique, d'autant plus que le Préfet de Région préside le Groupement Régional de Santé Publique et que les partenaires ont fréquemment le sentiment que la politique reste contrôlée par l'Etat.

Le pilotage de l'offre de soins hospitalière était assuré par le Directeur de l'ARH<sup>7</sup>, qui était « chargé de définir et de mettre en œuvre la politique régionale d'offre de soins hospitaliers ». A cette fin, le Directeur de l'ARH mettait en œuvre le Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS)<sup>8</sup> ayant « pour objet de prévoir et susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins préventifs, curatifs et palliatifs afin de répondre aux besoins de santé ».

La médecine ambulatoire était en ce qui la concerne gérée par l'URCAM<sup>9</sup>, qui ne disposait pas comme l'ARH d'un document permettant la planification de l'offre sur le territoire. Les réseaux de santé extra-hospitaliers étaient par conséquent financés par l'URCAM, tandis qu'une association entre l'ARH et l'URCAM était possible, par le biais de la Mission Régionale de Santé, lorsqu'il s'agissait de porter des projets associant médecine ambulatoire et hospitalière. Dans ce contexte, la mission avait pour outil de financement le Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins, qui regroupe l'ancienne dotation régionale au développement des réseaux et le fonds d'amélioration de la qualité des soins de ville.

Finalement, l'offre de soins médico-sociale est quant à elle répartie entre les services de l'Etat, les collectivités territoriales par le biais des Conseils Généraux, et la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie. Ces différents intervenants disposent d'outils de régulation divers, parmi lesquels on peut citer le Programme Régional et Inter-Départemental d'Accompagnement des Handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC), dont l'objectif est l'adaptation et l'évolution de l'offre d'accueil en établissements et services médico-sociaux au niveau de la région. Le PRIAC est établi en partenariat entre les services de l'Etat et la CNSA. Par ailleurs, le Schéma Départemental d'Organisation Sociale et Médico-Sociale (SDOSMS) est quant à lui arrêté conjointement par le représentant de l'Etat dans le département et le Président du Conseil Général<sup>10</sup>.

De plus, il apparaît que malgré les multiples tentatives de création d'espaces communs permettant la rencontre entre les professionnels exerçant au sein de ces différents organismes, tels la Mission Régionale de Santé, le Groupement Régional de Santé Publique et l'Agence Régionale de l'Hospitalisation, les difficultés demeurent. Au plan national, les résultats obtenus par les Missions Régionales de Santé sont ainsi considérés comme « modestes », notamment en ce qui concerne les questions relatives à la permanence des soins, à la maîtrise médicalisée des dépenses ou au développement des réseaux<sup>11</sup>.

---

<sup>7</sup> Articles L. 6115 – 1 et suivants, Code de la Santé Publique

<sup>8</sup> Articles L. 6121 – 1 suivants, Code de la Santé Publique

<sup>9</sup> Articles L. 183 – 1 et suivants, Code de la Sécurité Sociale

<sup>10</sup> Article L. 312 – 5, Code de l'action sociale et des familles

<sup>11</sup> Audition de Mme Annie Podeur, Directrice de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins, par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale, février 2008.

C'est dans ce contexte que l'un des principaux objectifs des ARS sera d'assurer le décloisonnement des secteurs interdépendants qui constituent notre système de santé : la médecine de premier recours (ou médecine de ville), les soins hospitaliers, la prise en charge médico-sociale. Concomitamment, l'ARS se doit de développer une dynamique de prévention, qui irriguera chacun des secteurs présentés ci-dessus. Cette « brique » que constitue la prévention est en effet l'un des meilleurs atouts des Agences pour améliorer l'état de santé de la population d'une part, et réduire les dépenses de santé d'autre part. Ce constat est d'autant plus vérifiable dans une région comme le Nord – Pas-de-Calais qui souffre depuis de nombreuses années d'un taux élevé de décès évitables.

Différents outils sont mis à la disposition du Directeur Général de l'ARS en vue d'assurer le décloisonnement entre les différents secteurs de prise en charge. De manière schématique, nous en distinguerons deux principaux : les outils organisationnels d'un côté et les outils juridiques de l'autre.

### **1.2.1 Le décloisonnement : vers une gestion globale du système de santé**

L'une des premières missions confiées aux Directeurs Préfigurateurs des Agences Régionales de Santé était la formalisation de l'organigramme de leur future Agence, préalable indispensable à la conception du guide des services qui leur était demandé pour la création des structures au 1<sup>er</sup> avril 2010. Cette volonté du Secrétariat Général des Ministères sociaux de mettre l'accent sur l'organisation interne de l'Agence témoigne de l'importance accordée à cette thématique.

Dans la région Nord – Pas-de-Calais, les travaux de conception d'un organigramme ont commencé très en amont, puisque les premiers projets d'organisation des services de l'ARS ont été proposés en janvier 2009, quelques mois après l'installation des premiers groupes de travail régionaux sur la question. Ce démarrage précoce de la réflexion a amené les professionnels de la région à proposer deux grands types d'organisations, répondant à deux objectifs de structuration de l'Agence. Ces deux propositions comprenaient une structuration par domaines d'activité (l'offre de soins, le secteur médico-social, la santé publique, ...) ainsi qu'une structuration par fonctions (planification, programmation, tarification, ...). Dans un objectif de lisibilité vis-à-vis des personnels rejoignant l'ARS et des professionnels de santé extérieurs à l'Agence, le choix a été fait de proposer une organisation basée sur des domaines d'activité. Cependant, la réflexion préalable n'en a pas pour autant été laissée de côté, et les points positifs d'une organisation fonctionnelle n'ont pas disparu de notre organigramme.

En effet, si l'ARS du Nord – Pas-de-Calais organise ses directions relatives à l'offre de santé en deux grands ensembles que sont la Direction de l'Offre de Soins regroupant un département « Soins de ville » et un département « Etablissements de santé », et la

Direction de l'Offre Médico-Sociale, force est de constater que de nombreux éléments d'organisation fonctionnels ont été conservés.

L'exemple le plus flagrant du maintien d'une logique fonctionnelle se retrouve au sein de la Direction de l'Offre Médico-Sociale. Celle-ci est ainsi divisée en sous-ensembles correspondant à chaque étape du processus de régulation de l'offre médico-sociale : on trouve ainsi des départements planification, programmation / autorisation, financement / appui à la performance. Seule la notion d'inspection n'est pas présente dans cette organisation, de même que la dimension stratégique, qui sont tous deux du ressort d'une direction spécifique (l'Inspection Générale Régionale, et la Direction de la Stratégie, des Etudes et de l'Evaluation).

De son côté, la Direction de l'Offre de Soins a privilégié un organigramme reposant sur les grands secteurs d'activité au sein desquels elle est amenée à agir. C'est ainsi que l'on retrouve un département « Soins de ville » et un département « Etablissements de santé ». Néanmoins, de la même manière que la Direction de l'Offre Médico-Sociale, la Direction de l'Offre de Soins a subdivisé chaque département selon les grandes fonctions qui structurent l'action des personnels de l'Agence. On retrouve ainsi les traditionnelles fonctions de planification, de programmation et de tarification des établissements et services (notamment les réseaux de santé pour le département Soins de ville).

Parallèlement à cette organisation interne de ces directions « métier », il est important de noter que le décloisonnement entre les deux secteurs d'activité que constituent le sanitaire et le médico-social passe par la mise en place au sein de chaque direction d'équipes territoriales. Ces équipes, au nombre de quatre, ont pour fonction d'animer à l'échelon territorial, et au sein de chaque direction, les missions ne relevant pas directement du siège de l'Agence. La coexistence dans chaque direction « métier » d'équipes territoriales travaillant sur des zones géographiques identiques a été conçue dans le but de favoriser ce décloisonnement entre les secteurs d'activité de l'Agence.

La volonté de décloisonner les secteurs sanitaires et médico-sociaux apparaît donc dans l'organisation pratique de l'Agence. Ce résultat est l'aboutissement d'une réflexion menée en collaboration avec les différents personnels qui ont rejoint l'ARS et les professionnels de santé amenés à travailler en relation avec les services de l'Agence.

Si le décloisonnement entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social se ressent essentiellement par le biais d'une organisation transversale assurée au niveau des territoires de santé, le renforcement des relations entre la médecine ambulatoire et les établissements de santé est nettement plus clair. En effet, ces deux secteurs d'activité préalablement pris en charge par l'URCAM pour la médecine ambulatoire et l'ARH pour

les établissements de santé sont désormais sous l'autorité d'un même directeur, responsable de la conception et de la mise en œuvre du Schéma Régional d'Organisation des Soins, et de ses volets ambulatoire d'une part et sanitaire d'autre part.

D'un point de vue juridique, le décloisonnement est également visible sur le plan des outils mis à la disposition du Directeur Général de l'ARS. A ce sujet, il est possible de distinguer deux types d'outils : les plans – schémas – programmes à visée de planification stratégique d'une part, et les contrats dont le but est la mise en œuvre des politiques définies par les outils précités d'autre part.

Si les différents plans, schémas et programmes qui existaient jusqu'à présent avaient le défaut de ne pas être conçus sous l'égide d'un projet unique définissant la stratégie de la région en matière de santé publique, force est de constater que le législateur a souhaité remédier à ce problème. La création du Projet Régional de Santé (PRS) répond en effet à cette volonté de regrouper dans un document d'orientation unique les grands axes de la politique de santé menée par l'Agence. Le Projet Régional de Santé couvre ainsi l'ensemble du champ de la Santé Publique, en regroupant dans un document unique l'ensemble des thématiques de l'ARS allant du médico-social à la veille et la sécurité sanitaire. Ce modèle de réflexion propose ainsi une évolution importante de la stratégie de planification, en consacrant une vision multidimensionnelle de la santé, se rapprochant par conséquent de la définition proposée par l'OMS<sup>12</sup>.

Dans ce contexte, l'un des principaux défis des ARS sera de proposer au niveau régional un diagnostic stratégique partagé par les différents acteurs, tant internes qu'externes, permettant d'agir sur des déterminants de santé, en vue d'améliorer l'état de santé global de la population. Cette vision globale est l'un des principaux points forts de l'ARS, et constitue une caractéristique intrinsèque de cette nouvelle Agence. En effet, il était jusqu'à présent très difficile de mener une réflexion d'une telle ampleur, en raison de la multiplicité des acteurs impliqués et des intérêts immédiats parfois divergents qui naissaient de ce cloisonnement.

Le dispositif de planification est complété par le plan stratégique régional, précisant pour chaque territoire de santé<sup>13</sup> les besoins d'offre de santé requis, en se basant sur une analyse stratégique individuelle. L'établissement de ce diagnostic stratégique est une opportunité pour le Directeur Général de l'ARS de mener une réflexion en partenariat avec les représentants locaux, et nécessitera la participation des conférences de

---

<sup>12</sup> L'Organisation Mondiale de la Santé définit la santé comme « un état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ».

<sup>13</sup> Le Code de la Santé Publique prévoit que l'ARS « définit les territoires de santé pertinents pour les activités de santé publique, de soins et d'équipement des établissements de santé, de prise en charge et d'accompagnement médico-social ainsi que pour l'accès aux soins de premier recours » (L. 1434 – 16)

territoire<sup>14</sup>. Cette phase de préparation du plan stratégique régional sera donc une opportunité pour le Directeur Général de l'ARS de mettre en œuvre les dispositifs de démocratie sanitaire prévus par la loi.

En complément de ce plan stratégique, des schémas sectoriels pluriannuels préciseront les dispositions assurant la mise en œuvre des orientations définies par le plan. Ils contiendront ainsi des orientations propres à chaque secteur d'intervention, disposeront d'objectifs propres. Ces schémas permettront le décloisonnement des actions menées grâce à leur inclusion dans le projet régional de santé, en tant qu'outil précisant les modalités d'application du plan stratégique, garant de leur cohérence. En effet, si le caractère sectoriel de ces schémas laissait craindre que la logique de cloisonnement ne réapparaisse par leur biais, il semble que le calendrier de mise en œuvre de ces différents outils impose la pluridisciplinarité. De plus, la possibilité de regrouper par le biais de volets sectoriels des dispositions propres à une pathologie, un déterminant de santé ou un territoire ouvre la possibilité à un travail décloisonné entre les différentes directions « métier » composant l'ARS.

A ce niveau, il est intéressant de constater que plusieurs évolutions font leur apparition à l'occasion de la mise en place des ARS, et renforcent les possibilités de décloisonnement de nos organisations :

- Le schéma régional d'organisation sanitaire devient schéma régional d'organisation des soins (SROS) et comprend désormais un volet ambulatoire. Si la logique qui prévalait pour les établissements de santé depuis la création des ARH demeure, l'extension de la portée de ce schéma du sanitaire aux soins en globalité incluant donc la médecine de ville marque le renforcement des liens entre ces deux niveaux d'intervention. Les gains de coordination pourront en être améliorés, par le biais notamment de la fluidification des parcours des patients entre leur prise en charge en ville et à l'hôpital. Cette étape marque également le rapprochement des ARH et des URCAM, en unifiant leur outil de planification. De manière générale, son champ d'action est élargi par rapport aux SROS de 3<sup>ème</sup> génération, en prenant en compte les établissements de santé, les communautés hospitalières de territoire, les établissements et services médico-sociaux, les centres de santé et professionnels de santé libéraux ;
- Le secteur médico-social dispose désormais de son propre schéma régional, le Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale. Ses objectifs sont similaires à ceux du SROS dont il constitue l'équivalent dans le secteur médico-social<sup>15</sup>. La

---

<sup>14</sup> La conférence de territoire est composée de représentants des différentes catégories d'acteurs du système de santé du territoire concerné, dont les usagers du système de santé. Elle est constituée dans chaque territoire de santé. (L. 1434 – 17 CSP)

<sup>15</sup> « Le schéma régional d'organisation médico-sociale a pour objet de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre des établissements et services médico-sociaux (...) afin

conception de ce schéma, et en particulier la prise en compte de la dimension territoriale – avec des territoires identiques à ceux du secteur sanitaire pour la région Nord – Pas-de-Calais – donne la possibilité de renforcer les relations entre les champs sanitaire et médico-social, en rapprochant l'offre des besoins de la population.

- Le schéma régional de prévention<sup>16</sup> est également une innovation de la loi HPST, et ouvre la voie à une prise en compte de la prévention dans l'ensemble des secteurs d'activité de l'ARS. Cet axe se présente donc comme une porte d'entrée privilégiée pour le développement d'une dynamique transversale au sein de l'ARS.

Dans un dernier temps, des programmes spécifiques viendront préciser les modalités spécifiques de mise en œuvre des dispositions prévues par ces schémas, ils constituent le volet le plus opérationnel du Projet Régional de Santé.

Enfin, parallèlement au PRS, et en vue d'assurer la mise en œuvre concrète des dispositions qu'il rassemble, le Directeur Général de l'ARS dispose de nombreux outils. En dehors des dispositifs traditionnels d'autorisation de structures et d'activités – notamment pour les établissements de santé et médico-sociaux – et d'inspection et de contrôle – prérogatives de puissance publique détenues par l'Agence - l'ARS a la possibilité d'utiliser le levier des appels à projets dans le secteur médico-social et également celui de la contractualisation qui voit sa place renforcée.

Ce renforcement de la démarche de contractualisation participe également au décloisonnement du pilotage de l'offre de santé par l'ARS. En effet, une grande partie de l'offre de santé bénéficie désormais de dispositifs contractuels, cette uniformité de traitement ayant pour objectif de faciliter la démarche de planification.

En ce qui concerne les établissements de santé, le dispositif de Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM), obligatoire pour les établissements de santé et pour les titulaires d'autorisations d'activité de soins ou d'équipements matériels lourds, reste en vigueur. Les objectifs assignés à cet outil ont été présentés dans l'exposé des motifs du projet de loi : le CPOM constitue donc « un outil de définition et de suivi des engagements des établissements en matière de qualité et de sécurité des soins ».

Le secteur médico-social dispose lui aussi de CPOM et passe de la compétence partagée Etat – Conseil Général à celle de l'ARS.

L'ARS a également la possibilité de contractualiser avec des réseaux de santé, des centres de santé, des pôles de santé ainsi que des maisons de santé. Cette

---

notamment de répondre aux besoins de prises en charge et d'accompagnements médico-sociaux de la population handicapée ou en perte d'autonomie » (Article L. 1434 – 12 CSP)

<sup>16</sup> Le schéma régional de prévention « inclut notamment des dispositions relatives à la prévention, à la promotion de la santé, à la santé environnementale et à la sécurité sanitaire » (Article L. 1432 – 5 CSP)

contractualisation sert de base à l'attribution éventuelle d'aides financières ou de subvention à ces offreurs de services de santé<sup>17</sup> (nous reviendrons plus en détail sur cet aspect au 1.2.2).

La possibilité est également offerte à l'ARS de signer des contrats Santé-Solidarité avec les médecins exerçant dans des zones identifiées comme déficitaires en offre de soins. Cette définition des zones déficitaires repose sur l'analyse des besoins de santé réalisée lors de la conception du SROS, et illustre les relations prévues entre les composantes du Projet Régional de Santé (à caractère stratégique) et les dispositifs contractuels (à visée opérationnelle). Dès lors, l'importance de mener une étude approfondie des besoins de santé, prenant en compte à la fois l'offre de soins ambulatoire et hospitalière apparaît clairement, et met en évidence le nécessaire décloisonnement entre les différents services chargés de la planification au sein de l'ARS.

Le secteur de la médecine de ville dispose également d'un nouvel outil contractuel destiné à favoriser l'implantation de jeunes médecins dans les zones de revitalisation rurale ou les zones urbaines sensibles. Ce contrat d'engagement de service public permet à l'étudiant signataire de bénéficier d'une allocation mensuelle additionnelle à celle qu'il percevrait habituellement dans le cadre de sa formation, en échange de son engagement d'exercer à la fin de sa formation initiale dans une zone déficitaire (celles-ci étant toujours déterminées par le SROS). Les étudiants en médecine ont la possibilité de contractualiser à tout moment au cours de leurs études, de la deuxième année jusqu'à la fin de l'internat. La durée d'engagement du médecin étant égale à la durée durant laquelle l'allocation a été versée, et dans tous les cas supérieure à deux ans.

Finalement, il apparaît que l'organisation interne de l'ARS a été prévue de manière à anticiper la mise en œuvre des différents dispositifs juridiques qu'elle aura à sa disposition. Elle permettra également de développer les relations avec les acteurs du système de santé : offreurs de soins, organismes de prévention, collectivités. Les premiers travaux de définition du Projet Régional de Santé démontrent nettement la volonté du Directeur Général de positionner l'action sur les déterminants de santé comme pierre angulaire de la démarche dans la région Nord – Pas-de-Calais. L'articulation ultérieure des schémas, programmes et des contrats qui en découleront a été prévue dès la conception de l'organigramme de l'Agence et mettra les territoires de santé au premier plan, témoignant ainsi de la volonté de l'ARS de proposer une offre de santé adaptée au plus près des besoins de la population.

---

<sup>17</sup> Article L. 1435 – 3 CSP

### 1.2.2 L'efficience : un impératif au centre de l'ARS

La place centrale qu'occupe la notion financière d'efficience, définie comme la capacité à atteindre un objectif en engageant le minimum de moyens<sup>18</sup>, est compréhensible, le système de santé étant un important secteur de notre économie<sup>19</sup>. De plus, depuis le milieu des années 1970, et à quelques exceptions près, la croissance de la France n'a pas permis de compenser l'évolution des dépenses de santé, occasionnant la création puis le creusement d'un déficit structurel du financement de l'Assurance maladie. Parallèlement à cette situation, un désengagement progressif de l'Assurance maladie s'observe essentiellement depuis 2004, sa contribution au financement des dépenses de santé étant passée de 77,1% en 2004 à 75,5% en 2008.<sup>20</sup>

Il apparaît dans ce cadre logique que le second objectif central fixé aux ARS soit d'assurer l'efficience du système de santé à l'échelon régional. Cette logique d'efficience repose sur deux axes principaux : l'efficience externe, c'est-à-dire celle des offreurs de services de santé, et l'efficience interne, qui concerne directement le fonctionnement de l'Agence.

Dans les faits, ces deux notions se trouvent regroupées dans le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens signé par l'ARS et les ministres chargés de la santé et du budget<sup>21</sup>. Le suivi de ce contrat sera assuré par le Conseil National de Pilotage des ARS<sup>22</sup> qui dispose à cette fin d'un tableau de bord regroupant un ensemble d'indicateurs regroupés en deux ensembles : un socle commun à l'ensemble des régions d'une part et des indicateurs spécifiques à chaque ARS d'autre part. L'analyse de ces indicateurs et plus particulièrement de leur évolution servira ainsi de base à l'établissement d'un dialogue de gestion entre le Directeur Général de l'ARS et le Conseil National de Pilotage. Ce contrat, signé pour une durée de 4 ans (le premier CPOM s'étend de 2010 à 2013) fera donc l'objet d'un suivi et d'une révision éventuelle chaque année.

L'assurance de l'efficience des producteurs de soins (efficience externe) est une conséquence immédiate des missions confiées aux ARS, qui prévoient notamment que les ARS « contribuent au respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie »<sup>23</sup>. L'ARS est donc tenue pour responsable du respect au niveau régional des objectifs de dépenses définies nationalement. Cet aspect de l'évaluation de l'action des ARS occupe une place importante au sein du CPOM, de nombreux indicateurs de résultats s'intéressant à des notions financières, et l'efficience faisant partie des objectifs

<sup>18</sup> Définition de Benoît Pigé, *in* Management et contrôle de gestion, Nathan, 2008

<sup>19</sup> En 2008, le montant des dépenses courantes de santé était de 215 milliards d'euros, soit 11% du Produit Intérieur Brut (DREES, 2009)

<sup>20</sup> DREES, Comptes de la santé

<sup>21</sup> Article L. 1433 – 2 CSP

<sup>22</sup> Article L. 1433 – 1 CSP

<sup>23</sup> Article L. 1431 – 1 CSP

généraux assignés aux ARS au sein du contrat. A ce titre, il est notamment possible de citer pour exemple les indicateurs relatifs à l'activité hospitalière retenus dans le socle du contrat : « Montant du déficit cumulé brut des établissements de santé », « Nombre d'établissements dont la marge brute d'exploitation est supérieure à 6% ». Par ailleurs, de nombreux indicateurs thématiques font référence à cette notion de performance économique dans les Annexes du contrat. Ainsi, et même si la pertinence des indicateurs retenus peut être discuté, la mesure de l'efficience représente un poids important dans l'évaluation des Agences. A ce niveau, il est également utile d'observer que le CPOM prévoit des indicateurs communs à l'ensemble des Agences sur le plan de la mesure de l'efficience. Cette volonté de disposer d'outils de mesure uniques laisse à penser que le Conseil National de Pilotage prévoit une utilisation comparative des résultats, ouvrant ainsi la voie à un classement des ARS selon leur capacité à maîtriser les dépenses des producteurs de soins de la région. De nombreux efforts sont à réaliser à ce niveau dans la région Nord – Pas-de-Calais. En effet, la consommation de soins de ville par habitant dans la région est significativement supérieure à la moyenne nationale, elle est notamment supérieure de près de 15% à la moyenne dans le Pas-de-Calais, laissant entrevoir des gains considérables en matière d'offre de soins de ville<sup>24</sup>. De plus, si la consommation de soins hospitaliers de court-séjour n'est pas aussi nettement supérieure à la moyenne, force est de constater que les niveaux de consommation par habitant sont également élevés. Cette situation, dont l'explication peut être partiellement trouvée dans l'étude de l'état de santé général de la population, illustre l'importance à accorder aux démarches de prévention dans la région Nord Pas-de-Calais.

Dans ce contexte, le renforcement du dispositif de contractualisation et la mise en place de la démarche d'appel à projets dans le secteur médico-social trouve tout son sens. Ce dispositif donne en effet la possibilité à l'ARS de mettre en place des négociations avec les producteurs de soins et l'appel à projets favorise même la mise en concurrence des acteurs, la dimension économique étant intégrée dans les critères de choix des projets. Cette procédure permettra ainsi l'émergence d'une logique semblable à des « enchères inversées » où le moins disant pour une prestation donnée et à qualité de service égale (par exemple la création d'un EHPAD) sera favorisé. De plus, la possibilité de signer des contrats pluri-annuels avec la quasi-totalité des producteurs de soins de la région – qu'ils relèvent du champ ambulatoire, hospitalier ou médico-social – donne à l'ARS la possibilité de renforcer son contrôle sur ces individus et structures.

Dans ce sens, les CPOM signés avec les structures sanitaires et médico-sociales voient leur rôle renforcé, le versement d'aides financières ou de subventions à ces producteurs de soins par l'ARS étant subordonné à la signature du contrat et à l'atteinte des objectifs qu'il contient.

---

<sup>24</sup> Données CNAMTS, SNIIRAM analysées par la DREES, sur la base des données de 2007

Dans le même temps, les contrats dont l'objet est d'améliorer la qualité et la coordination des soins, conséquence de l'attribution à l'ARS de la compétence de gestion du FIQCS, permettront de développer une logique de « paiement à la performance », le principe retenu étant l'attribution d'aides financières ou de subventions aux producteurs de soins en échange de la mise en œuvre par ceux-ci de démarches visant à améliorer leurs pratiques. L'intérêt de ce contrat est multiple : il favorise la réduction des dépenses inutiles liées à la non-qualité des producteurs de soins (telles les hospitalisations non indispensables, les prescriptions non optimisées) et permet à terme de réduire les dépenses à la charge de la collectivité. L'amélioration de la qualité et de la coordination des soins, favorisant le développement de réseaux incluant la médecine de ville, l'hôpital et le médico-social rejoint l'objectif de décloisonnement présenté précédemment. Finalement, les résultats attendus de cette montée en qualité des producteurs de soins devraient améliorer les conditions de fonctionnement des établissements et des professionnels, ayant à long terme un impact en terme d'absentéisme par exemple.

De leur côté, les contrats prévus à l'article L. 1435-4-1 du Code de la Santé Publique visent à atteindre le même objectif. Ils peuvent ainsi porter sur les modalités d'exercice, la prescription, la participation à des actions d'amélioration des pratiques, à des actions de dépistage et de prévention ou de coordination des soins. Ce contrat constitue le pendant de celui présenté au point précédent, concernant les établissements et tend à atteindre les mêmes objectifs.

Finalement, les contrats Santé-Solidarité présentés précédemment concourent également à l'amélioration de l'efficacité, sur le plan de la médecine ambulatoire. En diminuant le nombre de « déserts médicaux », les possibilités d'accès aux soins seront renforcées. Si l'augmentation de l'offre de médecine ambulatoire de secteur 1 présente le risque d'accroître la consommation de soins de la population du territoire<sup>25</sup>, elle permet également d'envisager un développement de la prévention, et par conséquent une réduction des dépenses de santé sur le territoire à moyen terme. De plus, le recours à des médecins exerçant sur le territoire peut avoir des effets bénéfiques sur les demandes de remboursement de transports sanitaires, notamment chez les personnes dépendantes.

D'un point de vue interne à l'ARS, la notion d'efficacité est également très présente, pour deux raisons principales : les ressources allouées aux ARS sont issues de contributions de l'Etat, de l'Assurance maladie, de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA), et selon les cas des ressources propres, dons et legs de l'Agence ainsi que de versements volontaire des collectivités territoriales ou des établissements publics. De plus, la mise en place des ARS s'inscrit dans la démarche de la Révision Générale des

---

<sup>25</sup> Travaux de E. Delattre et B. Dormont sur l'induction de la demande de soins par les médecins libéraux français

Politiques Publiques (RGPP) mise en œuvre par le Gouvernement depuis 2007, et dont l'objectif est l'amélioration de l'efficacité des services publics et des organismes chargés de leur pilotage, dont l'ARS fait partie, et qui se traduit notamment par une pression importante sur les effectifs à la disposition des Agences.

Ainsi, et afin de favoriser une gestion financière performante, l'ARS se doit de présenter chaque année un budget à l'équilibre<sup>26</sup>.

Le CPOM de l'ARS consacre à cet effet une partie de ses indicateurs de suivi, et permettra de la même manière que pour l'évaluation des résultats obtenus en matière d'efficacité externe d'évaluer la performance interne de l'Agence<sup>27</sup>. Dans la pratique, cette volonté d'améliorer la gestion interne de l'Agence se traduit par un ensemble de mesures concourant à optimiser les méthodes de travail et à économiser sur les postes de dépense non indispensables. Dans la région Nord – Pas-de-Calais, une cellule chargée du Contrôle de Gestion et de la Qualité, placée directement auprès du Directeur Général, a ainsi été constituée pour piloter cette double démarche. Les principaux travaux qui ont été engagés jusqu'à présent consistent en une analyse des postes de dépense de l'ARS, avec pour objectif de limiter le nombre de fournisseurs et de contrats de l'ARS, la fusion des organismes constituant l'Agence permettant de mettre en œuvre une politique d'achats globale, et augmentant le pouvoir de négociation de l'ARS vis-à-vis de ses prestataires externes du fait du volume des marchés qu'elle représente désormais. Parallèlement, une démarche d'analyse des processus principaux de l'ARS et des procédures de travail sera mise en œuvre prochainement, afin d'uniformiser et d'optimiser les méthodes de travail au sein de chaque service. Cette démarche s'inscrit naturellement dans le dispositif de suivi de l'ARS par le biais de son CPOM, les indicateurs thématiques proposés constituant le socle d'un futur tableau de bord de pilotage opérationnel de l'Agence, évaluant de manière quantitative les résultats obtenus par chaque direction ou service.

Dans ce contexte, l'organisation interne de l'Agence contribue également à l'amélioration de l'efficacité. La mise en place de délégués territoriaux chargés de coordonner les actions des missions territoriales au sein de chaque direction « métier » contribue à simplifier les relations entre les différents acteurs en interne. Le décloisonnement évoqué précédemment et la fusion des équipes ont ainsi donné la possibilité de mutualiser de nombreuses fonctions, à la fois dans les services « métier » et dans les services « support ». Au sein de ces derniers, des domaines tels la communication, la documentation, l'informatique et les services comptables, préalablement dispersés dans les différents organismes sont désormais regroupés. Certains agents voient ainsi leurs missions évoluer vers un domaine d'activité unique, là où ils ne consacraient que

---

<sup>26</sup> Article L. 1432 – 5 CSP

<sup>27</sup> Le CPOM des ARS prévoit un paragraphe 2.3 intitulé « Objectifs pérennes de performance de l'ARS » s'intéressant à la fois aux fonctions support et aux fonctions budgétaires et comptables

quelques heures de leur temps aux missions de communication, par exemple. Cette évolution des missions permet une montée en compétence plus importante et plus rapide de ces agents, ainsi que l'identification de personnes « ressource » au sein de l'organisation. Le service « Communication – Information » se voit ainsi restructuré et dispose désormais de personnel dédié dont les compétences couvrent la grande majorité du champ d'action du service. Parallèlement, les directions « métier » ne sont plus embolisées par des tâches ne relevant pas directement de leur compétence et ont désormais la possibilité de se consacrer exclusivement aux missions qui leur sont confiées. Ce dispositif permet des gains à deux niveaux : une meilleure visibilité tant en interne qu'en externe des agents chargés des missions « support », une possibilité accrue pour le contrôle de gestion d'identifier la productivité des processus « métier » et « support » de l'ARS dont les acteurs ne sont plus répartis entre plusieurs tâches.

A terme, lorsque les procédures internes seront formalisées et les indicateurs de suivi établis, les gains en termes de productivité et de qualité de travail pour les personnels de l'ARS seront considérables sur ces fonctions.

Finalement, la présence d'un Directeur Général, unique interlocuteur de services rassemblés au sein d'une seule organisation, permet dès à présent de fluidifier les circuits de décision impliquant précédemment des organismes fragmentés, placés chacun sous l'autorité d'un Directeur, et aux intérêts parfois divergents.

## **2 Dans les faits, un modèle à améliorer**

La prise en compte des objectifs assignés aux ARS dès la phase de préparation des modèles organisationnels permet à l'ARS du Nord Pas-de-Calais de disposer d'une organisation facilitant l'obtention de résultats en matière de décloisonnement et d'efficience. Cependant, l'observation des premiers temps de fonctionnement de l'ARS met en évidence quelques défaillances, liées tant au modèle organisationnel mis en œuvre qu'aux dispositions juridiques à disposition du Directeur Général et de ses services.

### **2.1 Quelles évolutions organisationnelles pour atteindre les objectifs fixés aux ARS ?**

L'atteinte des objectifs de décloisonnement et d'efficience assignés aux ARS repose donc sur l'utilisation d'outils juridiques permettant la définition d'une stratégie régionale et sa déclinaison opérationnelle, ainsi que sur la conception d'une organisation interne à l'Agence, favorisant le travail en équipes pluridisciplinaires et trans-sectorielles.

Le dispositif organisationnel actuellement en place permet de répondre à un certain nombre d'objectifs (comme indiqué précédemment), mais il présentera rapidement ses limites, en raison notamment du choix d'une organisation sectorielle – par domaines d'activité -, de l'absence d'outils de pilotage économique régionalisés et d'une prédominance des objectifs issus de la politique de santé nationale dans les orientations de la région.

#### **2.1.1 Vers un réel décloisonnement**

Durant la phase de préfiguration, les conclusions issues de l'analyse stratégique menée par les différents organismes fusionnés au sein de l'ARS proposaient deux schémas organisationnels principaux (*cf.* 1.2.1). Le choix s'est porté sur une organisation par secteurs d'activité, telle que présentée précédemment, essentiellement pour des raisons de simplicité de mise en œuvre dans les délais impartis. Cependant, et bien que le modèle fonctionnel se retrouve au sein des directions « métier », le choix d'une organisation par secteurs d'activité induit un cloisonnement des services selon leur champ d'action (sanitaire, médico-social, ...) que seul un travail constant de management transversal pourra transcender. Ainsi, la Direction de l'Offre de Soins comprend deux services de planification placés sous la responsabilité des Départements Soins Ambulatoire et Etablissements de Santé. De son côté, la Direction de l'Offre Médico-Sociale dispose également de son propre service de planification. A ce jour, et en dehors de la logique d'animation territoriale présente au sein de chaque Direction, l'organisation interne ne prévoit pas d'espace de collaboration organisé entre ses différents services en

charge de la planification. En conséquence, le décloisonnement de ces démarches, dont le résultat conditionnera pour une bonne partie l'atteinte des objectifs d'efficience, et de réponse aux besoins dans une vision globale du parcours de santé, dépend de manière presque exclusive du souhait des agents de travailler en collaboration et de la capacité des managers à les faire travailler en équipes.

De la même manière, les services chargés de l'appui à la performance sont disséminés au sein de chaque Direction, ne disposent pas d'un espace de collaboration permettant le retour d'expériences et le partage de méthodologies pouvant être transposées d'un secteur d'activité à l'autre.

De plus, la problématique des relations hiérarchiques risque de se poser rapidement dans le cas où des initiatives de collaboration entre des services dépendant de directions différentes verraient le jour. En effet, chaque agent reste sous l'autorité de son supérieur hiérarchique et se voit assigné des objectifs de résultat que le CPOM de l'ARS prévoit par secteur d'activité, n'encourageant pas le travail inter-disciplinaire qui fera progresser une direction autre que celle à laquelle l'agent appartient, en tout cas sur une vision de court-terme.

Par ailleurs, si la méthodologie de conception du Projet Régional de Santé, et dans un premier temps du Plan Stratégique Régional, prévoit le travail entre secteurs d'activité, il apparaît que seul l'angle d'abord de la pathologie ou du déterminant de santé permet de disposer d'une vision globale. Par la suite, les propositions qui seront confiées à chaque direction « métier » tendront à recréer cette logique de cloisonnement, chacun travaillant pour le compte de sa propre direction, avec un risque d'autant plus élevé que les délais laissés aux équipes pour la finalisation du plan sont particulièrement brefs<sup>28</sup>.

Le risque apparaît dès lors d'assister à un renversement de la logique de planification. En effet, dans l'hypothèse où le plan stratégique régional préciserait des objectifs d'action présentés par secteur d'activité, il est fort probable que chaque direction « métier » se saisisse de ces objectifs pour réaliser de manière individuelle son schéma programmatif. Ainsi, le département des soins ambulatoires proposerait ses orientations afin d'améliorer le maillage territorial en matière d'offre de soins de ville, le département des établissements de santé procéderait de la même manière sur le thème des réorganisations hospitalières, et de même pour les autres thématiques. Une telle logique aboutirait à la réunion dans le document de synthèse que constitue le Projet Régional de Santé de schémas et programmes ne comportant qu'une part réduite accordée à la coopération et à l'intersectorialité.

---

<sup>28</sup> Jean-Marie Bertrand, secrétaire général des ministères sociaux, indique ainsi le 20 mai 2010 que le plan stratégique régional devra être finalisé pour la fin de l'année 2010.

Dans ce contexte, une opportunité de favoriser le décloisonnement apparaît cependant, par le biais de la Direction de la Stratégie, des Etudes et de l'Evaluation (DSEE). En effet, cette direction, organisée en deux départements comprenant la gestion du risque d'une part et les études d'autre part pourrait dans un premier temps se positionner comme l'animateur du projet de conception du Projet Régional de Santé, et assurer ensuite le suivi des mesures prévues par le PRS.

De plus, la présence dans cette Direction de services en charge du suivi de la qualité des soins et de l'innovation médicale, ainsi que du suivi médico-économique des offreurs de soins laisse la possibilité de mener au niveau de cette Direction de la Stratégie une démarche d'animation et de coordination des actions menées par les Directions « métier ». Cependant, à ce jour, les professionnels rencontrés au sein de l'Agence ne considèrent pas cette DSEE comme une force de proposition et d'entraînement en interne. Dans ce contexte, il apparaît souhaitable de capitaliser dans un premier temps sur les atouts de cette structure, en renforçant notamment la cellule chargée des études, tout en proposant progressivement des programmes de travail thématiques et transversaux, basés sur les déterminants de santé ou les pathologies ciblées par le futur PRS. Il conviendra également de multiplier les projets transversaux impliquant les équipes des différentes Directions. La phase de conception du PRS peut être à ce niveau un excellent point d'entrée, à condition que les thématiques principales favorisent le travail décloisonné d'une part, et que les missions confiées à chaque Direction soient suffisamment précises pour que les agents aient la possibilité de s'engager dans des projets transversaux parallèlement à leurs tâches quotidiennes d'autre part.

Considérée d'un point de vue juridique, la logique de décloisonnement souffre de la volonté du législateur de proposer un contrat spécifique à chaque type d'acteur. Dans la pratique, les nouveaux contrats issus de la loi HPST apparaissent donc nombreux, et leur appropriation par les professionnels de santé et les personnels de l'agence risque de souffrir de cette multiplicité. De nombreux professionnels de santé rencontrés ont indiqué à ce propos que le législateur a recréé un « millefeuilles réglementaire », en souhaitant proposer à chacun le contrat qui lui conviendrait. Si la volonté est louable, il serait judicieux de proposer un contrat dont les objectifs et les modalités seraient à « géométrie variable », permettant de satisfaire les besoins de chacun, tout en permettant à l'Agence de communiquer sur l'existence d'un contrat unique, répondant aux besoins de tous. Cette proposition apparaît d'autant plus profitable que les objectifs et les moyens mis en œuvre sont le plus souvent similaires. De plus, un volet « qualité – sécurité » des soins existe dans les CPOM des établissements de santé, il apparaît dans ce contexte surprenant de proposer un nouveau contrat relatif exclusivement à des dispositions de qualité des soins – la situation était pré-existante en la matière, les CBUM existant depuis

le décret du 24 août 2005. Ces dispositions pourraient ainsi parfaitement trouver leur place dans un CPOM qui verrait son rôle renforcé, en devenant un outil de pilotage stratégique des établissements de santé présentant tout à la fois des orientations stratégiques et des indicateurs spécifiques, ainsi que des orientations opérationnelles, permettant le lien dans un document unique entre la stratégie et les actions opérationnelles.

Par ailleurs, la logique de décloisonnement confiant à l'ARS la responsabilité de la planification dans le secteur médico-social, des personnes âgées notamment, pose la question des relations entre l'ARS et les Conseils Généraux, qui perdent leur rôle de chef de file dans cette démarche. Cependant, les départements conservent la responsabilité du schéma relatif à la prise en charge des personnes handicapées. Cette situation interroge sur les modalités de conception de ces schémas, met en évidence la nécessaire collaboration entre l'ARS et les Conseils Généraux en vue de maintenir la cohérence nécessaire à une prise en charge de qualité sur le territoire régional. De plus, la mise en œuvre de la procédure d'appel à projets suscite également de nombreuses interrogations, tant du point de vue des professionnels potentiels porteurs de projets que des agents de l'ARS qui auront à mettre en place concrètement ce nouveau dispositif. Les risques le plus souvent énoncés sont la disparition des petits porteurs de projet qui n'auront ni les compétences pour élaborer le projet en suivant les critères de l'ARS, ni les capacités financières nécessaires pour être compétitifs vis-à-vis de groupes mieux structurés. De nombreuses mesures permettant de limiter ces risques ont cependant été prévues, notamment la présence des représentants des usagers dans la démarche de sélection des projets, et la sollicitation de projets innovants et expérimentaux laissant la possibilité à de nouveaux acteurs de s'implanter sur le territoire.

Ces exemples illustrent bien les difficultés qui attendent les ARS en matière de conduite opérationnelle du décloisonnement. Il apparaît ainsi évident que l'un des principaux défis qu'auront à relever les Directeurs Généraux dans les mois à venir est celui de la coopération avec les collectivités territoriales, dans le champ de la planification, avec les représentants de l'Etat dans les départements et les régions pour le volet relatif à la veille et la sécurité sanitaire.

Par ailleurs, la question des moyens confiés aux ARS en vue d'assurer le suivi et le pilotage des dépenses de santé en région reste incomplètement résolue. En effet, si les ARS mettront en place un programme pluri-annuel de gestion du risque<sup>29</sup>, intégré au Projet Régional de Santé, révisé chaque année, et décliné par les contrats pluri-annuels de gestion des organismes d'assurance maladie, force est de constater qu'un outil central de pilotage manque aux ARS. En effet, les dépenses de l'Assurance maladie restent

---

<sup>29</sup> Article L. 1434 – 14 CSP

évaluées au plan national, leur objectif est voté par le Parlement par le biais de l'Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM), sans qu'un réel lien n'existe entre cet ONDAM et les décisions de planification pluri-annuelles mises en œuvre par les ARS. Ainsi, la création d'un Objectif Régional de Dépenses d'Assurance Maladie (ORDAM) trouve tout son intérêt, en permettant de relier la politique de l'ARS en matière de planification de l'offre de santé et les crédits dont dispose la Région pour les financer. Un tel dispositif, reposant sur une attribution des crédits issus de l'Assurance maladie de manière équitable à chaque région, en tenant compte notamment de la situation sanitaire la population, pourra potentiellement voir le jour dans quelques années, lorsque les premiers CPOM des ARS auront atteint leur maturité. En effet, ces outils permettent à l'Etat de centraliser des informations, communes à l'ensemble des régions, sur l'état de santé de la population, et pourront servir de base à la conception des dispositifs de péréquations régionales dans l'hypothèse de la mise en œuvre de cet ORDAM. A défaut de cet outil, et malgré l'identification de crédits dédiés à la prévention, le risque subsiste de voir cette thématique d'intervention délaissée, au profit de l'investissement dans des établissements médico-sociaux, ou dans des équipements matériels lourds au sein des établissements de santé, qui permettront de mettre en valeur plus rapidement l'action du décideur politique.

Dans ce contexte, la logique de décloisonnement et les gains économiques attendus de cette démarche reposent sur la mise en œuvre par l'ARS de procédures de concertation impliquant à la fois l'ensemble des professionnels de l'Agence, mais également les professionnels de santé exerçant dans les différents territoires, et les représentants des collectivités locales, dans le champ de compétence qui est le leur.

### **2.1.2 Une logique territoriale renforcée**

La mise en œuvre du décloisonnement entre les acteurs en charge de la gestion du système de santé et l'amélioration de l'efficacité du système de santé repose également sur une réponse la plus adaptée possible aux besoins de la population, en tenant compte des spécificités du territoire sur lequel elle habite. Dans ce sens, l'ARS du Nord – Pas-de-Calais a mis en place une organisation territoriale particulière, en raison des spécificités de la région. En effet, le Nord – Pas-de-Calais ne comprend que deux départements, dont les chefs-lieux ne sont distants que de 50 kilomètres environ, et il est de même tout à fait possible de se déplacer d'une extrémité à l'autre de la région en peu de temps. De plus, la région est frontalière de la Belgique, et de nombreuses démarches de coopérations transfrontalières existaient préalablement à la création de l'Agence<sup>30</sup>. Dans ce contexte, le

---

<sup>30</sup> Il est par exemple possible de citer la coopération entre les hôpitaux de Fourmies (dans le Nord) et Hirson (en Picardie) ainsi que l'hôpital du territoire de Chimay (en Belgique). Cette coopération implique ainsi des établissements français réparties sur deux régions, et dépendant donc de deux ARS et sur le territoire belge.

choix a été fait de ne pas constituer de réelle délégation dans les chefs-lieux de département afin de privilégier une démarche par territoire de santé<sup>31</sup>. Ainsi, auprès du Directeur Général de l'ARS a été constituée une Mission chargée des Affaires Publiques et Institutionnelles (MAPI) comprenant des délégués territoriaux chargés de chaque territoire de santé (la métropole lilloise, l'artois, le littoral et le Hainaut). Ces délégués ont pour mission de coordonner les activités des équipes territoriales présentes dans les directions « métier ». La logique transversale mise en œuvre repose donc sur une organisation du travail répartie entre la MAPI d'une part, qui définit les orientations prioritaires pour son territoire de santé, et les équipes territoriales qui les mettent en œuvre dans les champs de compétences qui sont les leurs, d'autre part. Une exception notable est cependant à remarquer, il s'agit de la thématique de la Veille et de la Sécurité Sanitaire qui dispose de deux correspondants départementaux, placés respectivement dans chaque chef-lieu de département, et sous l'autorité du Directeur Adjoint de l'ARS qui assure également les fonctions de Directeur de la Santé Publique.

Cette organisation, et le manque d'homogénéité entre les directions chargés des professionnels de santé et des établissements, et les responsables des thématiques de Santé Publique, pose la question de la conception et de la mise en œuvre de politiques de Santé Publique – et par conséquent de prévention – ancrées dans les territoires. De plus, l'articulation entre un organigramme départementalisé d'un côté et territorialisé de l'autre interroge sur la cohérence des dispositifs et les interfaces entre les directions « métier ».

Plus encore, l'absence de logique territoriale clairement présente au sein de la Direction de la Stratégie, des Etudes et de l'Evaluation n'est propice ni à la conception d'un plan stratégique territorialisé, ni à un suivi territorialisé. Cette organisation est symptomatique de la volonté de l'ARS de répartir ses missions entre des fonctions « siège » et des fonctions « délégations », en ne laissant à ces dernières qu'un volet opérationnel mince, et une capacité de décision très réduite. En effet, ne se retrouvent dans les fonctions déléguées que des missions en rapport direct avec l'accueil du public, pour lesquelles le choix a été fait de ne pas obliger les usagers à se déplacer au siège de l'ARS<sup>32</sup>.

Par ailleurs, l'organisation immobilière de l'Agence ne favorise pas la clarté : l'ARS dispose, outre son siège lillois, d'une antenne à Arras (chef-lieu du département du Pas-de-Calais), et à Valenciennes (dans le Nord). Si la position de Valenciennes amènera les équipes y travaillant à se concentrer exclusivement sur le territoire du Hainaut, comme c'était d'ailleurs le cas avant la création de l'ARS, les équipes situées à Arras ne disposent pas d'un territoire unique. En effet, les territoires de santé susmentionnés sont établis indépendamment des frontières départementales, c'est ainsi que les territoires de

---

<sup>31</sup> Les territoires de santé identifiés sont ceux issus du SROS établi par l'ARH

<sup>32</sup> Il s'agit notamment du contrôle des transports sanitaires, de l'enregistrement des professionnels, qui restent du ressort de la délégation territoriale

l'Artois et du Littoral comprennent des zones de proximité situées à la fois dans le Nord et le Pas-de-Calais. Cette situation pose le problème de la mise en œuvre de la démocratie sanitaire et de la collaboration avec les acteurs externes à l'Agence, notamment les Conseils Généraux dans le champ du médico-social.

Dans ce contexte, une organisation plus détaillée, reposant non pas sur des territoires de santé mais des zones de proximité serait favorable à une réelle identification des besoins de la population. Dans ce sens, le niveau régional conserverait la responsabilité de la prise de décision finale, et s'assurerait que les projets locaux de santé sont conformes avec les orientations stratégiques du Projet Régional de Santé et des schémas et programmes qui le composent. Il s'assurerait de la qualité de ces projets, en vérifiant notamment le respect de la méthodologie et de l'expertise appropriées à la conduite de ce type de démarche. Cette mise en cohérence permanente nécessitera par conséquent des espaces de concertation entre les différents acteurs, permettant les échanges au quotidien.

Dans ce dispositif territorial, il convient de représenter les différents niveaux territoriaux d'intervention de l'ARS comme des poupées gigognes, les projets locaux de territoires devant s'intégrer dans les territoires de santé et respecter le projet régional de santé, l'ARS ayant préalablement défini les territoires infra-régionaux. Cette articulation doit être à la fois ascendante et descendante, les territoires de projets devant alimenter le niveau régional dans l'élaboration et le suivi du PRS et de ses composantes. De plus, l'observation des territoires doit être réalisée en suivant une méthodologie commune à l'ensemble des territoires, et nécessitera le recours à des professionnels statisticiens ou épidémiologistes, garantissant la cohérence des données recueillies. Par ailleurs, les dispositifs de démocratie sanitaire, tels la conférence régionale de santé et de l'autonomie, les commissions de coordination devront intégrer cette même démarche à la fois ascendante et descendante, l'articulation de l'ensemble restant assuré par le niveau régional.

## **2.2 Comment mettre en œuvre le changement au sein de ces nouvelles Agences ?**

Nous l'avons montré précédemment, les ARS disposent d'un potentiel non négligeable, qu'il convient cependant d'exploiter pleinement, et dès les premiers mois suivant leur installation, faute de tomber dans un pessimisme à leur sujet, qui risquerait de les plonger rapidement dans une torpeur dont elles ne se sortiraient que difficilement.

L'un des principaux enjeux que nous avons mis en évidence est la nécessaire mise en place de dispositifs de coopération et de collaboration, à la fois en interne entre les différentes directions qui composent l'ARS, mais aussi en externe, avec les différentes parties prenantes dans le dispositif de planification – régulation à l'échelle régionale.

Plusieurs dispositifs peuvent être proposés afin de pallier les difficultés rencontrées jusqu'à présent. De manière générale, le déploiement d'une démarche « projet » favoriserait le travail en équipes pluridisciplinaires, rendrait plus efficace la dynamique de contrôle de gestion, et pourrait augmenter la motivation des équipes en rendant le travail plus varié. Parallèlement à cette structuration en mode « projet », l'analyse des processus de travail de l'ARS, et la rédaction de procédures de travail contribuerait à proposer un socle améliorant l'efficacité de l'Agence, par l'utilisation de méthodes adaptées aux besoins et en limitant les tensions qui ne manqueront pas d'apparaître aux interfaces entre services et directions.

### **2.2.1 La mise en place d'une démarche de réingénierie des processus : quels objectifs ?**

L'ARS, de même que l'ensemble des organisations publiques et privées, organise ses activités dans le but de fournir le résultat attendu par ses partenaires externes (les clients), à partir des informations dont elle dispose, et en optimisant l'utilisation des ressources qui sont à sa disposition. Ce fonctionnement normal d'une organisation peut être modélisé par le biais d'une identification, puis d'une cartographie des processus<sup>33</sup> qui la composent. Ces processus, décrivant l'ensemble des opérations ou activités réalisées par un ou plusieurs acteurs, en vue d'aboutir à un résultat final, constituent le fondement de l'organisation, puisqu'ils décrivent les modes d'organisation permettant à l'organisation de fournir les produits qui sont attendus d'elle. Dans le cas de l'ARS, la planification, l'allocation de ressources, l'inspection sont des processus « métier » qui constituent la raison d'être de l'Agence.

La mise en place d'une démarche processus au sein de l'ARS présente ainsi un intérêt, en constituant un élément de management permettant la détection des risques encourus par l'organisation, et favorisant la progression durable de l'Agence d'un point de vue

---

<sup>33</sup> L'identification des processus, et leur formalisation par le biais d'une cartographie des processus constituent les fondements de la démarche qualité, telle que présentée par la norme ISO 9000.

organisationnel. Il s'agit donc d'identifier les processus, les interactions entre ceux-ci, et les modalités de management de ces processus, en vue de retrouver la linéarité et l'enchaînement logique d'actions qui concourent à satisfaire les partenaires externes de l'Agence, plutôt que de maintenir une organisation basée sur une succession d'étapes indépendantes et cloisonnées par Directions et par services.

Dans la pratique quotidienne, la mise en place d'une analyse des processus vise plusieurs objectifs. Il s'agit tout d'abord de clarifier les rôles et responsabilités de chacun. En effet, au moment où les affectations des agents sont remises en cause, où des transferts de dossiers sont opérés entre agents appartenant à des organismes différents, la connaissance des rôles de chacun permet de fluidifier le travail au sein de l'Agence. La démarche permet également de comprendre et satisfaire les exigences des « clients », tant en externe qu'en interne. Les établissements de santé, réseaux de santé, porteurs de projets de Santé Publique sont autant de clients de l'ARS, qui entrent en relation avec les équipes de l'ARS avec leurs propres objectifs et contraintes. Ils ont par conséquent un ensemble d'exigences vis-à-vis de l'ARS, celles-ci étant constituées à la fois d'exigences conférées par la réglementation, et d'autres liées à leur vision du service public, et aux résultats qu'ils attendent de leur relation avec l'Agence. En interne, les services travaillent de manière décloisonnée à chaque fois que cela est possible, ce qui suppose des relations entre services qui deviennent ainsi clients les uns des autres. Dans ces deux cas, l'objectif est d'identifier ce que le client attend de nous, et d'organiser l'ARS de manière à répondre le plus efficacement possible à cette demande. Ces deux objectifs permettent ainsi d'améliorer l'organisation du travail au sein de l'Agence, et visent à moyen terme une amélioration des conditions de travail des agents, qui seront soumis à des tensions moindres qu'en l'absence d'une réflexion formalisée sur les tâches qu'ils accomplissent au quotidien.

Cette démarche permet également de définir les marges de manœuvre à disposition de l'organisation, et de mettre en évidence les situations incohérentes ainsi que les risques encourus par l'Agence du fait de son organisation. En identifiant les étapes permettant de réaliser les principales missions de l'Agence, et en associant à chaque étape des informations permettant de connaître les acteurs impliqués dans sa réalisation<sup>34</sup>, il est possible d'identifier les situations où l'organisation est mise particulièrement sous tension – par exemple en raison d'une charge de travail maximale sur les personnels impliqués – ainsi que les situations où les acteurs ne sont pas pertinents eu égard à l'objectif recherché. Parallèlement à cet objectif, la démarche permet également d'identifier les étapes qui grèvent le fonctionnement du processus, pour différentes raisons, telles qu'une lenteur excessive liée à une mauvaise répartition des tâches, l'attente d'une information

---

<sup>34</sup> Cette analyse repose sur l'application de la méthode « RACI » (Responsable, Acteur, Consulté, Informé) pour chaque étape du processus, afin de répondre à la question « Qui fait Quoi ? »

provenant d'un service externe avec lequel l'interface de communication n'a pas été suffisamment prévue. Ces objectifs permettent d'améliorer la satisfaction de l'ARS aux objectifs qui lui sont fixés de décloisonnement et d'efficacité, en assurant une meilleure cohérence entre les actions menées au sein des différents services de l'ARS.

Le dernier objectif poursuivi par la mise en place d'une telle démarche est l'amélioration de l'efficacité de l'ARS. Il faut ainsi considérer les processus en terme de valeur ajoutée, c'est-à-dire caractériser la plus-value pour l'Agence que constitue une organisation rationalisée du travail, par rapport à une organisation non linéarisée et sujette à une fragmentation. Finalement, cette démarche permettra d'identifier la performance des processus, en concevant pour chaque processus un ensemble d'indicateurs de structure et de résultats qui permettront de constituer le socle du futur tableau de bord opérationnel de l'ARS. A ce niveau, il est intéressant de noter que les indicateurs thématiques présents dans le CPOM de l'ARS pourront trouver leur place à ce niveau. Il sera ainsi possible de proposer aux managers un tableau de bord issu des propositions nationales contenues dans le CPOM, ainsi qu'une version plus spécifique à la région, incluant des indicateurs relatifs aux processus spécifiques de l'ARS.

Durant la phase de préfiguration, une partie de ce travail a été engagé, afin de faciliter le transfert des personnels, et d'assurer la continuité du service durant la période de mise en route de l'Agence. Dans le secteur médico-social, les résultats obtenus mettent en évidence des redondances dans l'organisation du travail, ainsi que des procédures variables pour un même objet – notamment le Schéma Départemental d'Organisation Soiale et Médico-Sociale – selon les départements. Cette situation amène à proposer une « réingénierie des processus » internes à l'Agence, dans l'objectif d'améliorer le service rendu au public, et l'efficacité des équipes.

Cette réingénierie, qui consiste en une remise en cause fondamentale et une redéfinition radicale des processus afin d'obtenir des gains conséquents dans les processus critiques que constituent les coûts, la qualité, le service et la rapidité<sup>35</sup>, est fréquemment utilisée dans le secteur privé, notamment à la faveur de fusions-acquisitions entre entreprises<sup>36</sup>.

Cette réingénierie des processus est considérée comme fondamentale dans le sens où elle a pour objectif premier de déterminer les missions essentielles de l'ARS, avant de mener une réflexion sur la manière de réaliser ces missions de la manière la plus efficace possible, indépendamment des contraintes qui s'imposent à l'Agence et des considérations liées aux pratiques qui existaient préalablement dans les différentes organisations précédentes ou aux habitudes de travail des différents acteurs.

Cette démarche est également qualifiée de radicale en raison de la nécessité de s'intéresser à l'ensemble des activités de l'Agence, qui devront toutes être remises en

---

<sup>35</sup> Définition de Hammer et Champy, 1993

<sup>36</sup> Une enquête menée en 1994 a montré que 69% des entreprises américaines interrogées et 75% des entreprises européennes étaient engagées dans un processus de réingénierie

cause. Son objet n'est en effet nullement de rechercher une explication ou une justification à un mode travail antérieur. Les travaux menés sont centrés sur la conception de nouveaux modes d'organisation, ce qui apporte une plus-value à la démarche, en comparaison avec les dispositifs d'amélioration de la qualité basés sur de simples revues de processus, qui trouveront néanmoins toute leur place une fois la nouvelle cartographie des processus achevée.

Finalement, la mise en place d'une telle démarche bouleverse l'organigramme défini pour l'ARS, sans le rendre obsolète pour autant. La gestion de l'Agence par les « processus » permettra à l'ARS d'organiser son management en suivant une logique similaire à la majorité des partenaires externes avec lesquels elle est en relation, simplifiant la lecture de notre organisation pour ces derniers. Il est cependant important d'accompagner ce changement. En effet, dans les organisations, le passage d'une logique fonctionnelle à une approche processus ne se fait pas naturellement et le changement des modes de travail doit être accompagné par un questionnement des acteurs, en vue de répondre au mieux à leurs besoins.

### **2.2.2 Proposition de mise en œuvre d'une telle démarche**

La mise en œuvre d'une démarche de réingénierie des processus de l'ARS a pour objectif d'optimiser les ressources à la disposition de l'Agence en vue de la réalisation de ses missions. Par conséquent, cette démarche implique l'ensemble des Directions de l'Agence, la totalité des agents, et devra être menée en suivant une méthodologie de projet. Seule la conduite de cette démarche de manière transversale à l'ensemble des services permettra d'obtenir des résultats probants. L'organisation de cette réingénierie sous la forme d'un projet structurant permettra de favoriser l'implication des agents, en limitant les travers les plus fréquents de ce type de projet, notamment l'apparition de résistances de la part des services non concernés par la démarche. Dans ce cadre, il est souhaitable de mener une action de grande envergure décomposée en un ensemble de sous-projets à dimension plus restreinte, mais dont la coordination est assurée par le Comité de Pilotage en charge de la démarche globale.

D'un point de vue méthodologique, il est également important de noter que la conduite du projet doit faire l'objet d'une évaluation qualitative à l'issue de chaque étape, afin de prendre en compte les éventuelles tensions pouvant apparaître. Par ailleurs, et en raison du caractère fragmenté des organismes rejoignant l'ARS, la conduite du projet de réingénierie pourra inclure une refonte des systèmes d'information internes à l'Agence – pour la part qui est sous son contrôle direct -, notamment en vue de produire les données qui permettront le calcul des indicateurs de mesure de la performance de l'Agence.

Ainsi, le projet pourra être conduit en quatre étapes principales, elles-mêmes subdivisées en sous-étapes. A l'issue de chaque étape, le Comité de Pilotage en charge de la démarche devra décider de l'opportunité de poursuivre le travail engagé, en fonction des résultats obtenus par les différents groupes de travail constitués.

Dans un premier temps, un diagnostic initial devra être réalisé par des groupes de travail constitués d'agents issus de l'ensemble des services concernés par un processus, sans distinction de corps professionnel ni de positionnement hiérarchique. Il est indispensable de positionner les groupes de travail comme des espaces où les discussions sont d'une part confidentielle, d'autre part totalement libres, c'est-à-dire que chaque participant devra avoir la possibilité de s'exprimer sur ses besoins et son appréciation de l'organisation, sans crainte de réprimande de la part d'un supérieur hiérarchique. Le diagnostic initial permettra au Comité de Pilotage de disposer d'informations pertinentes sur les modalités de conduite du projet, et de décider de l'opportunité de mettre en œuvre la démarche de réorganisation. C'est également une étape de concertation avec l'ensemble des agents, qui donnera l'occasion au Directeur Général de présenter sa démarche et de fédérer l'ensemble des agents autour du projet.

A l'issue de cette étape, le Comité de Pilotage devra disposer d'informations lui permettant de définir le périmètre de chaque processus de l'Agence et ses interfaces avec les autres processus. C'est également durant cette phase de concertation élargie que les objectifs principaux de la démarche seront formalisés ainsi que l'ampleur des changements potentiels. Les objectifs principaux incluront des éléments d'appréciation permettant d'évaluer la performance de chaque processus. Ce sont ces éléments d'appréciation qui permettront de porter un avis sur la réussite du processus de réingénierie. La définition des conditions permettant de qualifier un processus de l'Agence comme « performant » sera donc établie à ce stade. Finalement, un calendrier prévisionnel sera également réalisé au cours de cette étape. Il permettra de connaître de manière détaillée l'ensemble des étapes de la démarche, d'identifier les responsables et acteurs à chaque étape afin de proposer un programme de suivi du projet et une analyse des coûts et de la charge de travail qu'il impliquera.

Dans un second temps, et à l'issue de la validation des travaux issus du diagnostic initial, un état de l'existant devra être réalisé. Il a pour objectif d'évaluer la performance des processus actuels, sur la base du référentiel établi lors du diagnostic initial, d'identifier les points d'amélioration éventuels en se basant sur les causes de défaillance possibles<sup>37</sup>, d'identifier les exigences des acteurs ainsi que les contraintes – notamment

---

<sup>37</sup> Dans ce but, il est possible d'utiliser la méthode dite « des 5 M », dont le principe est d'identifier les sources de défaillance d'un processus en l'étudiant selon 5 critères que sont le milieu, la méthode de travail, la matière, le matériel et la main d'œuvre. Cette méthode permet d'aboutir à un diagramme appelé « Diagramme d'Ishikawa »

règlementaires – qui auront un impact sur la démarche de conception du nouveau processus. Cette étape nécessite la collecte d'informations détaillées sur les modes de travail actuels, en se concentrant sur les « processus-clé » qui constituent le socle fondamental des activités menées au sein de l'Agence. Cette description doit permettre de mettre en évidence les étapes opérationnelles conduisant à l'obtention du résultat final, c'est-à-dire l'ensemble des étapes suivi du début à la fin du travail. A ce stade, il est important de s'attacher à décrire le plus exactement possible l'état actuel du processus, pas ce qui devrait être fait ou pourrait être modifié. Par ailleurs, devront également être précisés les rôles et responsabilités de chacun, pour chaque étape du processus, afin de mettre en évidence le rôle occupé par chaque intervenant.

La troisième étape est la conception des nouveaux processus de travail. A ce niveau, une réflexion opérationnelle pourra être menée sur les systèmes d'information de l'Agence, afin de disposer d'un ensemble cohérent présentant pour chaque processus les données d'entrée et de sortie qui devront être produites. Ces deux travaux permettront ainsi à l'Agence de disposer des méthodes et outils qui assureront l'atteinte des objectifs d'efficacité établis durant le diagnostic initial. A ce stade, les groupes de travail auront pour objectif de proposer un nouveau processus, plus performant que le dispositif actuel, et qui sera capable d'atteindre les objectifs que l'Agence s'est fixés. Les membres des groupes de travail détermineront donc les étapes de chaque processus, l'ordre logique dans lequel celles-ci doivent être réalisées, et identifieront les responsables à chaque étape. Les sources d'information utilisées seront détaillées, ainsi que les textes réglementaires auxquels fait référence chaque étape<sup>38</sup>.

Une réflexion permettant d'aboutir à un système d'information partagé par l'ensemble des agents de l'ARS trouve toute sa place à ce niveau. Le partage de l'information est en effet un élément indispensable à la performance des équipes, notamment en raison de l'existence de multiples sites d'implantation des équipes de l'ARS. Le système d'information devra être simple d'utilisation pour les acteurs, robuste afin de permettre une utilisation pérenne, évolutif en vue de lui apporter des améliorations tout au long du cycle de vie du processus, et compatible avec les autres systèmes d'information utilisés au sein de l'ARS. Plusieurs possibilités concrètes s'offriront au Comité de Pilotage, notamment le choix entre un système unique regroupant l'ensemble des données de l'Agence au sein d'une seule application, ou la possibilité de disposer de systèmes d'information spécifiques à chaque processus. Il n'appartient pas à ce document de préconiser l'une ou l'autre de ces solutions, néanmoins, il sera important de veiller à la

---

<sup>38</sup> Il s'agit ici de définir, notamment, les points de passage imposés par la réglementation au cours d'un processus, et qui pourraient avoir un impact sur la performance de celui-ci ; c'est notamment le cas des présentations devant la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie.

parfaite interopérabilité de ces systèmes entre eux, afin de fluidifier le plus possible les interfaces entre les acteurs.

La quatrième étape est le déploiement de la nouvelle organisation, et des nouveaux modes de travail au sein de l'ARS. Cette étape, probablement la plus délicate en raison des tensions qu'elle risque de générer, devra prendre en compte les modalités de passage entre les anciens modes de fonctionnement et les nouveaux. Cette phase de transition devra être menée avec soin, planifiée de longue date et une communication en interne devra être réalisée de manière soutenue. Des indicateurs spécifiques à cette phase de transition pourront être prévus, ils viseront notamment à identifier les éventuels dysfonctionnements, et devront par conséquent être très sensibles, de manière à alerter rapidement en cas de besoin. L'implication de la Direction Générale, nécessaire tout au long du projet, devra être particulièrement visible à ce stade, les Directeurs « métier » devront également accompagner leurs équipes dans cette évolution, tout en restant les relais privilégiés de la Direction Générale auprès des agents. De leur côté, les groupes de travail ayant participé à l'élaboration des nouveaux processus resteront actifs quelques mois après la mise en place de la nouvelle organisation. Ils auront pour rôle de s'assurer que les agents s'approprient efficacement les nouvelles procédures et de réaliser des ajustements en cas de nécessité.

De manière générale, la démarche de réingénierie des processus apparaît particulièrement indiquée dans le contexte de la création des ARS, parce que la fusion des organismes rejoignant l'ARS implique une mise en commun des compétences, des ressources et des systèmes d'information au sein d'une entité unique. Cette recomposition de nouvelles équipes donne ainsi la possibilité de concevoir des processus de travail innovants, prenant en compte les besoins des « clients » de l'Agence et des agents. L'implication de tous dans cette démarche favorisera l'appropriation de la nouvelle structure par l'ensemble des personnels, développera le sentiment d'appartenance à une structure unique et sera un élément fédérateur de la nouvelle Agence. Par ailleurs, le confort de travail et l'efficacité de l'Agence se trouveront nécessairement améliorés à la suite de la réingénierie des processus. La philosophie de la démarche est en effet de proposer des processus simplifiés, afin de répondre aux exigences de qualité, de service, de flexibilité et d'économie auxquelles l'ARS est contrainte. Les agents se verront ainsi confier des responsabilités élargies, quel que soit leur grade ou leur corps professionnel. L'association de personnels aux compétences variées et aux profils professionnels diversifiés, rendus collectivement responsables de la réussite du processus auquel ils participent favorisera le développement et l'émergence de nouvelles compétences. Les agents disposeront également d'une vision plus globale de l'activité à laquelle ils prennent

part. Les agents contribuent de cette manière à la création de valeur de manière plus visible, ce qui rend leur travail plus gratifiant et multiplie les possibilités de formation et d'évolution dans l'organisation<sup>39</sup>. Ainsi, de nouvelles fonctions pourront voir le jour au sein de l'ARS, en regroupant dans une fonction unique des métiers jusqu'alors répartis entre plusieurs agents. Le suivi des dossiers en relation avec les usagers pourra notamment être assuré par un interlocuteur unique, qui accompagnera l'utilisateur tout au long du processus, plutôt que de mobiliser des interlocuteurs différents à chaque étape, multipliant ainsi les interfaces en interne et en externe, et par conséquent les risques de retard et d'erreur. Des personnes référentes pourront ainsi être nommées pour certaines activités – par exemple la gestion des plaintes – et constitueront un interlocuteur unique pour l'utilisateur. Des équipes responsables de la gestion de l'ensemble d'un processus seront ainsi créées, sans que l'organisation fonctionnelle de l'Agence ne se voit affectée par ce changement. Dans le fait, le décloisonnement sera ainsi renforcé, les services fonctionnels évoluant progressivement en équipes-projets responsables des processus « métier » de l'ARS. La phase de conception du Projet Régional de Santé, ou l'élaboration des schémas sectoriels constituent des points d'entrée idéaux pour une telle démarche, parce qu'elle donnent la possibilité de mettre en place des groupes *ad hoc* constitués pour la durée de conception du document. Lorsque le projet arrive à son terme, l'équipe-projet se dissout et chaque membre retrouve son activité habituelle. Les avantages d'une telle organisation sont nombreuses pour l'Agence, la suppression des discontinuités dans la prise en charge d'une demande entraîne la disparition des erreurs, retards, doublons éventuels qui peuvent apparaître ; les coûts de gestion des processus seront également améliorés, les référents étant rendus responsables de l'administration de leur processus, le nombre d'indicateurs de suivi se réduit en même temps que la responsabilisation du personnel s'accroît.

Cette démarche de fédération des tâches s'accompagnera d'un renforcement des capacités de délégation des directeurs « métier », associant la simplification « horizontale » permise par l'identification de référents et la simplification « verticale » permettant la prise de décision au plus près des besoins. Les circuits décisionnels en seront ainsi simplifiés, les délais de réponse aux usagers réduits, et les tensions liées à la multiplication des dossiers simultanément traités diminuées. Cette refonte des méthodes de travail aura ainsi des conséquences importantes sur la manière d'appréhender l'organisation de l'ARS. Si le travail de définition d'un organigramme était indispensable dans les premiers temps suivant la création de l'Agence – notamment pour des raisons évidentes de réaffectation des personnels – il est probable que l'organigramme traditionnel pyramidal à plusieurs niveaux se transforme en un ensemble plus « plat ».

---

<sup>39</sup> Les fonctions de chargé de mission au sein des ARH ont permis le développement de ces méthodes de travail offrant à chacun la possibilité de participer à un processus « métier » dans son ensemble. La qualité de vie au travail perçue s'en est trouvée améliorée.

Les cadres étant passé d'un statut d'encadrants chargés de superviser des équipes restreintes à celui de manager peuvent ainsi coordonner le travail d'équipes de plusieurs dizaines de personnes. Dans ce contexte, l'organisation hiérarchique devient nettement moins importante, et la collaboration entre les services est renforcée d'autant.

Les nouveaux processus permettront également de renforcer la dimension matricielle de l'organisation, en favorisant le travail simultané de différentes équipes sur le même dossier. Le décloisonnement entre les services s'en verra nécessairement renforcé et les temps de traitement des dossiers seront réduits.

La dimension territoriale de l'ARS ne sera pas oubliée dans cette réorganisation. Les relations entre les délégations territoriales et le siège seront assouplies par la réorganisation, qui permettra une prise de décision renforcée dans les délégations. Cette logique se retrouvera également dans la gestion interne de l'Agence, le Secrétariat Général ayant la possibilité de déléguer de nombreuses compétences, tant aux Directeurs « métier », voire aux chefs de service, qu'aux délégués territoriaux. Si les politiques donnant les orientations générales, en matière de ressources humaines (les congés par exemple), que d'achat resteront de la responsabilité du siège de l'Agence, les compétences opérationnelles seront déléguées au plus près des agents.

La gestion des ressources humaines devra également évoluer, dans la limite des contraintes liées au caractère public de l'ARS. Les responsables de processus devront faire preuve d'autonomie, de créativité et de leadership, les compétences de chaque agent devront par ailleurs faire l'objet d'une évaluation, afin de lui proposer des plans de formation adaptés à ses aspirations professionnelles, et des responsabilités cohérentes avec ses compétences.

Dans ce contexte, l'Agence pourra progressivement basculer vers une organisation en « Business Units ». Chaque unité disposant de ses propres marges de manœuvre, dans le cadre du respect de la politique globale de l'Agence. L'ARS pourra ainsi bénéficier à la fois de la souplesse de gestion que proposent les centres de gestion, tout en conservant les économies d'échelle que permet une organisation centralisée.

Le suivi de la performance de l'ARS pourra dans ce cadre est assuré par le biais d'un tableau de bord prospectif, reprenant pour partie les éléments contenus dans le CPOM des ARS tel que nous le connaissons aujourd'hui, mais en réorganisant les indicateurs de manière à positionner le tableau de bord comme un réel outil d'aide à la décision. Par le biais de cet outil, c'est les résultats obtenus au niveau du système de santé que l'on cherchera à mesurer, plus que l'efficacité interne de l'Agence. En effet, la mesure de la performance interne continuera à être évaluée par le biais des tableaux de bord opérationnels que nous connaissons aujourd'hui, et qui ne permettent pas le suivi de la stratégie de l'Agence.

Le modèle de tableau de bord qui pourrait être envisagé repose sur une vision en quatre axes de la performance<sup>40</sup>. La performance économique des offreurs de santé sur le territoire permettra d'apprécier l'efficacité des dispositifs de régulation financière. Il est ainsi possible de suivre l'évolution des dépenses d'Assurance maladie par le biais de cet axe, que ces dépenses fassent référence à un objectif national ou régional. La perception des usagers du système de santé sur l'efficacité et l'efficience de celui-ci constituerait le deuxième axe, qui pourra bénéficier des instances de démocratie sanitaire telles la CRSA et les conférences de territoire. La troisième dimension est l'efficacité des acteurs, et plus particulièrement la mise en œuvre de dispositifs de collaboration. Cet axe permettra de suivre l'évolution du décloisonnement de l'offre de santé au sein des territoires. Le dernier axe est l'apprentissage organisationnel, c'est-à-dire un ensemble d'indicateurs permettant de connaître l'état de santé de la population, de suivre son évolution et d'anticiper les modifications de l'offre de santé que l'ARS devra impulser dans les années à venir.

---

<sup>40</sup> Il s'agit d'une proposition d'adaptation du modèle de Balanced Scorecard proposé par Robert Kaplan et David Norton en 1992.

## Conclusion

La création des Agences Régionales de Santé incarne à la volonté des pouvoirs publics d'apporter une réponse aux grands enjeux de Santé Publique que sont l'accès à tous aux soins : la lutte contre les déserts médicaux, le décroisement entre les soins ambulatoires, les soins hospitaliers et le secteur médico-social, l'amélioration de la prise en charge des maladies chroniques, la santé des jeunes et d'une manière générale, la coordination du système de santé. L'Agence Régionale de Santé est ainsi présentée comme la « clef de voûte » du dispositif.

Les possibilités offertes par leur création sont nombreuses, en témoigne l'abondance des nouveaux dispositifs mis à la disposition du Directeur Général en vue d'animer la politique de santé en région.

Dans ce contexte, l'un des premiers enjeux de l'ARS sera de capitaliser sur l'existant. En effet, de nombreux dispositifs sont considérés par les acteurs régionaux comme particulièrement efficaces, et devront être poursuivis. La mutualisation des connaissances et la mise en commun des expériences donnera également la possibilité d'améliorer le service rendu par l'Agence dans l'ensemble des champs d'action de l'ARS. Ainsi, dans le secteur hospitalier, la collaboration entre les services de l'Etat et de l'Assurance maladie existe depuis la création des Agences Régionales de l'Hospitalisation en 1996. Dans la région Nord Pas-de-Calais, ce mode de travail associant des professionnels aux profils divers a donné des résultats jugés positifs par les établissements de santé et le personnel de l'ARH. En effet, les directeurs d'établissements rencontrés témoignent unanimement de la capacité des équipes constituant l'ARH à répondre efficacement et rapidement aux interrogations soulevées, tout en assurant un pilotage cohérent de l'offre hospitalière sur le territoire régional. De plus, ils indiquent majoritairement que la capacité de l'ARH à concevoir une stratégie de moyen terme en les associant à la démarche a permis de minimiser les tensions et éventuelles incompréhensions pouvant naître au fil d'une démarche de planification. Les professionnels de l'ARH se félicitent quant à eux des bonnes relations nouées avec les établissements, de la capacité des chargés de mission à faire émerger des réseaux de santé au sein de la région. Par ailleurs, l'expertise technique acquise par chacun d'entre eux au fil des années est un gage de réussite dans les projets qu'ils ont à mener.

A ces caractéristiques, s'ajoutent les perspectives ouvertes par la loi HPST en matière de régulation dans le secteur hospitalier présentées précédemment. Les communautés hospitalières de territoire sont perçues comme un outil de mutualisation et d'optimisation des ressources au sein d'une zone géographique déterminée. Elles sont ainsi considérées par le Directeur général comme l'équivalent dans le secteur public des holdings de participations mises en place par les opérateurs privés. La possibilité de

confier à des établissements privés des missions de service public est également appréhendée comme une opportunité de progrès et de renforcement de l'adaptation de l'offre hospitalière aux besoins de la population. Finalement, les attentes des équipes de l'ARH vis-à-vis de l'ARS sont fortes, ils espèrent assister à un accroissement de la complémentarité des équipes au sein du secteur hospitalier, mais également un décloisonnement des démarches menées associant le secteur ambulatoire et le secteur médico-social. Dans certains domaines, cette volonté de nouer des relations plus étroites entre l'hôpital et les structures médico-sociales se fait d'ailleurs plus présente. C'est notamment le cas des chargés de mission travaillant sur la thématique des Soins de Suite et de Réadaptation qui voient dans les établissements médico-sociaux une structure d'aval privilégiée pour une partie de leurs patients. Cette volonté de décloisonnement est également présente chez les directeurs d'établissements de soins de suite qui attendent de l'ARS une politique favorisant l'émergence de filières de prise en charge globales prévoyant le parcours du patient de son admission en court-séjour jusqu'à son retour à domicile ou son entrée en établissement médico-social. Ce projet apparaît d'autant plus prometteur que la reconversion d'un certain nombre d'établissements hospitaliers publics en établissements de SSR ou médico-sociaux a été annoncé comme un axe de développement par les pouvoirs publics (voir *supra*).

Du côté des acteurs du secteur médico-social, ces attentes sont largement partagées. Les différentes étapes de structuration du domaine médico-social issues des démarches législatives de ces dernières années ont permis tant aux services de l'Etat qu'aux établissements d'acquérir une visibilité accrue et d'entrer dans une logique de planification semblable au champ hospitalier. Les professionnels interrogés souhaitent ainsi que la dynamique actuelle soit pérennisée et renforcée et attendent également de l'ARS le développement de filières de prises en charge.

La dynamique de prévention n'est pas en reste, en témoigne son regroupement au sein de la Direction de la Santé Publique avec d'autres sujets d'importance, notamment la Veille et la Sécurité Sanitaire. Les acteurs des programmes opérationnels de prévention se félicitent de la mise en place de l'ARS et les premières manifestations organisées ont bénéficié de la mise en commun des effectifs. C'est par exemple le cas de la Semaine Européenne de la Vaccination, à laquelle la région participait pour la première fois en 2010, grâce aux possibilités accrues d'organisation offertes par la création d'un service de Communication à part entière.

Le décloisonnement et l'efficacité sont donc pleinement au cœur des Agences, dont le modèle organisationnel est la manifestation la plus visible. Cependant, afin de bénéficier du potentiel maximal offert par la création de ces nouvelles structures, de nombreux travaux restent à mener. De la même manière que dans les entreprises privées, les effets de synergie attendus ne se manifesteront qu'à l'issue d'une refonte majeure des modes de travail. Il appartient aux Directeurs Généraux de mettre en œuvre cette démarche de redéfinition des rôles et responsabilités de chacun au sein des Agences. Si cette démarche est lourde et délicate, les bénéfices qui sont attendus sont à la hauteur de l'investissement demandé aux personnels, les gains en termes de qualité de vie au travail, de productivité et d'efficacité seront alors conséquents. Dans la région Nord Pas-de-Calais, cette démarche se met en place progressivement, et d'autres ARS travaillent également à la cartographie de leurs processus actuels, fondement indispensable à la conception des ARS de demain.

---

## Bibliographie

---

- Avargues, M.-C.; Palicot, J.-C. & Salomez, J.-L. (2004), 'Politiques et programmes régionaux de santé. Mise en place d'une programmation régionale de santé.', *Actualité et dossier en Santé Publique***46**, 23-43.
- Bréchat, P.-H. (2004), 'Naissance et histoire de la régionalisation des politiques de santé', *ADSP***46**, 15--22.
- Bréchat, P.-H.; Jourdain, A. & Schaetzel, F. (2005), 'Les usagers dans la construction des schémas régionaux d'organisation sanitaire', *Santé Publique***1**, 57--73.
- Castiel, D. & Jourdain, A. (1997), '[Equity and health planning: critical analysis of the SROS and implications for a model of resource allocation]', *Cah Sociol Demogr Med***37**(3-4), 205--235.
- Chambaz, F.; Rymer, R. & Bréchat, P.-H. (2008), 'Pour des agences régionales ayant la possibilité de pérenniser les offres de santé', *Santé Publique***20**, 269--274.
- Cormier, M. (2003), 'La nouvelle régulation du dispositif social et médico-social : une transposition du dispositif hospitalier ?', *ADSP***43**, 23--27.
- Demeulemeester, R.; Jabot, F.; Bertin, C.; Garçon, J. & Sannino, N. (2004), 'Politiques et programmes régionaux de santé. Evaluation et bilan', *Actualité et dossier en Santé Publique***46**, 44-60.
- Fimbet, J.-C. (2004), 'Politiques et programmes régionaux de santé. Paroles des usagers de santé.', *Actualité et dossier en Santé Publique***46**, 74-75.
- Frenk, J. (1995), 'Comprehensive policy analysis for health system reform.', *Health Policy***32**(1-3), 257--277.
- Galametz, C. (2004), 'Politiques et programmes régionaux de santé. A la croisée des chemins', *Actualité et dossier en Santé Publique***46**, 72-73.
- Garcia, A. (2004), 'Politiques et programmes régionaux de santé. Evolution des politiques régionales : l'agence régionale de santé en perspective', *Actualité et dossier en Santé Publique***46**, 67-69.
- Gruen, R. L.; Elliott, J. H.; Nolan, M. L.; Lawton, P. D.; Parkhill, A.; McLaren, C. J. & Lavis, J. N. (2008), 'Sustainability science: an integrated approach for health-programme planning.', *Lancet***372**(9649), 1579--1589.
- Jamison, D. T. & Mosley, W. H. (1991), 'Disease control priorities in developing countries: health policy responses to epidemiological change.', *Am J Public Health***81**(1), 15--22.
- Jourdain, A. (1991), '[How to reduce health inequalities between regions?]', *Cah Sociol Demogr Med***31**(4), 309--344.

Jourdain, A. & Duriez, M. (2001), 'Les agences dans le système de santé : Un nouveau paysage institutionnel ?', *ADSP***37**, 17--60.

Laverack, G. (2009), 'The future of public health programming', *Journal of Public Health*.

Loureiro, I.; Sherriff, N. & Davies, J. K. (2009), 'Developing public health competencies through building a problem-based learning project', *Journal of Public Health*.

Madden, L.; King, L. & Shiell, A. (2009), 'How do government health departments in Australia access health economics advice to inform decisions for health? A survey.', *Aust New Zealand Health Policy***6**(1), 6.

Maudet, G. (2002), 'La « démocratie sanitaire » : penser et construire l'usager', *Lien social et Politique***48**, 95--102.

Metcalfe, O. & Higgins, C. (2009), 'Health Impact Assessment contributing to Healthy Public Policy', *Public Health***123**(4), 295 - 295.

Metcalfe, O. & Higgins, C. (2009), 'Healthy public policy - is health impact assessment the cornerstone?', *Public Health***123**(4), 296 - 301.

Mosley, W. H. (1994), 'Population change, health planning and human resource development in the health sector.', *World Health Stat Q***47**(1), 26--30.

Nicolas, C. (2004), 'Politiques et programmes régionaux de santé. Poursuivre une politique régionale de santé.', *Actualité et dossier en Santé Publique***46**, 61-64.

O'Connell, E. & Hurley, F. (2009), 'A review of the strengths and weaknesses of quantitative methods used in health impact assessment', *Public Health***123**(4), 306 - 310.

Peltier, M. (2004), 'Politiques et programmes régionaux de santé. La prévention : fondement des politiques régionales de santé.', *Actualité et dossier en Santé Publique***46**, 65-66.

Porzolt, F. (2009), 'Implementing economic principles in medicine while maintaining medical professionalism', *Journal of Public Health*.

Robelet, J.-P. (2004), 'Politiques et programmes régionaux de santé. L'intérêt à agir dans le cadre d'une politique régionale de santé.', *Actualité et dossier en Santé Publique***46**, 70-71.

Shediak-Rizkallah, M. C. & Bone, L. R. (1998), 'Planning for the sustainability of community-based health programs: conceptual frameworks and future directions for research, practice and policy.', *Health Educ Res***13**(1), 87--108.

Sim, F. & Mackie, P. (2009), 'Tomorrow's workforce for health: Assessing the impact', *Public Health***123**(4), 293 - 294.

Skanavi, S. (1998), 'La démocratie sanitaire', *ADSP***24**, 10--11.

Webb, G. P. (2009), 'Nutrition- A health promotion approach (3rd ed.)', *Public Health***123**, 461.