



Observatoire de la Régionalisation

Colloque « Les ARS, cinq ans après »

Colloque co-organisé par le Collège des Directeurs Généraux d'Agences Régionales de Santé, le Secrétariat Général des Ministères chargés des Affaires Sociales, la Chaire santé de Sciences-Po et l'Institut Droit et Santé-Inserm UMRS 1145 de l'Université Paris Decartes

1^{er} avril 2015

Ouverture de la Ministre Laurence ROUSSIGNOL, Secrétaire d'Etat chargée de la Famille, des Personnes âgées et de l'Autonomie, auprès de la Ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes

Selon Laurence Rossignol, « *la mise en place des Agences Régionales de Santé est un succès* ». Les ARS ont su assurer de manière efficace, au quotidien, la sécurité de nos concitoyens en cas de menace sanitaire. Laurence Rossignol a ainsi cité les cas de l'épidémie de Chikungunya pour les ARS d'outre-mer, les attentats de janvier pour l'ARS d'Île-de-France et le crash de l'avion de Germanwings pour celle de Provence-Alpes-Côte-D'azur.

Trois points clés à relever dans la mise en œuvre des ARS:

- la définition d'une stratégie pour la politique de santé avec 26 Projets Régionaux de Santé arrêtés entre 2011 et 2013, pour une logique de parcours
- le développement de la logique territoriale avec une contractualisation significative : 220 Contrats Locaux de Santé (CLS) signés jusqu'à fin 2014
- l'amélioration du pilotage et de la mise en œuvre des dispositifs de prévention, d'accompagnement et de soins des personnes âgées et fragiles.

Les ARS sont sécurisantes car elles structurent leurs actions, notamment pour les personnes handicapées (feuille de route fin 2014 pour le handicap). Notre système de santé doit permettre un accès aux soins pour tous, à travers la prévention, les soins de proximité (avec le virage ambulatoire) et le renforcement des droits des patients.

Les ARS devront répondre à des défis financiers. Nous proposons une réforme structurelle axées sur les 4 points suivants :

- L'efficacité des dépenses hospitalières, avec 100% des établissements hospitaliers engagés en GHT d'ici 2017
- les soins de proximité
- la maîtrise des médicaments et génériques
- l'amélioration du bon usage des soins.

La Loi de modernisation de notre système de santé soutient le développement des ARS qui « *seront à la manœuvre ; pas pour décider seules, mais pour animer soutenir, encourager les professionnels* ».

Table ronde 1 : Les Agences Régionales de Santé, une réforme de l'Etat et de l'Assurance Maladie
--

Sous la présidence d'Anne LAUDE, co-directeur de l'Institut Droit et Santé, Doyen de la faculté de droit de l'université Paris Descartes

Professeur Robert LAFORE, Institut d'Etudes Politiques de Bordeaux

Les ARS sont une sorte d'ovni dans le système français. Il aurait été étonnant qu'en 5 ans les ARS fonctionnent parfaitement. Il s'agit de l'aboutissement d'un projet de territorialisation.

Les ARS ont été construites suite à la volonté de créer des politiques territorialistes, basées sur la notion de territoire, notion pourtant très ouverte et large.

Cette construction renvoie à 2 défis :

- la légitimité de l'action publique ; parviennent-elles à susciter l'intérêt général, à travers une représentation commune et acceptable ?
- l'efficacité de l'action publique

La question principale qui s'est posée concernait la démocratie sanitaire ; c'est-à-dire comment élaborer les politiques publiques en concertation avec l'ensemble des acteurs de la chaîne de santé.

Peut-on produire d'une nouvelle manière de la légitimité ?

Les ARS restent encore un dispositif novateur comparé au reste des administrations. Le système, décentralisé depuis les années 1980 a rompu le dialogue entre les acteurs locaux et nationaux. Ce manque de légitimité a donc été comblé avec la création des ARS, comptant une pluralité d'acteurs, détenant une légitimité professionnelle et réinstaurant un dialogue entre les élus locaux et les préfets de région à travers les outils que la Conférence de Territoire (CT) et la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA).

Cette question qui se pose sur l'efficacité des ARS entraîne trois :

- on observe une dimension verticale persistante ; comment conjuguer les dimensions horizontale et verticale ?
- quelle représentation des patients, des usagers ?
- quel rapport avec les collectivités territoriales, élus, préfets ?

Les ARS ont été composée de la même façon qu'un établissement public, avec une implantation de divers services, une notion de gouvernance intra-services et générale. Cette gouvernance est-elle efficace ? La conception de l'ARS tend vers le décroisement, face à un système antérieur cloisonné, en réunissant plusieurs services en un ; cependant le modèle vertical sectoriel reste difficile à dépasser.

Se pose également la question de la contrainte financière, avec le Fonds d'Intervention Régional (FIR) créé afin de financer les expérimentations et qui tend à financer de plus en plus les déficits structurels.

Enfin, dans une logique de diffusion de bonnes pratiques et de leur comparaison, les ARS peuvent-elles tenir le rôle de laboratoires d'idées de territorialisation des politiques ?

Sylvie MANSION, Directrice de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Strasbourg

Les ARS, lors leur création, ont été présentées comme la maison commune de l'Etat et de l'Assurance Maladie.

On peut souligner les trois objectifs qui ont concouru à la création des ARS :

- l'unification des services, en promouvant la transversalité
- la territorialisation des politiques de santé, avec pour objectif de rapprocher besoins et réponses
- la responsabilisation des acteurs.

Au cœur de l'Assurance Maladie se trouve la question de la gestion du risque pour une efficacité du système de santé, avec la qualité et la sécurité des soins couplées avec la gestion financière des dépenses, c'est-à-dire « *le juste soin au juste prix* ».

Les Programmes Pluriannuels Régionaux de Gestion des Risques sont conclus entre les ARS et l'Etat. Il s'agit d'un socle de priorités nationales, comprenant l'opportunité de tracer des voies régionales pour adapter à chaque région.

Les ARS se sont d'abord concentrées sur l'élaboration des Projets Régionaux de Santé (PRS), menant un travail dense sur l'adaptation des politiques nationales à un niveau territorial, donc faiblement tournées vers la Gestion Du Risque (GDR). Les représentants de l'Assurance Maladie connaissent la GDR à l'inverse des ARS. Rapidement, on observe un éloignement entre ARS et Assurance Maladie, avec la création d'outils et de travaux sans concertations entre ces deux acteurs majeurs du système de santé. On observe un manque de coordination entre les deux organismes, à travers une relation descendante. Une coopération naît mais dans un climat complexe, concurrentiel.

Le bilan commun pour la GDR de ces deux institutions semble donc aujourd'hui mitigé, mais on note des progrès autour du plan Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM), grâce à la rencontre des ARS et de représentants d'Assurance Maladie.

La connaissance des parcours par l'Assurance Maladie et les travaux de planification menés par les ARS devraient aboutir à un climat plus propice aux échanges.

Julia BEURTON, maître des requêtes au Conseil d'Etat

Le Conseil d'Etat distingue 3 raisons pour la création d'agences:

- l'émergence d'une nouvelle politique publique
- la modernisation de la gestion des politiques publiques
- la coordination de politiques décentralisées.

La création des ARS répond à l'objectif de regrouper les services de l'Assurance Maladie et de l'Etat, en fusionnant notamment sept organismes en un. Ici, l'on observe cette spécificité : 26 agences ont été créées et ont été chargées de mettre en œuvre la politique nationale au niveau régional. Il s'agit d'une structure autonome mais en lien avec l'Etat.

En général, notre système français est un système déconcentré et non décentralisé : il s'agit d'un simple transfert de compétences, sous autorité du préfet de région, eux même soumis à l'autorité des Ministres.

Les ARS constituent un établissement public et disposent donc de la personnalité morale. Il ne s'agit pas du schéma classique des services déconcentrés de l'Etat. Les ARS ne sont pas qualifiées de services déconcentrés au vu de la composition spécifique des ARS et de leur statut d'établissement public.

Sur décret du Conseil d'Etat, les Ministres ont un pouvoir d'instruction sur les Directeur Généraux (DG) d'ARS, mais limité (exemple : circulaire annulée visant à modifier l'organisation interne de gestion du personnel). La nouveauté des ARS tient de la qualification d'« établissement public », divergente des services déconcentrés de l'Etat. On peut parler de structures hybrides.

Table ronde 2 : Les ARS, une nouvelle gouvernance du système de santé ?

Sous la présidence de Jean Yves GRALL, Président du Collège des Directeurs Généraux d'Agences Régionales de Santé

La création des ARS a abouti à une permutation culturelle unique pour mener à bien les actions publiques au niveau territorial.

Frédéric PIERRU, chargé de recherche en sociologie au CNRS, CERAPS Lille 2

La loi HPST a mis en avant cette notion de territorialisation ; cependant 5 années après la création des ARS, on note un faible ancrage de la politique territoriale. Les ARS portent la marque de cette volonté de réforme de l'Etat, intervenant au moment où le réseau de l'Assurance Maladie se centralise. Des monographies ont été réalisées au sein de trois régions, avec des centaines d'entretien de 2011 à 2012, pour un bilan de mi-parcours. Afin d'évaluer le degré de territorialisation suite à la loi HPST, il faut redéfinir le territoire, structuré par des systèmes d'actions locaux, de mobilisations locales ou encore de mouvements de populations réelles. Les résultats sont les suivants : une notion de déconcentration du système de santé ressentie, un pouvoir financier centralisé, une gestion des compétences et des ressources humaines contraintes, etc.

Selon un DG d'ARS interrogé, « on reste organisé en silo ». Un déséquilibre persiste dans l'organisation au niveau régional et national, et il semble que les ARS fonctionnent tel un service déconcentré de l'Etat. Il en ressort donc les points suivants :

- des ressources insuffisantes à l'échelon local, notamment en matière financière mais également d'expertise
- des marges de manœuvre faibles au niveau infrarégional
- un manque de synergie avec les acteurs locaux (préfets et collectivités notamment).

Pour les Délégués Territoriaux (DT), cette notion de recentralisation des services se ressent. Les problèmes suivants ont été identifiés :

- une animation territoriale sous-conceptualisée, non expliquée u
- un sentiment de déclassement et des difficultés à se positionner pour les DT au vu du siège de l'ARS omniprésent
- un manque de ressources financières
- une feuille de route floue
- un cadre juridique non précis.

Deux facteurs influent sur la mise en œuvre des DT :

- la personnalité du DG d'ARS
- la taille de la région.

Un modèle intégré de délégation territoriale permet une vision harmonisée de la région et un meilleur fonctionnement entre les différents niveaux de l'ARS. Se pose la question des inégalités de santé territoriales, qui représentent le point central de la feuille de route des ARS.

Monique CAVALIER, Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de Midi-Pyrénées

Il faut « *penser global et agir local* ».

Le parcours de santé correspond à la trajectoire globale des patients ou usagers sur un territoire de santé. Cette notion de parcours implique une nécessité de collaboration entre les acteurs de la prévention, du social, du médico social et sanitaire.

Le chantier de l'élaboration du parcours prend naissance au sein du PRS. Ces schémas obéissent à des logiques différentes, certains sont dérogatoires selon les régions. Bien que les textes ne les rendent pas obligatoires, chacune des ARS les a élaborés. Nous sommes passés de territoires de concertation à des territoires de projets. Par ailleurs, il faut noter que le découpage de chaque région en territoires de santé a été calqué, pour plus de la moitié des ARS, sur le découpage départemental. Nous avons réussi à élaborer ces parcours, en concertation avec les acteurs de santé, notamment les usagers, avec une certaine efficacité. Les projets de santé se sont toujours construits selon les spécificités de chaque territoire. Tous ont mobilisé une organisation permettant un travail collectif. Les objectifs premiers d'élaboration du parcours dans notre projet régional de santé sont les suivants :

- améliorer le parcours de santé
- renforcer l'efficacité des soins
- structurer l'offre en santé
- réduire les inégalités territoriales.

Puis, ont été intégrés les objectifs suivants :

- s'orienter vers les usagers
- fournir aux professionnels un appui et des outils nécessaires à la coopération.

Enfin, nous travaillons actuellement sur les volets suivants:

- augmenter la visibilité pour les usagers
- transformer la logique de parcours en une logique de mise en mouvement du système dans sa globalité.

Une difficulté majeure a reposé sur la mise en œuvre des nombreuses expérimentations, demandant une forte charge de travail. Il a fallu mobiliser les territoires, porteurs de projets, pour aboutir à un travail en concertation sur des thématiques propres aux régions. On note une insuffisance de méthodologie dans l'élaboration du parcours, due à un manque d'expertise et de travaux de recherche.

Le parcours, bien qu'il reste beaucoup à faire, comprend la notion de transversalité, primordiale pour améliorer la prise en charge des patients. Il s'agit d'une démarche ne constituant pas encore une réalité sur tout le territoire. L'ARS permet l'accompagnement des acteurs dans ce processus.

Bernadette DEVICTOR, Ancienne Présidente de la Conférence Nationale de Santé

Nous sommes passés d'un modèle paternaliste vis-à-vis des patients, à une problématique d'éthique, à travers notamment la loi de 2002 relative aux droits des malade et à la qualité du système de santé, et la volonté d'une relation partenariale entre les professionnels de santé et le patient.

La CRSA permet de contribuer à l'élaboration de la politique régionale. Elle produit un rapport d'évaluation annuel sur les droits des usagers en région et organise des débats publics sur des thèmes tels que la prévention du tabagisme, la lutte contre le suicide et contre l'alcoolisme des jeunes. On note souvent des incohérences entre les PRS et les plans nationaux de santé, qui ne sont pas élaborés ensemble. Au-delà des missions prévues, de nombreuses initiatives existent entre les CRSA et ARS. 5 ans après, nous pouvons dire qu'il existe des acquis, que la concertation entre les acteurs est bien présente. On observe une bonne prise en compte des avis émis par la CRSA. Une étape primordiale repose sur le maintien du débat public comme un débat et non, comme c'est souvent le cas, une conférence. L'exercice de la démocratie en santé passant aussi par la personnalité des dirigeants et acteurs en santé, les résultats divergent donc fortement entre les régions. Les moyens mis à disposition sont encore insuffisants, la démocratie en santé demande en effet du temps et de la concertation.

Les conseils territoriaux de santé sont orientés vers la gouvernance partagée, sur la mise en œuvre des coopérations et des outils à disposition, on ne peut pas les qualifier de consultatives. Une fois l'avis sur le PRS donné, nous continuons à travailler en silo, ce qui ne permet pas d'avancer réellement. La CRSA devrait formuler en ce sens un avis sur la territorialisation des politiques de santé et mieux articuler cet avis avec l'ensemble des acteurs mettant en œuvre cette territorialisation.

Les CRSA ont permis de construire une culture commune tendant vers un décloisonnement des modes de pensée. Il faut penser au contexte géographique changeant pour continuer cette politique de territorialisation.

Jean-Yves GRALL : La régionalisation a permis d'asseoir une égalité de ressources sur l'ensemble du territoire, ressources auparavant réparties de façon très hétérogène.

Brigitte VIGROUX, Présidente de l'URIOPSS Île-de-France

Je vous propose 4 axes d'amélioration pour développer la logique de parcours de santé du patient :

- améliorer la nature et la qualité des relations entre le siège et ses délégations territoriales
- continuer à décloisonner le sanitaire et le médicosocial grâce à la logique de parcours
- renforcer la territorialisation des politiques de santé (attachée au service territorial de santé au public)
- améliorer la nature des relations du comité de pilotage des ARS.

Monique CAVALIER : Il est extrêmement important que les règles soient explicites pour les Directions comme pour les équipes de terrain. Le territoire de santé doit être un territoire de projets.

Sous la présidence de Didier TABUTEAU, co-directeur de l'Institut Droit et Santé, responsable de la chaire de santé de Sciences-Po

Yves BUR, ancien parlementaire, auteur du rapport d'information sur les Agences Régionales de Santé de 2008

Les priorités des ARS sont insuffisamment visibles : quelles priorités par exemple dans le cadre de la lutte contre le tabagisme contre l'alcoolisme, l'obésité et la nutrition ? Les progrès dans l'organisation de l'offre de soins sont inégaux selon les territoires ; quelle mutualisation des moyens pour l'améliorer ? Les Groupements Hospitaliers de Territoires, inscrits au sein du projet de loi de modernisation de notre système de santé, en rendant obligatoire pour les établissements publics de rejoindre un groupement, permet d'améliorer la coordination et le décloisonnement au sein de notre système de santé. Cette réforme va dans le bon sens pour notre système de santé.

Le FIR devient un outil de pilotage important. Dans le même temps, il compense la baisse des fonds provenant du Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes.

Claude Evin, Directeur Général de l'ARS d'Île-de-France

L'articulation entre le niveau régional et le niveau national est le centre de la question des ARS. La politique est définie par le niveau national, par exemple par le projet de loi de santé et tous les Projets de Loi de Financement de la Sécurité Sociale (PLFSS), mais l'adaptation et l'articulation doivent se faire au niveau régional.

Il y a, dans le même temps, une demande d'une certaine autonomie mais aussi une demande de protection par le national. Les acteurs d'un niveau national ont besoin de ne pas être oublié au niveau régional ; nous sommes dans un pays où le niveau national est perçu comme protecteur par les acteurs locaux et régionaux, telles les Unions Régionales de Professionnels de Santé (URPS).

Il faut travailler sur une meilleure coordination ; Pierre RICORDEAU, Secrétaire Général des Ministères chargés des Affaires Sociales (SGMAS), présent aujourd'hui, sait que la coordination est difficile. Les leçons de la prise de responsabilités au niveau régional n'ont pas été tirées à l'échelon national. Les modélisations du national au régional, souvent, ne laissent que très peu de marges de manœuvre aux acteurs sur le terrain. Il y a une nécessaire marge d'autonomie que l'on doit laisser au niveau régional. A ce sujet on peut citer la question de statut des personnels des établissements de santé, l'organisation des astreintes dont une décision du Conseil d'Etat disait que c'était à l'ARS de les organiser. Cependant, il est interdit à l'ARS de rémunérer les journées pour cause de statut.

L'un des objectifs du projet de loi est d'aider à l'organisation des professionnels de santé. Ainsi, il est prévu que les conventions nationales avec les professionnels de santé comporteront des volets adaptés au niveau régional. En France, offre et financement sont séparés, ce qui est illogique. Il faut trouver des réponses adaptées au niveau régional.

La question de l'ARS omnipotente fait peur ; or ce n'est pas le souhait des acteurs des ARS, qui par ailleurs, n'en ont pas les moyens.

Comment répondre à une problématique de parcours si l'on ne peut pas réunir l'ensemble des acteurs ? Construire un parcours, c'est aussi disposer d'outils pour échanger les informations. L'article 12 instituant le Service Territorial de Santé au public (STSP), devenu celui des communautés professionnelles territoriales de santé, pose la question de l'organisation sur le territoire de politiques de santé cohérentes ? Pour le moment, cette question reste sans réponse.

Enfin, la coordination des politiques est déterminante puisque l'état de santé est lié à d'autres domaines et est donc concerné par les politiques d'environnement, de nutrition, d'éducation et de sécurité.

Jean-Paul ORTIZ, Président de la Confédération des Syndicats Médicaux Français (CSMF)

Jusqu'à maintenant, les médecins libéraux n'avaient que peu à faire avec l'administration décentralisée, puisque les ancêtres des ARS étaient les Agences Régionales d'Hospitalisation (ARH) avec lesquelles nous n'avions que peu à voir.

Les ARS ont changé la donne ; en fonction des régions, il y a des différences et cela fonctionne plus ou moins bien. Trop souvent, les ARS ont été trop bureaucratiques et trop centrées sur une offre de soins hospitalo-centrée. Dans la gouvernance interne des ARS, il n'y a pas de vision de la médecine libérale. Quelles ARS ont un conseiller médical qui était un ancien médecin libéral et pourrait comprendre l'organisation ? Très peu, ainsi qu'au sein des cabinets ministériels en charge de santé et de médico-social. Nous avons des modes de fonctionnement que nos interlocuteurs ignorent ainsi totalement.

Le regroupement des régions complique encore davantage les choses, par exemple des regroupements comme celui de l'Aquitaine, du Limousin et du Poitou-Charentes, qui réunissent des territoires et des besoins extrêmement variés. Comment, en matière de territorialité, peut-on avoir un système descendant hospitalo-centré ? J'ai quitté la fonction de président de l'URPS Médecins de Languedoc-Roussillon avec beaucoup de regrets. Le département de la Lozère, pour lequel j'avais une image d'Epinal, m'a en effet beaucoup appris sur la diversité des territoires ainsi que les besoins des acteurs sur le terrain.

Il faut soutenir, accompagner, faire du portage de projet mais ne jamais diriger. Construire la proximité de demain avec les acteurs de terrain. Il faut inventer de nouveaux modes de contractualisation avec ce qui se fait sur le terrain.

Gérard VINCENT, Délégué Général de la Fédération Hospitalière de France

Quand il n'y a pas de médecin et que les patients n'ont pas accès aux soins, ils vont aujourd'hui à l'hôpital. Ce qui n'est pas normal car l'hôpital ne doit pas être une substitution. Aller aux urgences au lieu d'aller chez son médecin généraliste est par ailleurs extrêmement coûteux pour l'Assurance Maladie et peu efficace pour le patient. L'ARS ne pilote absolument pas la médecine de ville, seulement l'hôpital -or cela est le rôle de l'ars que de réguler l'offre de soins.

Une des causes du problème d'accès aux soins et à des professionnels de santé est la question des étudiants de médecine. On sait que ceux qui réussissent sont des enfants de classes aisées comme les nôtres, qui ne veulent pas aller dans des zones isolées dans des montagnes ou des banlieues défavorisées.

On demande aujourd'hui aux directeurs d'hôpital de faire une comptabilité analytique prévisionnelle, ce que nous dénonçons, ainsi que le décalage entre ce que l'on perçoit de la réalité de terrain qui change et le discours de la Ministre. Nous sommes d'accord pour maîtriser la croissance de la masse salariale mais il ne faut pas que cela descende de manière descendante ; il faut travailler avec l'ensemble des acteurs.

Claudy LEBRETON, Président de l'Association des Département de France

Pour comprendre le présent, il faut connaître le passé Avant, les départements avaient peu de responsabilités. Trois étapes sont nécessaires pour comprendre aujourd'hui :

- 1982 : loi de décentralisation, les compétences des affaires sociales et sanitaires passent sous la responsabilité d'une assemblée d'élus : le conseil départemental
- 1997 : création des ARH, les élus y siègent. Les élus sont très sensibles à l'aménagement de leur territoire. Il est à noter que les élus étaient souvent sur un strapontin ; l'administration avait des liens privilégiés avec ces élus.
- 2009 : loi HPST. Du fait de nos responsabilités médico-sociales, nous avons été sollicitées ; fallait-il introduire le champ médico social ?

Deux mondes qui ne se connaissent pas travaillent ensemble dans le cadre de la loi HPST, deux cultures différentes : la culture de l'Etat et la culture de l'administration territoriale. Il y a une prise de responsabilités des acteurs locaux. Lorsque les ARS se sont installées, il y a eu plusieurs rencontres et il a fallu réfléchir aux territoires de santé dans les régions. Fallait-il séparer le sanitaire du médico-social ? Les compétences médico-sociales relèvent du département, alors que le domaine sanitaire relève des compétences de bassins hospitaliers.

Le secteur des personnes âgées et du handicap fonctionne de façon moins coordonnée, moins bien que le reste aujourd'hui. Il faut le reconnaître, nous sommes entrés dans les conseils d'administration avec une vision plus libérale.

Ce qui me semble le plus important c'est le territoire et le fait de le prendre en compte dans toute politique, quelle qu'elle soit. Quel est le degré de liberté accordé aux ARS dans les territoires ? Comment territorialiser les politiques de santé publique ? Il faut tenir compte des histoires et des réalités territoriales pour adapter ces politiques.

La politique de santé, y compris dans l'éducation, sera-t-elle à un moment sous tutelle territoriale ou restera-t-elle sous autorité de l'état ?

Claude Rambaud Vice-Présidente du Collectif Interassociatif Sur le Santé

On sent bien qu'il y a encore des marges à prendre, des marges et des gains possibles. Lorsque nous avons été auditionnés par la Mission d'Evaluation et de Contrôle des lois de financement de la Sécurité Sociale (MECSS), nous avons fait une enquête, il y a plus de 2 ans, que nous avons depuis réactualisé. Il y a eu peu d'évolutions.

Nous avons une vision positive de la loi HPST, qui a permis une montée en puissance de la démocratie sanitaire, notamment avec la création des CRSA.

La volonté de l'ARS de mettre en place une offre de soins cohérente est extrêmement positive.

Il y a le problème des urgences, de l'accompagnement des patients, nous attendons beaucoup du projet de loi. La critique la plus importante des représentants d'usager est que nous sommes dans une politique très descendante venant des ARS ; parfois la CRSA est perçue comme une chambre d'enregistrement. Il faut noter que les responsabilités sont des deux côtés.

La mise en place des CRSA avec la loi est acquise ; maintenant il faut aller plus loin. Il y a également des questions de volonté de part et d'autre. Il faut mettre en place une boîte à outils qui vise à promouvoir l'indépendance régionale. Bien sûr il y a les CLS, mais il ne faut pas oublier qu'il n'y a pas nécessairement de la concertation dans ces contrats locaux de santé. Nous souhaiterions qu'il y ait une passerelle entre les Observatoires Régionaux de Santé (ORS) et les CRSA. En Île-de-France, les ORS font une présentation en début des réunions des CRSA.

Le point noir est que le Centre Polyvalent de Santé Universitaire manque de moyens ; on se rapporte à des instructions pour faire les rapports de synthèse. Cela manque de qualitatif et les rapports sont centrés sur des statistiques. Les CISS régionaux sont financés par des contrats et sont en insécurité permanente, ils ne savent pas s'ils auront leur subvention.

Le citoyen doit être un partenaire : le Québec est un exemple où le patient est un co-acteur du système. Il y a eu des études sur les apports du patient partenaire.

Claude EVIN

Je confirme que les URPS sont des interlocuteurs et je confirme également qu'il y a un mouvement important : des présidents d'URPS ont ainsi pris des responsabilités telles que des présidences de syndicats au niveau national. Le Président de la CSMF certes, mais il y a aussi d'autres exemples.

Dans le cadre des partenaires conventionnels, syndicats et assurance maladie, il faut laisser dans ces conventions une marge de manœuvre au niveau régional. Les objectifs de santé publique et les problématiques diffèrent selon les territoires. Les conventions doivent être adaptées au niveau régional.

Je précise que les outils dont on dispose sur la médecine de ville sont beaucoup moins forts que pour l'hôpital, pour répondre à Monsieur Gérard Vincent ainsi qu'à Monsieur Jean-Paul Ortiz. Cette question des outils dépend aussi beaucoup du législatif.

On dit que l'ARS s'intéresse plus aux hôpitaux qu'aux cliniques ; la réalité est qu'une clinique qui n'arrive pas à se sortir d'une situation financière difficile va au tribunal, lorsque c'est un hôpital il vient demander de l'aide à l'ARS pour diminuer son déficit. L'attitude que nous avons comme directeur d'agence c'est de formuler un certain nombre d'exigences. C'est vrai que nous avons des exigences fortes vis à vis des établissements publics pour éviter qu'ils demandent de l'aide à l'agence.

Gérard VINCENT

Je suis d'accord avec Claude Evin. En revanche dans ce cadre je ne comprends pas que des centres hospitaliers qui sont à l'équilibre posent alors problème et que l'ARS s'en occupe.

Jean-Paul ORTIZ

Je pense qu'il faut soutenir les lits en urgence de nuit La question du numéro unique au sein du projet de loi pose problème. Il faut laisser le 15 pour le SAMU et un autre numéro national unique.

Gérard VINCENT

Il faut lutter contre cette capacité des français à aller à l'hôpital pour remplacer un professionnel de santé.

Jean-Paul ORTIZ

L'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) a un champ de mission limité aux questions hospitalières. Les médecins n'ont ni le savoir-faire ni le temps de monter des projets de grande ampleur ; pour autant ils ont déjà prouvé de créativité. Dommage que l'ANAP n'ait pas dans le champ de ses missions la médecine de ville car cela apporterait une forte expertise.

Claude EVIN

On a besoin de réfléchir à un mode d'organisation pour l'offre de dernier recours. Dans la perspective d'avoir un rejet de l'hôpital, il faut des maisons médicales pour pallier à la fermeture de sites où il y a très peu d'actes.

Jean-Yves GRALL

Les ARH, spécifiquement dédiées aux hôpitaux, comptent beaucoup de professionnels de santé. Par ailleurs, le dialogue entre les ARS et les libéraux connaît en effet un problème de connaissance mais dans les deux sens, pas seulement partant de l'administration.

Je pense que l'on a avancé en 5 ans il reste beaucoup de travail mais c'est un point d'étape.

Claude EVIN

Il faut que le dialogue entre les hospitaliers et les libéraux change. Les relations, en tout cas en IDF changent.

Charles DESCOURS, ancien Sénateur

On a vu un changement de majorité, or le Ministre a défendu vivement les ARS. Ce qui est rare lorsque la situation politique a changé.

Claude EVIN

Je rappelle que les ARS faisaient partie des programmes lors de l'élection présidentielle de 2002 de Jacques Chirac comme de Lionel Jospin et en 2007 des programmes de Nicolas Sarkozy et Ségolène Royal. Les rapports d'Yves Bur et de Philippe Ritter d'autre part apportent des points. Cela permet de rappeler qu'il y a eu un consensus général pour regrouper les différents acteurs et coordonner leurs actions.

Synthèse de Claude LE PEN, Professeur à l'université Paris Dauphine

Sept points synthétisent selon moi nos travaux aujourd'hui :

- la réforme de l'Etat prolonge une réflexion débutée dans un rapport en 1992, suivant la création des directions expérimentales ; les Directions Régionales Interdépartementales de la Santé et de la Solidarité (DRISS) en 1990
- la réforme territoriale concilie les niveaux vertical et horizontal, même si l'Etat n'est présent dans la santé que depuis 25 ans ; cette réforme importante est bousculée car les rapports entre acteurs sont complexes

- l'avancée de la démocratie ; pour certains acteurs la création CRSA a permis une indépendance et des compétences pour la santé et le social pour les acteurs dans leur ensemble même si les CRSA auraient dû avoir un secrétariat et les moyens d'un parlement face à l'exécutif que sont les ARS
- le décloisonnement et le regroupement des établissements, à travers la constitution de pôles
- une réforme d'évitement qui a permis d'asseoir le pouvoir de l'Etat avec les ARS en évitant le conflit avec l'assurance maladie et les syndicats de santé ; la création d'agences régionales évitait le conflit à l'échelon local qui existait à l'échelon national, puisqu'il n'y avait pas d'interlocuteur face à l'Etat en région.
- la remise en cause modèle médecine de ville-hôpital, à travers un rapprochement dans le pilotage stratégique ; 'est un pas vers la suppression de l'autonomie de la CNAM
- le symbole de changement de positionnement ; le système de santé était, de 1945 aux années 2000 or depuis 2000 le système est en régulation. Dans un système de régulation il faut un régulateur d'abord au niveau régional avant de finir par le national.