



**HAL**  
open science

# Les Agences Régionales de Santé (ARS) ou l'action publique recomposée, quelles avancées pour le premier recours ? Regards à travers l'expérience au sein de l'ARS Rhône-Alpes

Fanny Vincent

► **To cite this version:**

Fanny Vincent. Les Agences Régionales de Santé (ARS) ou l'action publique recomposée, quelles avancées pour le premier recours ? Regards à travers l'expérience au sein de l'ARS Rhône-Alpes. Science politique. 2012. dumas-00827992

**HAL Id: dumas-00827992**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00827992>**

Submitted on 30 May 2013

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Vous allez consulter un mémoire réalisé par un étudiant dans le cadre de sa scolarité à Sciences Po Grenoble. L'établissement ne pourra être tenu pour responsable des propos contenus dans ce travail.

Afin de respecter la législation sur le droit d'auteur, ce mémoire est diffusé sur Internet en version protégée sans les annexes. La version intégrale est uniquement disponible en intranet.

UNIVERSITE DE GRENOBLE  
INSTITUT D'ETUDES POLITIQUES DE GRENOBLE

Fanny VINCENT

**Les Agences Régionales de Santé (ARS) ou l'action publique  
recomposée, quelles avancées pour le premier recours ?  
*Regard à travers l'expérience au sein de l'ARS Rhône Alpes*<sup>1</sup>**

Master 2 Politiques Publiques et Changement Social,  
spécialité « Politiques Publiques de Santé »

2011-2012

Sous la direction de Monika STEFFEN, directrice de recherches CNRS/PACTE

---

<sup>1</sup> Ce mémoire de master 2 s'appuie sur un stage de plus de 7 mois réalisé à l'ARS Rhône Alpes.



UNIVERSITE DE GRENOBLE  
INSTITUT D'ETUDES POLITIQUES DE GRENOBLE

Fanny VINCENT

**Les Agences Régionales de Santé (ARS) ou l'action publique  
recomposée, quelles avancées pour le premier recours ?  
*Regard à travers l'expérience au sein de l'ARS Rhône Alpes*<sup>2</sup>**

Master 2 Politiques Publiques et Changement Social,  
spécialité « Politiques Publiques de Santé »

2011-2012

Sous la direction de Monika STEFFEN, directrice de recherches CNRS/PACTE

---

<sup>2</sup> Ce mémoire de master 2 s'appuie sur un stage de plus de 7 mois réalisé à l'ARS Rhône Alpes.

## Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier Monika Steffen, ma directrice de mémoire, pour sa disponibilité et ses précieux conseils !

Je voudrais également adresser un grand merci à l'équipe de l'ARS Rhône Alpes qui m'a accueillie pendant ces 7 mois, et m'a permis d'être « cette fourmi dans la fourmière » comme j'aimais à me décrire, et m'a permis de voir l'immense travail accompli au sein de l'ARS, malgré les contraintes.

Merci tout particulièrement à Lilian et Evelyne pour leur gentillesse, leur considération et la surprise de départ !

Merci aussi à Marie-Thérèse, Jean-Michel, Cécile, Nadine, Régis, Dolorès, Isabelle,...

Merci à tous ceux qui, malgré un emploi du temps souvent chargé, ont accepté de me consacrer une heure pour répondre à mes questions.

Enfin, un merci plus personnel à ma famille et mes ami-e-s, pour tout leur soutien dans cette année difficile...

# Sommaire

<b>SOMMAIRE</b> .....	4
<b>INTRODUCTION</b> .....	6
<b>PARTIE 1 : DES ARH AUX ARS, L'AMBIVALENCE D'UN SERVICE DECONCENTRE</b> .....	18
Chapitre 1 : L'impératif de « transversalité décloisonnante », moteur de la création des ARS.....	20
Chapitre 2 : ARS : désengagement de l'Etat ou gouvernement à distance ?.....	31
Chapitre 3 : La complexe structuration de l'ARS Rhône Alpes .....	41
Conclusion.....	54
<b>PARTIE 2 : L'ENJEU CENTRAL DES SOINS DE PREMIER RECOURS OU L'INACHEVEMENT DE LA LOI HPST</b> .....	55
Chapitre 1 : L'importance des soins de premier recours reconnue... ..	57
Chapitre 2 : ...Mais une réforme inaboutie.....	65
Chapitre 3 : La genèse d'un service unique.....	75
Conclusion.....	82
<b>PARTIE 3 : LA PLATEFORME D'APPUI AUX PROFESSIONNELS DE SANTE (PAPS), CRISTALLISATEUR DES ENJEUX DU PREMIER RECOURS</b> .....	83
Chapitre 1 : Définition des contours de la PAPS.....	85
Chapitre 2 : La PAPS, un outil de politique publique ?.....	93
Conclusion.....	105
<b>CONCLUSION GENERALE</b> .....	107
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	112
<b>LISTE DES SIGLES EMPLOYES</b> .....	123
<b>TABLE DES MATIERES</b> .....	125
<b>ANNEXES</b> .....	127

## Introduction

Le système de santé français est confronté depuis plusieurs années à divers problèmes économiques et politiques, du fait de son financement public, de la faible croissance économique et de la situation budgétaire restreinte de l'Etat. A la problématique du financement général viennent s'ajouter celles de la gouvernance du système et de la structure de la médecine libérale – qui suscite des controverses depuis sa création dans les années 1920-1930. Afin de répondre à ces enjeux, la puissance publique a donc décidé de réformer en profondeur la structure de la gouvernance du système de santé ainsi que l'organisation de l'offre. C'est ainsi que la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite loi HPST, fut créée. Les Agences Régionales d'Hospitalisation (ARH) se transformèrent en Agences Régionales de Santé (ARS), regroupant, aux côtés de l'hospitalier, les secteurs du médico-social, de la prévention et de la sécurité sanitaire, et des soins de premier recours qui nous intéressent tout particulièrement ici.

Dans nos sociétés post-matérialistes vieillissantes, à haut niveau de vie et fort degré d'exigence, les problématiques de santé occupent aujourd'hui « une place centrale dans [...] nos débats, dans nos préoccupations de tous les jours, dans nos programmes télévisés, dans notre vie politique » (Wieviorka, 2001). La santé est devenue « une valeur fédératrice » (Carricaburu et Ménoret, 2004, p. 140) de nos sociétés, une nouvelle « idéologie » (Gori et Del Volgo, 2009).

Ces attentes nouvelles poussent les acteurs du système à aborder les questions de santé dans leur globalité et tendent à favoriser le développement d'une prise en charge transversale des patients. Compte tenu également du contexte actuel de maîtrise des dépenses publiques, l'organisation du système de santé constitue un enjeu majeur pour l'action publique. L'efficience et la performance deviennent aujourd'hui les maîtres mots d'un système qu'il s'agit de rationaliser (Lascoumes et Le Galès, 2011 ; Tabuteau, 2010), suscitant ainsi de nombreuses critiques (Chauvière, 2011).

A travers la loi HPST, le politique donc prend acte de tous ces problèmes et entend donner les clés aux acteurs pour les résoudre.



*La loi HPST, « un évènement majeur pour le système de santé français » (De Lacaussade, 2011, p. 17)*

Ce « texte emblématique » (Tabuteau, 2010, p. 79) et « ambitieux » (Bras, 2011 a) se compose de 135 articles répartis en quatre titres : « modernisation des établissements de santé », « accès de tous à des soins de qualité », « prévention et santé publique », et « organisation territoriale du système de santé ». Ce dernier titre prévoit la création des Agences Régionales de Santé (ARS), cœur de notre étude.

Les 26 ARS sont officiellement instituées le 1<sup>er</sup> avril 2010<sup>3</sup> et doivent notamment « garantir l'efficacité du système de santé »<sup>4</sup>. Ce sont des « établissements publics de l'Etat à caractère administratif », placés « sous la tutelle des ministres chargés de la santé, de l'assurance maladie, des personnes âgées et des personnes handicapées »<sup>5</sup>.

Cette loi, dont le but est de réorganiser en simplifiant le système de santé, constitue l'« aboutissement d'un long processus de maturation politico-administrative » (De Lacaussade, 2011). En effet l'idée n'est pas nouvelle (Chambaz *et al.*, 2008) ; le rapport Soubie « Santé 2010 » préconisait déjà en 1993 la création d'agences régionales de services de santé (Tabuteau et Bras, 2009). Pourquoi ce chemin fut-il si long ? Il fallut près de 20 ans à ces agences pour voir le jour. La longueur de la transformation porte déjà en elle le reflet des difficultés qui s'annoncent et de celles qu'il a fallu surmonter.

En effet la loi HPST introduit des innovations majeures qui restructurent en profondeur les institutions en place jusqu'alors. Elle fusionne d'une part les échelons départementaux et régionaux des administrations de l'Etat. Elle fonde une partie des dispositifs de l'assurance maladie dans ceux de l'Etat. Elle réorganise la représentation des professionnels de santé libéraux. C'est le passage des ARH aux ARS, institutions uniques du pilotage de la politique de santé en région. L'ampleur des changements provoqués par cette loi explique ici la longueur des négociations qui a mené aux ARS.

L'ancienne construction du système en « tuyaux d'orgues » (Bras, 2011 a ; Rapport Bur, 2008, p. 9) engendrait, de par un enchevêtrement et une confusion des compétences de chacun, une complexité et un cloisonnement des organes administratifs. Le nouveau système

---

<sup>3</sup> Décret n° 2010-336 du 31 mars 2010 portant création des agences régionales de santé.

<sup>4</sup> Article L. 1431-2 §2 du Code de la santé publique, modifié par l'article 118 de la loi HPST.

<sup>5</sup> Article L. 1432-1 du Code de la santé publique, modifié par l'article 118 de la loi HPST.

introduit par cette loi doit donc être « un pilotage unifié » (Rapport Ritter, 2008, p. 1). Ce rapport de Philippe Ritter, préfet honoraire, préconise d'ailleurs un système territorial de santé : « c'est la définition des agences régionales de santé ». Et cela « doit permettre des gains d'efficacité » (Rapport Bur, 2008, p. 9). La loi HPST a pour objectif de garantir la transversalité et la globalité du système de santé à l'échelon régional, levier de la politique de santé de l'Etat depuis les années 1990.

### *L'émergence de l'échelon régional en matière de santé*

L'importance assignée à la région vise à une proximité des besoins. La territorialisation de la santé à l'échelon régional est historiquement liée à la recherche d'un niveau intermédiaire entre l'Etat central et le maire, président du Conseil d'administration de l'hôpital de sa commune.

Si les prémices de notre système de santé remontent au Moyen-Âge, avec la création des premiers hospices, l'origine des évolutions majeures qui lui donneront sa forme actuelle date de la Révolution française. L'action sanitaire devient alors responsabilité des municipalités, bien que les établissements de soins soient nationalisés (pour les asiles d'aliénés se sont les départements qui les administrent). L'Etat hygiéniste du XIX<sup>e</sup> siècle conforte le rôle pivot des communes et des départements dans l'action sanitaire à travers plusieurs lois : loi du 13 avril 1850 sur les logements insalubres, loi du 5 avril 1884 sur l'organisation de polices municipales pour la protection de la salubrité publique, et loi du 15 février 1902 sur la protection de la santé publique à travers l'établissement de règlements sanitaires municipaux. Bien que l'hygiène soit une préoccupation collective, l'Etat n'intervient que pour compenser les carences des municipalités ou en cas d'épidémie.

En matière de soins, le territoire est également la référence en termes d'organisation des soins. La loi du 15 juillet 1893 institue l'assistance médicale gratuite pour tout français malade et privé de ressources. Chaque commune se voit alors dans l'obligation de créer un bureau d'assistance. Par ailleurs la loi Chavandier de 1892 autorise les syndicats médicaux et les médecins obtiennent le monopole de l'exercice des soins sur le territoire (Hassenteufel, 2008 ; Damamme, 1991). Les syndicats, dans une logique très décentralisée, participent à la régulation du marché pour une distribution des patients entre les médecins (Steffen, 1987). Parallèlement on voit déjà apparaître les problèmes de répartition territoriale des médecins.

Ce n'est qu'en 1920 qu'un ministère de la santé voit le jour, mais les lois du 5 avril 1928 et du 30 avril 1930 relatives aux assurances maladies obligatoires à base professionnelle, puis l'institution de la sécurité sociale avec les ordonnances de 1945, « organisent une nouvelle sphère d'autonomie pour le traitement des questions de santé » (Tabuteau, 2010, p. 82), le pouvoir politique se trouvant distancé par la démocratie sociale (Hatzfeld, 1989 ; Galant, 1955).

C'est surtout dans la deuxième moitié du XX<sup>e</sup> siècle que l'Etat développe pleinement une politique d'organisation sanitaire, à travers la planification hospitalière. Puis, dans un souci d'équilibre et de maîtrises des dépenses grandissant à partir des années 1960, l'Etat de la V<sup>e</sup> République affirme progressivement sa place comme principal régulateur du système de santé dans un souci de « démocratie sanitaire » (travaux de Didier Tabuteau)<sup>6</sup> – depuis les ordonnances de 1967 instaurant la séparation de l'assurance maladie en branches autonomes jusqu'au plan Juppé de 1995, puis suite aux crises de santé publique des années 1990 et 2000). Dans ce contexte, la région va servir de pilier à l'Etat pour développer ses compétences en matière de santé, à partir des années 1990 surtout, sans qu'il soit toutefois question de décentralisation des compétences. La circonscription régionale reste donc soumise, pour les questions de santé, à la régulation étatique hiérarchisée, alors même que viennent d'être créés les échelons politiques et démocratiques que sont les Conseils régionaux<sup>7</sup>.

L'histoire se déroule donc globalement de manière peu harmonieuse et assez conflictuelle.

A partir des années 1980 s'engage le mouvement général de décentralisation et de régionalisation des politiques publiques. Parallèlement s'enclenche celui de la restructuration du système de santé visant à la maîtrise des dépenses. Bien que distinctes, ces deux dynamiques se rencontrent et se cumulent.

Les Schémas Régionaux d'Organisation des Soins (SROS) et les comités régionaux de l'organisation sanitaire et sociale sont créés par la loi du 31 juillet 1991<sup>8</sup>. Puis en 1993 sont établies les Unions Régionales des Médecins Libéraux (URML). En 1996, les Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH), les Unions Régionales des Caisses d'Assurance

<sup>6</sup> Démocratie sanitaire sur laquelle il n'existe d'ailleurs que peu d'études d'impacts convaincantes.

<sup>7</sup> Au terme d'une période de transition prévue par la loi n° 82-213 du 2 mars 1982 relative aux droits et libertés des communes, des départements et des régions, les Conseils régionaux sont élus au suffrage universel direct en 1986 et deviennent de fait des collectivités locales de plein exercice.

<sup>8</sup> Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.

Maladie (URCAM) et les conférences régionales de santé sont instituées par différentes lois<sup>9</sup>. Viennent ensuite les Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) en 1998, puis les conseils régionaux de la santé et les commissions régionales de conciliation et d'indemnisation en 2002. La loi de santé publique de 2004<sup>10</sup> prévoit quant à elle la création des Groupements Régionaux de Santé Publique (GRSP) chargés de mettre en œuvre le Programme Régional de Santé Publique (PRSP). Et en janvier 2005 sont instituées les Missions Régionales de Santé (MRS), dans l'optique de développer la collaboration entre les ARH et les URCAM.

Face à ce palimpseste de mesures et d'institutions nouvelles – résultat des résistances des acteurs –, et face à l'échec des ARH et du volet « médecine libérale » du plan Juppé de 1996, la loi HPST du 21 juillet 2009 et la création des ARS au 1er avril 2010 constituent l'aboutissement final de ce processus. Elles confirment l'échelon régional comme le niveau le mieux adapté à la politique de santé (Sambuc, 2004 ; Benamouzig et Pierru, 2011), sans être dans une optique décentralisatrice.

Ce mouvement, cette « régionalisation », comme l'a nommée Roselyne Bachelot-Narquin dans son discours du 1er avril 2010, jour de la création des ARS, interroge toutefois sur sa finalité. L'importance prise par l'échelon régional en matière de politique de santé et d'organisation du système ces dernières années nous interpelle sur une éventuelle recomposition de l'Etat à travers une multiplication des échelles spatiales de l'action publique (Lascombes et Le Galès, 2011). S'agit-il d'une recomposition de l'Etat à travers une régionalisation de l'action publique en santé ? L'Etat se déchargerait-il lui-même de sa centralité et de son monopole en matière de santé ? Peut-on parler de régionalisation, de « déconcentration » (Pierru, 2010), ou faut-il préférer le terme de déconcentration pour les ARS ? Quel est l'espace d'autonomie des ARS vis-à-vis du national et quel est celui des acteurs de santé des régions vis-à-vis des ARS ?

S'il est mentionné à l'article L. 1431-1. de la loi HPST que les ARS ont « pour mission de définir et de mettre en œuvre un ensemble coordonné de programmes et d'actions concourant à la réalisation, à l'échelon régional et infrarégional des objectifs de la politique nationale de santé définie (...) », il n'en reste pas moins que les ARS ont désormais en charge l'ensemble

<sup>9</sup> Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.  
Ordonnance n° 96-344 du 24 avril 1996 portant mesures relatives à l'organisation de la sécurité sociale.

<sup>10</sup> Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

des compétences dispersées du niveau national : l'hospitalier, le premier recours, le médico-social, la prévention et la veille sanitaire. Certes celles-ci doivent décliner la politique nationale de santé en l'adaptant au contexte régional, mais n'est-ce pas là un pas de plus vers une fragmentation de l'Etat (Lascoumes et Le Galès, 2011), une dénationalisation de la politique de santé voire un désengagement de l'Etat ?

Depuis une trentaine d'années le système de santé est centré sur l'hôpital. Or aujourd'hui, les besoins de soins grandissant de la population, dûs notamment à l'importance des maladies chroniques et au vieillissement, nécessitent un « parcours » coordonné des patients et une coordination des acteurs de santé, aussi bien pour la prise en charge sanitaire et médico-sociale, que pour concevoir des actions de santé publique ou d'éducation thérapeutique. La consolidation de l'offre de soins de premier recours est essentielle<sup>11</sup> pour assurer l'efficacité du système de santé car elle est la clé de voute, aussi bien en amont qu'en aval, de l'activité des établissements de santé et d'accueil des personnes âgées ou handicapées. La « bipolarisation » du système de santé français entre hôpital et premier recours est aujourd'hui une des causes des difficultés de gestion du système de santé (Catrice-Lorey, Steffen, 2008).

La nécessité d'organiser « une offre de santé de proximité » (Rapport Hubert, 2010, p. 20) répondant aux besoins du territoire a été confirmée par diverses mesures prises ces dernières années par la puissance publique. Dans la lignée du parcours de soins coordonné instauré en 2004<sup>12</sup>, le médecin généraliste devient pivot de l'organisation du système de santé et des soins de premier recours<sup>13</sup>, dans un souci de proximité et de facilitation de l'accès aux soins.

L'organisation de professionnels de santé en maisons ou en pôles de santé pluriprofessionnels<sup>14</sup> et la définition de protocoles de coopération entre eux<sup>15</sup> sont également des innovations récentes qui visent à attirer les jeunes professionnels de santé dans les territoires dits fragiles<sup>16</sup>. Ils sont en cela appuyés par le volet ambulatoire du SROS prévu dans la loi HPST, et la mise en place de Plateformes d'Appui aux Professionnels de Santé

---

<sup>11</sup> La prévention également, mais ce n'est pas ici l'objet de ce travail.

<sup>12</sup> Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

<sup>13</sup> Article L. 4130-1. du Code de la santé publique, modifié par l'article 36 de la loi HPST.

<sup>14</sup> Plan national de 250 maisons de santé pluridisciplinaires sur la période 2010-2013 décidé par le Comité Interministériel d'Aménagement et de Développement du Territoire du 11 mai 2010.

<sup>15</sup> Article 51, loi HPST.

<sup>16</sup> Le terme « fragile » est employé ici au sens du SROS ambulatoire qui définit des « zones fragiles » prioritaires pour l'implantation de maisons de santé.

(PAPS) dans chaque région destinées à organiser un « service unique d'aide à l'installation des professionnels de santé »<sup>17</sup>.

A travers le SROS et les PAPS, la puissance publique tente de doter les ARS d'outils de politiques publiques pour mener leur action sur les soins de premier recours.

Le premier recours constitue donc un levier pour l'efficacité du système de santé, mais « l'ambition réformatrice de la loi [HPST] laisse pourtant subsister de sérieuses interrogations sur [...] le champ de la médecine de ville [...]. Aucune disposition concrète n'est prévue pour la régulation, tant territoriale qu'économique, de la médecine de ville » (Tabuteau, 2010, p. 86), l'assurance maladie conservant « l'intégralité de ses moyens d'action à l'égard de la médecine de ville » (Bras, 2011 a, p. 55).

### *Définitions des principaux concepts*

Ce travail se concentrera en grande partie sur les problèmes du secteur du premier recours. Les soins de premier recours, initialement définis comme « soins primaires » (*primary care*) par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) lors de la conférence d'Alma-Ata en 1978 donne une acceptation de soins de base devant être accessibles à tous. Nous emploierons toutefois dans ce travail le terme de « soins de premier recours » ou de « secteur du premier recours », et nous l'entendons au sens de la loi HPST :

« Art. L. 1411-11. - L'accès aux soins de premier recours ainsi que la prise en charge continue des malades sont définis dans le respect des exigences de proximité, qui s'apprécie en termes de distance et de temps de parcours, de qualité et de sécurité. Ils sont organisés par l'agence régionale de santé au niveau territorial défini à l'article L. 1434-16 et conformément au schéma régional d'organisation des soins prévu à l'article L. 1434-7. Ces soins comprennent :

« 1° La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ;

« 2° La dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique ;

« 3° L'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ;

« 4° L'éducation pour la santé.

« Les professionnels de santé, dont les médecins traitants cités à l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale, ainsi que les centres de santé concourent à l'offre de soins de premier recours en collaboration et, le cas échéant, dans le cadre de coopérations organisées avec les établissements et services de santé, sociaux et médico-sociaux. »

---

<sup>17</sup> Article L. 1431-2. §2-d) du Code de la santé publique, modifié par l'article 118 de la loi HPST.

Les soins de premier recours s'articulent donc autour de trois composantes : l'entrée dans le système de soins, le suivi du patient et la coordination de son parcours, et le relai des politiques de santé publique dont la prévention, le dépistage, l'éducation à la santé. Les soins de premier recours sont dispensés par des professionnels de santé en ambulatoire, c'est à dire ne nécessitant pas de lits, d'où leur autre désignation sous le terme de « soins ambulatoires ». Cette dernière appellation est cependant plus large que les soins de premier recours que nous choisissons dans ce travail, car elle englobe également les soins dispensés par les spécialistes (second recours) et les consultations externes des établissements de santé. Le terme de soins de premier recours insiste davantage sur le rôle pivot du médecin généraliste. La notion de proximité y tient une place importante.

Enfin nous préférons également ce titre de « premier recours » à celui de « médecine de ville »<sup>18</sup>, car nous considérons ici que les médecins généralistes, bien que jouant un rôle central dans les soins de premier recours, n'en détiennent pas pour autant le monopole (Bloy et Schweyer, 2010).

Utiliser ensuite le concept d' « action publique » permet de traiter des enjeux du système de santé et de ses acteurs, alors que le terme de « politiques publiques » ne permet pas d'y répondre.

Le terme classique de « politique » recouvre trois sens différents, qui peuvent être explicités à partir de la langue anglaise : *polity*, *politics* et *policy* (Hassenteufel, 2011). *Polity* renvoie à la notion de politique au sens large, entendue comme la « chose publique », représentée par les acteurs et les institutions incarnant l'Etat. *Politics* se comprend comme « la lutte entre des acteurs individuels ou collectifs (notamment les partis politiques) pour la détention du pouvoir politique » (Hassenteufel, 2011). Et enfin *policy* évoque le programme d'action d'un acteur collectif ou individuel, qu'il soit politique ou non (la politique des ressources humaines d'une entreprise X par exemple, ou bien la politique d'immigration de l'Etat). Parler de « politiques publiques » revient pour Patrick Hassenteufel, à combiner *polity* et *policy* : un programme d'action et une autorité publique. Elles sont, selon Pierre Lascoumes et Patrick Le Galès (2011), une forme de régulation sociale et politique des enjeux sociaux par une autorité publique.

---

<sup>18</sup> L'expression « médecine de ville » est une notion purement française qui s'explique par les racines historiques de la construction de la profession médicale « en ville », par opposition à l'hôpital.

Cependant, dans le cas de la politique de santé, la création des ARS par le titre IV de la loi HPST et par le décret du 1er avril 2010, institue un acteur régional nouveau aux côtés de l'Etat dans la mise en œuvre et la définition de la (des) politique(s) de santé, celle(s)-ci relevant de plusieurs autorités publiques (Jobert, Steffen, 1994). Compte tenu de ces évolutions distançant le « modèle classique » des politiques menées par l'Etat centralisé, nous préférons donc – bien que la question d'une ou de plusieurs politique(s) de santé ne soit pas au centre de ce travail –, à l'instar de Pierre Lascoumes et Patrick Le Galès (2011), le terme « d'action publique » à celui de « politiques publiques », trop réducteur pour traiter des profonds changements en cours dans la gouvernance de la santé.

Nous envisageons ici le terme « action publique » par agrégation de définitions. Dans notre travail, celle-ci peut être premièrement considérée comme un vecteur de changement social, de réduction des inégalités et de meilleure répartition des ressources (Lascoumes et Le Galès, 2011), ce à quoi les ARS entendent répondre<sup>19</sup>. Deuxièmement, notre approche emprunte à Talcott Parsons pour qui l'action publique, confrontée aux multiples interactions d'acteurs sociaux, consiste en la capacité de mobiliser et de coordonner ces acteurs autour de buts discutés collectivement. On est ici au centre des enjeux auxquels doivent faire face les ARS. Celles-ci doivent mobiliser leurs partenaires autour d'un projet régional de santé défini collectivement et doivent les coordonner dans ce sens, afin d'« améliorer la santé de la population et accroître l'efficacité [du] système de santé »<sup>20</sup>. Troisièmement, l'action publique que contribue à mener les ARS rejoint les concepts wébériens de pouvoir et de domination, en cela que les ARS disposent d'une réelle autorité et d'une capacité de sanction.

La notion de gouvernance, implicitement liée à notre sujet, relève quant à elle d'un « processus de coordination d'acteurs, de groupe sociaux, d'institutions pour atteindre des buts discutés et définis collectivement » (Lascoumes et Le Galès, 2011, p. 21). L'Etat et les ARS, doivent désormais composer avec de multiples acteurs, publics et privés<sup>21</sup>. Cela « renvoie de ce fait à deux dimensions fondamentales : d'une part, la mise en place de

---

<sup>19</sup> « Les ARS ont à cet égard une double mission : celle de mieux répondre aux besoins de santé de nos concitoyens, et celle d'utiliser au mieux les ressources que les Français consacrent à leur santé. La santé publique, l'accès aux soins, la qualité des soins d'un côté, l'efficacité de l'autre, ces deux missions étant indissociables et complémentaires », Discours de Roselyne Bachelot-Narquin, le 1er avril 2010, jour de création officielle des ARS.

<sup>20</sup> « Améliorer la santé de la population et accroître l'efficacité de notre système de santé », dossier de presse de la création des Agences Régionales de Santé, 1<sup>er</sup> avril 2010, Ministère en charge de la Santé.

<sup>21</sup> Nous entendons ici les « acteurs » au sens des « partenaires » de l'ARS, comme celle-ci a coutume de les désigner : « Dans le cadre de ses activités, l'ARS travaille avec des partenaires (associations, établissements de soins et établissements médico sociaux, professionnels de santé, collectivités territoriales...) pour mener à bien la politique de santé dans la région », <http://www.ars.rhonealpes.sante.fr>.



rapports horizontaux entre acteurs étatiques et acteurs non-étatiques (et non plus verticaux comme dans le cadre du gouvernement, notion opposée à celle de gouvernance) ; d'autre part, l'importance donnée à la négociation entre acteurs multiples » (Hassenteufel et Palier, 2005). C'est ce que nous appelons ici « l'action publique recomposée ».

### *Problématique et hypothèses*

La problématique qui structure notre travail est la suivante : dans quelle mesure les ARS donnent-elles cohérence à l'action publique en santé, et plus particulièrement en matière de soins de premier recours ?

Notre argumentaire se base sur l'idée que les ARS contribuent à une recomposition de l'action publique en santé à travers les larges compétences qui leur sont attribuées. Cependant, les moyens financiers et humains qui leur sont alloués dans ce contexte budgétaire pressurisé ne leur permettent pas de remplir leurs missions avec « succès » (Rapport Hubert, 2010, p. 173). Cette faiblesse est amplifiée par les jeux d'acteurs, aussi bien au niveau national que régional et local. D'où notre postulat que les ARS ne sont pas à la hauteur des espérances qu'elles ont suscitées, l'exemple des soins de premier recours en étant le principal reflet.

Deux hypothèses sous-tendent cette idée. La première est que l'Etat ne se désengage en rien de la politique de santé qui reste définie au niveau national, mais qu'il trouve le moyen, à travers la création des ARS, de se décharger des décisions les plus impopulaires (Thatcher, 2005). Il est aidé en cela par ce contexte de gouvernance traditionnellement éclatée de la politique de santé. Il revient désormais aux ARS, outils de gouvernance rénovée du système de santé, d'améliorer l'efficacité du système de santé par tous les moyens dont elles disposent – et ne disposent pas. Ceci sous couvert de l'impératif de transversalité décloisonnante qui leur a été assignée par l'Etat central. « Ainsi, gouvernance peut à la fois signifier capacité réformatrice du politique, transformation managériale de l'État, démocratisation de celui-ci et mise en place de nouveaux instruments d'action publique » (Hassenteufel et Palier, 2005, p. 13).

La deuxième hypothèse est que la réforme en matière d'offre de soins de premier recours est inaboutie, du fait du cloisonnement toujours marqué entre l'assurance maladie et les ARS (l'Etat) et du peu de moyens dont celles-ci disposent pour réguler ce secteur pourtant central

dans le système de santé. L'article 36 instaure les médecins généralistes comme des pivots du système de soins de premier recours, mais la loi ne donne aucun moyen aux ARS de les encadrer. Nous poursuivons l'hypothèse en considérant que la recomposition de l'action publique engagée à travers les ARS se heurte au poids du corps médical, acteur à part entière du système mais qui reste cependant à la périphérie de celui-ci. Nous considérons enfin la liberté d'installation des médecins généralistes comme une des principales causes à cet inaboutissement de la loi HPST.

Le champ des interrogations soulevées ici est au cœur des articles scientifiques qui traitent, depuis 2007 et même avant (Chambaz *et al.*, 2008), de la réforme du système de santé induite par la loi HPST, de la création des ARS, de la place de celles-ci, et des interrogations et enjeux qu'elles soulèvent. Nous nous baserons sur ces différents travaux<sup>22</sup> pour structurer notre analyse, ainsi que sur la littérature de sociologie politique, de sociologie de l'action publique et de sociologie des organisations qui apportent une vision théorique des changements en cours dans l'action publique en santé.

Pour comprendre concrètement comment s'est pensée et déroulée la réforme, nous nous appuierons sur les publications officielles produites par les institutions et les rapports demandés par celles-ci (Etat, Assemblée Nationale, ARS...).

Enfin, l'observation participante menée à travers un stage pendant plus de sept mois dans le service offre ambulatoire de l'ARS Rhône Alpes<sup>23</sup>, et les entretiens réalisés auprès de directeurs de l'ARS Rhône Alpes<sup>24</sup>, confrontera ces travaux aux acteurs de terrain et donnera une valeur empirique à notre travail. Ce stage avait pour but d'aider à l'accompagnement du déploiement de la Plateforme d'Appui aux Professionnels de Santé (PAPS) que les ARS devaient installées dans chaque région le 1<sup>er</sup> juillet 2011.

Etant encore difficile, au bout de seulement deux ans d'existence, de mesurer les effets des ARS en termes d'efficacité du système de santé, nous privilégierons ici une entrée par la « boîte noire » (Crozier et Friedberg, 1992), tout en accordant une place importante à la genèse et à la construction de la réforme.

---

<sup>22</sup> Les principaux auteurs de ces travaux sont Didier Tabuteau, Pierre-Louis Bras, Patrick Hassenteufel, Frédéric Pierru.

<sup>23</sup> L'observation participante pris officiellement la forme d'un stage à l'ARS Rhône Alpes dans le service Offre ambulatoire, du 19 septembre 2011 au 27 avril 2012, en alternance avec les cours (8 jours de cours par mois jusqu'en décembre puis 4 jours de cours par mois à partir de janvier).

<sup>24</sup> Voir en annexe la liste des entretiens réalisés.

Nous nous intéresserons aussi bien à la manière dont ont été pensées et créées les ARS au niveau national, qu'à leur mise en œuvre et à leur fonctionnement au niveau régional, en nous basant sur l'exemple de la région Rhône Alpes.

Cette double approche, à la fois *top down* et *bottom up*, structurera notre analyse des enjeux qui sont liés à cette réforme. La perspective *top down* peut être qualifiée de descendante ; on analysera les tenants et aboutissants des ARS en raisonnant par le haut, à partir du sommet de l'Etat, des textes de lois, des publications officielles et des travaux scientifiques produits sur la réforme en question et consacrés à l'analyse de l'action publique. La perspective *bottom up*, quant à elle ascendante, part du bas et s'intéresse aux acteurs de la mise en œuvre, à leurs interactions, leurs échanges, leurs conflits et les mécanismes de coordination qui les unissent. Nous nous appuyerons ici sur l'observation participante que nous avons menée dans les services de l'ARS Rhône Alpes.

Nous partirons donc des outils méthodologiques dont nous disposons pour voir dans quelle mesure le postulat et les hypothèses que nous posons font sens pour répondre à la problématique.

Ce travail s'attachera tout d'abord à définir le cadre général et les principes de la réforme qui a vu naître les ARS en montrant en quoi celles-ci, en tant que services déconcentrés de l'Etat, s'inscrivent dans une logique de rationalisation du système de santé (Partie 1). Nous aborderons ensuite la question centrale des soins de premier recours dans le système de santé français et la place que lui confère la loi HPST (Partie 2). Nous terminerons enfin par l'étude plus précise de la Plateforme d'Appui aux Professionnels de Santé (PAPS), outil central du premier recours pour les ARS, et révélateur des enjeux de coordination de ce secteur (Partie 3).

Ce plan reflète la réflexion qu'il a été nécessaire de mener pour comprendre les enjeux de la PAPS, objet de l'observation participante et du stage à l'ARS Rhône Alpes. Pour cela il fallut définir la manière dont cet outil s'inscrivait dans une politique plus large de développement des soins de premiers recours et de réduction des inégalités de l'offre conduite par l'ARS, l'organisation de cette dernière constituant la « source » d'explication permettant de saisir les enjeux de la PAPS.

## Partie 1 : Des ARH aux ARS, l'ambivalence d'un service déconcentré

*« Ne nous y trompons pas, la création des ARS constitue une des plus importantes réformes administratives depuis ces vingt dernières années. Beaucoup en ont parlé, nous, nous allons les faire ! »*

(Discours de Roselyne Bachelot-Narquin, le 11 octobre 2007)

A la lecture des différents rapports et discours officiels, la création des ARS représente « une des plus importantes réformes institutionnelles de ces dernières décennies » (Rapport Ritter, 2008). En effet, l'ampleur de la loi HPST marque l'aboutissement d'un processus de près de 20 ans. Faire cohabiter sous une même institution les équipes des divers secteurs de la santé et de diverses entités des services de l'Etat et de l'assurance maladie prend du temps. C'est la raison pour laquelle un certain nombre d'étapes intermédiaires furent nécessaires pour parvenir, le 1<sup>er</sup> avril 2010, à la création des ARS.

« La réforme de 1996 créant les ARH a constitué une première étape » (Rapport Ritter, 2008). Face aux difficultés de fonctionnement des ARH en grande partie dûes au cloisonnement des institutions et des acteurs, les ARS entendent répondre de manière efficace et globale aux problématiques de santé : « le mot d'ordre des ARS, c'est le décloisonnement, entre le préventif et le curatif, entre la ville et l'hôpital, entre le sanitaire et le médico-social. Les ARS doivent ainsi porter une vision transversale et innovante de notre système de santé » (Discours de Roselyne Bachelot-Narquin, 1er avril 2010).

Le logo des ARS est un marqueur de cette étape. Par sa couleur verte et sa grande taille, le « S » de « Santé » est ainsi mis en avant par rapport aux caractères bleus foncés en retrait du « A » et du « R ». De l'Agence Régionale de l'Hospitalisation, nous sommes passés à l'Agence Régionale de Santé.

Toutefois, comme le fait remarquer le rond aux trois couleurs bleue, blanche et rouge précédent l'intitulé complet des ARS, la politique de santé, malgré son pilotage régional, reste nationale.

Nous nous attacherons dans cette première partie à montrer en quoi l'impératif de transversalité décloisonnante fut un moteur de la création des ARS (Chapitre 1), puis nous nous interrogerons sur un éventuel désengagement de l'Etat au travers des ARS (Chapitre 2),

et enfin nous étudierons en détail la manière dont s'est structurée l'ARS Rhône Alpes, lieu de l'observation participante et du stage (Chapitre 3).

## **Chapitre 1 : L'impératif de « transversalité décroissant »<sup>25</sup>, moteur de la création des ARS**

A travers la loi et les discours, le décroissant du système de santé apparaît comme l'évidence de la raison : « si l'idée des ARS s'est ainsi progressivement imposée, aux yeux de tous, comme une évidence, c'est que les ARS corrigent les deux principaux défauts de notre système de santé : sa gestion trop cloisonnée, et son excessive centralisation » (Discours Roselyne Bachelot-Narquin le 1<sup>er</sup> avril 2010).

### **1. Garantir la transversalité du système par son décroissant : le principe de transversalité décroissant**

« Du fait de son organisation cloisonnée, notre système de santé présente un manque d'efficacité préoccupant pour l'état de santé des français », titre en première partie le rapport d'information de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale conduit par Yves Bur en conclusion des travaux de la mission sur les ARS. Ce rapport, rendu en février 2008, fait suite à la « mission ARS » confiée par Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé de mai 2007 à novembre 2010, à Philippe Ritter, préfet honoraire. Celui-ci présenta son « rapport sur la création des Agences Régionales de Santé » à la ministre en janvier 2008.

Ces deux rapports, en s'appuyant sur une concertation avec les acteurs concernés par la création des ARS, ont contribué à définir l'organisation, la gouvernance, le périmètre et les outils d'action. Tous deux soulignent la nécessité d'un « pilotage unifié et responsabilisé du système territorial de santé » (Rapport Ritter, 2008, p. 1) pour permettre « des gains d'efficacité » (Rapport Bur, 2008, p. 9) et une réduction des inégalités de santé (Rican et Salem, 2009, p. 184 ; Olier, Chaleix, Guillaumat-Tailliet, 2009, p. 112-113). Le cloisonnement des institutions, en « tuyaux d'orgues » (Rapport Bur, 2008, p. 9 ; Bras, 2011, p. 55), « nuit à la cohérence des politiques » (Rapport Ritter, 2008, p. 3) et des modalités de prise en charge des populations (Olier, Chaleix, Guillaumat-Tailliet, 2009, p. 112).

---

<sup>25</sup> Ce terme de « transversalité décroissant » a été créé dans ce travail. Nous l'expliquerons plus loin.

L'organisation du système de santé en région qui prévalait jusqu'à la création des ARS entretenait une grande complexité, de par son éclatement entre de multiples acteurs aux compétences parfois peu claires. Afin de saisir pourquoi les ARS furent principalement définies en termes d'unification et de transversalité, il convient de revenir sur l'agencement du système d'avant les ARS.

Les compétences en matière de santé reposaient sur un partage des compétences entre l'Etat, l'assurance maladie, et les collectivités locales dans une moindre mesure.

« Art. L. 1411-1. - La Nation définit sa politique de santé selon des objectifs pluriannuels. La détermination de ces objectifs, la conception des plans, des actions et des programmes de santé mis en œuvre pour les atteindre ainsi que l'évaluation de cette politique relèvent de la responsabilité de l'Etat. »<sup>26</sup> (Loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique)

« L'Etat, qui définit les objectifs de la politique de santé publique, garantit l'accès effectif des assurés aux soins sur l'ensemble du territoire. En partenariat avec les professionnels de santé, les régimes d'Assurance maladie veillent à la continuité, à la coordination et à la qualité des soins offerts aux assurés, ainsi qu'à la répartition territoriale homogène de cette offre. Ils concourent à la réalisation des objectifs de la politique de santé publique définis par l'Etat. Chacun contribue, pour sa part, au bon usage des ressources consacrées par la Nation à l'Assurance maladie. »<sup>27</sup> (Loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance maladie)

L'Etat est ainsi définisseur de la politique de santé et de ses objectifs. L'assurance maladie est garante du système conventionnel et des relations avec les professionnels de santé.

Les collectivités locales quant à elles, ont essentiellement la responsabilité de trois domaines : la prévention revient aux Conseils généraux pour le dispositif de la Protection Maternelle et Infantile, et aux communes pour la prévention primaire ; la prise en charge des personnes âgées relève des Conseils généraux ; la formation des professionnels de santé non médicaux est gérée par les Conseils régionaux, avec notamment les écoles telles que les Instituts de Formation en Soins Infirmiers.

De surcroît la répartition des compétences de chaque secteur des politiques de santé reposait, au plan territorial, sur trois réseaux :

---

<sup>26</sup> Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

<sup>27</sup> Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

- les services déconcentrés de l'Etat du niveau régional (DRASS<sup>28</sup>) et départemental (DDASS<sup>29</sup>), placés sous l'autorité respective du préfet de région et du préfet de département ;
- les services de l'assurance maladie, organismes privés chargés d'une mission de service public qui disposent d'une autonomie juridique ;
- et des organismes mixtes, regroupant des services de l'Etat et de l'assurance maladie : les ARH et les GRSP – ces derniers associant également les collectivités locales.

Le tableau ci-dessous, inspiré du rapport Ritter (2008), doit permettre la compréhension de manière simplifiée de la répartition des compétences entre ces différents acteurs :

Acteurs / Secteurs	DRASS - DDASS	Services de l'assurance maladie	ARH	GRSP	Collectivités locales
<b>Prévention et santé publique</b>	Définition des priorités régionales	Actions de prévention (CRAM, CPAM, URCAM)	Participation des établissements de santé à la politique de prévention	Mutualisation des financements	Actions et dispositifs de prévention : PMI (conseils généraux), prévention primaire (communes)
<b>Veille et sécurité sanitaire</b>	Veille sanitaire (DDASS et DRASS) Gestion des risques et répons (DDASS)		Sécurité sanitaire des établissements de santé		
<b>Premier recours</b>	Organisation de la permanence des soins (DDASS) Implantation des pharmacies d'officine (DDASS) Autorisation des laboratoires d'analyses médicales (DDASS)	URCAM et CPAM : Financement des soins de ville Financement de la permanence des soins Relations avec les professionnels de santé (orientation des pratiques notamment)			
<b>Hôpital</b>		Actions sur les pratiques professionnelles (URCAM et CPAM)	Organisation et financement des établissements de santé Actions sur les pratiques professionnelles		

<sup>28</sup> Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales

<sup>29</sup> Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales



Médico-social	Organisation et financement				
Formation	Gestion des formations médicales				Ecoles de formation des paramédicaux (Conseils régionaux)

Face à cet entremêlement des prérogatives de chacun et étant donnée l'affirmation de la région comme niveau « pertinent de pilotage du système de santé » (Rapport Ritter, 2008, p. 10), la loi HPST organise le décloisonnement des différents secteurs de la santé, « pour une approche transversale des sujets » (De Lacaussade, 2011, p. 17). C'est ce que nous appelons ici la « transversalité décloisonnante ». Il s'agit, afin de garantir une réponse transversale aux problèmes de santé de la population, via la mise en place de parcours coordonné notamment, de décloisonner les secteurs. Avec ce principe, la prévention et la veille sanitaire, le premier recours et le médico-social font leur entrée, en complément de l'hospitalier, dans le champ de compétences des ARS.

La notion de coordination des acteurs est étroitement liée à l'idée de transversalité décloisonnante. En repartant de la définition du Petit Larousse<sup>30</sup>, nous entendons ici la coordination comme un rassemblement d'acteurs ayant des objectifs différents dans le but de réaliser un projet commun. Ici, c'est à l'ARS que revient la charge de les coordonner, afin de définir en commun un Programme Régional de Santé (PRS). Celui-ci est l'outil de planification, de définition des objectifs de santé et de programmation des actions de l'ARS. Il rassemble le programme stratégique régional de santé (première brique du PRS), puis le schéma régional de prévention, le SROS (avec un volet établissements de santé et un volet ambulatoire), et le schéma régional de l'organisation médico-sociale. Ces trois derniers schémas régionaux sectoriels se déclinent en quatre programmes régionaux<sup>31</sup> et cinq programmes territoriaux dans le cas de l'ARS Rhône Alpes, correspondant aux cinq territoires de santé de la région. Les territoires sont définis dans un souci de décloisonnement des secteurs d'activité sur un même territoire.

<sup>30</sup> « Coordonner : agencer des éléments en vue d'obtenir un ensemble cohérent, un résultat déterminé », Petit Larousse 2003.

<sup>31</sup> Le programme régional de gestion du risque, le programme régional d'accès aux soins et à la prévention pour les populations démunies (PRAPS), le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC), et le programme régional de télémédecine.

Ainsi la transversalité est et doit être affichée dans le PRS. Les ARS sont ensuite libres de leur structuration interne et de la manière d'organiser cette transversalité des secteurs en leur sein<sup>32</sup>.

Les deux grandes missions des ARS sont désormais, d'une part celles du pilotage de la politique de santé en région dans une logique de transversalité des secteurs, et, d'autre part, celles de la régulation de l'offre de santé à travers l'idée d'une meilleure répartition de l'offre de soins sur le territoire de la région et d'une meilleure maîtrise des dépenses.

## **2. Une transversalité inaboutie ?**

### **2.1. Un cloisonnement persistant au niveau national**

La création des ARS permet de regrouper en une seule institution les équipes qui travaillaient sur les différents secteurs de la politique de santé dans la région. La réunification sous une autorité unique, des prérogatives des ARH, des DDASS, des DRASS, des URCAM, des GRSP, des MRS et d'une partie des services médicaux des caisses d'assurance maladie, doit ainsi donner une vision plus transversale et plus cohérente du système de santé et des politiques mises en œuvre. Or, ce décloisonnement des acteurs ne se produit qu'en région. L'organisation en tuyaux d'orgues du niveau national subsiste. Des directions distinctes sont chargées de la santé publique, de l'hôpital et du premiers recours, du médico-social, de la sécurité sociale et du financement.

Un directeur<sup>33</sup> de l'ARS Rhône Alpes pourtant initialement « pro-ARS » explique à cet égard :

« Je suis sceptique car le niveau national a oublié de se réformer. Il y a une absence de coordination nationale. On reçoit des directives différentes selon les différentes directions. Il n'y a pas d'approche transversale d'une population. Le décloisonnement n'est pas opérationnel. C'est pour cela que je suis

<sup>32</sup> Nous analyserons, dans le chapitre 3 dans cette première partie, la structuration de l'ARS Rhône Alpes.

<sup>33</sup> Les agents, responsables de pôle, directeurs et directrices cités dans ce travail sont anonymisés. L'ancien directeur général et le directeur général adjoint actuel ne sont pas anonymisés, leur fonction les rendant de fait immédiatement identifiable. Attention à bien distinguer les termes de « directeur » et de « directeur général » lors de la lecture. Les directeurs ou directrices dirigent les directions internes à l'ARS Rhône Alpes, alors le directeur général dirige l'agence dans son ensemble. Se référer à la liste des entretiens réalisés, en annexe.

très déçu. [...] L'agence n'est pas en capacité, de par la position nationale, d'être transversale. Chacun parle de transversalité mais personne ne nous dit comment faire. Le seul point intéressant est : comment on décloisonne, mais il n'y a presque rien dessus. La loi HPST est incomplète. »

Des réorganisations ont toutefois eu lieu au sein des directions des administrations centrales. C'est ainsi que la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS) est devenue, à partir du 16 mars 2010, la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS), pour s' « inscrire pleinement dans la nouvelle gouvernance du système de santé rendue possible par la création des agences régionales de santé (ARS). Et, ainsi, appréhender une approche globale de l'offre de soins, intégrant aussi bien la ville que l'hôpital » (Site du ministère de la santé<sup>34</sup>).

La Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS) est également créée le 26 janvier 2010 par regroupement de différentes administrations en vue « d'une organisation plus simple et plus lisible » (Site du ministère de la solidarité<sup>35</sup>).

La Direction Générale de la Santé (DGS) avait été également été réorganisée en 2007 afin de clarifier le partage de compétences avec la DHOS.

Ceci étant, il apparaît très clairement que les différents secteurs de la santé que les ARS ont vocation à réunifier relèvent toujours de directions différentes. Comment comprendre alors la transversalité affichée par ces administrations ? Celle-ci semble davantage ancrée dans leur organisation interne et les objectifs de performance du système de santé qu'elles définissent, que dans la transversalité des politiques qu'elles mettent chacune en œuvre. L'exemple de la structuration interne de la DGOS est à ce titre révélateur de la manière dont elle entend mettre en avant sa transversalité<sup>36</sup>. Elle se compose d'une sous-direction de la régulation de l'offre de soins, d'une sous-direction du pilotage de la performance des acteurs de l'offre de soins et d'une sous-direction des ressources humaines du système de santé.

Comment, face à l'éclatement persistant de la politique de santé au niveau national, vouloir des ARS qu'elles conduisent une politique de santé transversale et cohérente sur leur territoire régional ? Sans organisation du pilotage national des ARS, ne faut-il pas craindre que celles-ci

<sup>34</sup> <http://www.sante.gouv.fr/la-direction-generale-de-l-offre-de-soins.html>

<sup>35</sup> <http://www.solidarite.gouv.fr/le-ministere,149/presentation-et-organigramme,294/conjointement-avec-le-ministre-de,741/la-direction-generale-de-la,12601.html>

<sup>36</sup> « Une organisation axée sur la transversalité », <http://www.sante.gouv.fr/la-direction-generale-de-l-offre-de-soins.html>

privilégient, dans l'étendue des compétences dont elles ont la charge, certaines politiques au détriment d'autres ? (Courrèges, 2011, p. 31).

## **2.2. La dualité Etat/assurance maladie**

Cette absence de transversalité du niveau national est également due au cloisonnement majeur qui subsiste entre les ministères de l'Etat et la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM). Cet établissement public s'est historiquement construit comme « un lieu d'impulsion politique qui jouit d'une assez grande autonomie » (Intervention de Pierre-Louis Bras, 7 février 2011) et qui pèse sur les décisions du ministère de la santé. Les difficultés de l'Etat à réguler l'assurance maladie (Lancry, 2009) se sont ressenties lors des réflexions sur la loi HPST. Dès les premiers débats sur la création des ARS, « la CNAM s'est battue pour maintenir ses prérogatives, ses responsabilités, ses compétences et ses moyens » (Bras, 7 février 2011), notamment sur le premier recours.

Par ailleurs, décloisonner les organes du système de santé ne conduit pas forcément à une plus grande fluidité des parcours de soins si les acteurs du terrain ne changent pas eux aussi leurs habitudes d'organisation. La coordination ville-hôpital, par exemple, dépend en grande partie du bon vouloir des professionnels à travailler davantage ensemble (transmission des informations en amont et en aval de l'hospitalisation, accès des médecins traitants aux services hospitaliers, etc.). Les soins de premier recours sont en cela révélateurs du cloisonnement qui persiste au niveau national entre les compétences de l'Etat et celles de l'assurance maladie en la matière. Nous y reviendrons dans la deuxième partie de ce travail lorsque nous aborderons la question de l'inachèvement de la réforme en ce qui concerne le premier recours.

En tout état de cause, dans la forme de concurrence qui oppose l'Etat et l'assurance maladie, il fut impossible de se mettre d'accord sur les modalités d'une Agence Nationale de Santé qui aurait eu vocation à unifier, à partir des services de l'assurance maladie et de l'Etat, les politiques nationales de santé sur la base de ce qui était mis en place en région dans les ARS (Courrèges, 2011, p. 31). « Il y a encore du cloisonnement » selon Denis Morin, ancien directeur général de l'ARS Rhône Alpes.

Ainsi la réponse apportée fut celle d'un Conseil National de Pilotage des ARS (CNP). Celui-ci :

« donne aux agences régionales de santé les directives pour la mise en œuvre de la politique nationale de santé sur le territoire. Il veille à la cohérence des politiques qu'elles ont à mettre en œuvre en termes de santé publique, d'organisation de l'offre de soins et de prise en charge médico-sociale et de gestion du risque et il valide leurs objectifs. Il valide toutes les instructions qui leur sont données. Il conduit l'animation du réseau des agences. Il évalue périodiquement les résultats de l'action des agences et de leurs directeurs généraux »<sup>37</sup>.

Ainsi il organise la coopération entre les différentes directions centrales du niveau national, sans remettre en cause leur séparation et sans prévoir de les fondre en une seule institution transversale et décloisonnante. Il est le lien entre les 26 ARS et les directions centrales du niveau national.

Selon Gilles de Lacaussade, directeur général adjoint de l'ARS Rhône Alpes et ancien chargé de mission auprès de la ministre chargée des affaires sociales en tant que coordonnateur du projet "création des ARS", « le CNP est la réponse pragmatique à la situation actuelle ». Et ce « souci de pragmatisme devra [guider l'Etat] dans l'évolution, nécessaire, du pilotage national du système de santé » (Discours Roselyne Bachelot-Narquin le 11 octobre 2007).

### **3. Décloisonner pour rationaliser : l'empreinte du *New Public Management***

Au-delà de la question du pilotage national du système de santé, le pragmatisme est souvent un moyen pour l'Etat d'imposer légitimement des réformes. « Nous devons être résolument pragmatique », lance Roselyne Bachelot-Narquin dans son discours du 11 octobre 2007.

« Un pilotage territorial responsabilisé, tant en matière de politiques de santé que de maîtrise des dépenses », voici une des recommandations du rapport Ritter (2008, p. 1) pour répondre aux lacunes du système de santé. Car « nier la rareté [des ressources] revient à mettre le gaspillage au cœur du système et donc à produire inefficience, frustrations et pénuries » selon Gilles Johanet, président d'Apria RSA<sup>38</sup> (2009, p. 283).

<sup>37</sup> Article L. 1433-1 du Code de la santé publique, modifié par l'article 118 de la loi HPST.

<sup>38</sup> Apria RSA est un opérateur de services en assurance et en santé.

Ainsi les ARS doivent constituer un changement dans l'action publique car elles doivent permettre de rationaliser le système de santé. Le principe de transversalité décloisonnante est alors un impératif.

### 3.1. L'impératif de transversalité décloisonnante

Ce changement, cette rationalisation recherchée, est motivé par des facteurs exogènes (Hassenteufel, 2011). Le contexte économique et budgétaire est marqué par une réduction des dépenses publiques (LOLF<sup>39</sup>, RGPP<sup>40</sup>). L'entière inscription de la réforme des ARS « dans le cadre de la RGPP » (Rapport Ritter, 2008, p. 7), avec appui de la Direction Générale de la Modernisation de l'Etat (DGME) en est le parfait exemple (Pierru, 2010). Le contexte politique est lui aussi facteur de changement ; la loi HPST sera une des mesures phare du nouveau Président Nicolas Sarkozy élu en 2007. Le changement de référentiel des acteurs de l'action publique de santé (Jobert et Muller, 1987) sera enfin un autre déterminant de la mutation de l'action publique. La nécessité du décloisonnement et d'une coordination des politiques et des acteurs par une institution unique est aujourd'hui reconnue par les acteurs eux-mêmes et cette idée fait « consensus ». Ce qui n'a pas toujours été le cas. Certains acteurs s'alignent donc sur le référentiel global de rationalisation du système de santé. Le rapport Bur (2008, p. 11) affirme d'ailleurs à cet égard : « s'il est un consensus entre les acteurs du système de santé, c'est pour refuser le *statut quo*, marqué par une mauvaise répartition des rôles entre l'Etat et l'assurance maladie ainsi que par le cloisonnement des compétences et des institutions ».

Cette recomposition de l'action publique à travers la volonté de rationaliser le système de santé provoque un déplacement du rapport centre-périphérie au profit de la seconde, lui conférant ainsi un rôle dans la réflexion à ses acteurs (Lascoumes et Le Galès, 2011, p. 33).

L'ARS (« le centre »), à travers sa fonction de coordonateur de la politique de santé en région, doit désormais travailler avec ses partenaires (« la périphérie ») et ils doivent réfléchir ensemble à une politique de santé adaptée au contexte régional. Ils contribuent de ce fait à la

<sup>39</sup> Loi organique n°2001-692 du 1 août 2001 relative aux lois de finances. Ce texte, sorte de « constitution financière », vient remplacer l'ordonnance n°59-2 du 2 janvier 1959. Il régit la procédure budgétaire (nature, montant et affectation des ressources et des charges de l'Etat) et vise à moderniser la gestion de l'Etat. La LOLF s'applique à toutes les administrations depuis 2006.

<sup>40</sup> Révision générale des politiques publiques, lancée le 10 juillet 2007.

réflexion sur la définition de la politique de santé. Telle est la vocation du Programme Régional de Santé (PRS).

### **3.2. Le *New Public Management*, nouvel avatar de l'action publique**

Toutefois, le rôle croissant des acteurs – c'est-à-dire de la périphérie – contribue à la recomposition de l'action publique et à la « transformation de l'Etat qui est de moins en moins en mesure d'agir de manière autonome du fait de la multiplication des acteurs et des niveaux de l'action publique ». Ceci se déroulant « dans le cadre d'un processus de construction collective de l'action publique » (Hassenteufel, 2011, p. 289). Pour lui, il y a « privatisation de l'action publique » du fait du « recours croissant aux acteurs privés ». Les interdépendances qui se créent entre acteurs privés et publics favorisent l'importation de normes des premiers vers les deuxièmes, concourant à une dédifférenciation des secteurs public et privé. Le recours des ARS aux cabinets de consulting – entre autres Cap Gemini pour les recrutements des préfigurateurs qui deviendront directeurs généraux des ARS –, la logique de « performance » imposée aux hôpitaux, la « responsabilisation » des directeurs généraux, la mise en concurrence des acteurs à travers les procédures des appels d'offre<sup>41</sup>, la politique de contractualisation via les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM), etc., ces outils du *New Public Management* sont aujourd'hui largement intégrés dans la culture de l'action publique de santé. « Il a fallu à ce secteur imposer la culture du résultat et de la performance » (Chauvière, 2011, p. 128).

Le *New Public Management*, ou nouveau management public dans sa traduction française, est un référentiel d'action publique, « un puzzle doctrinal » (Bezes et Demazière, 2011), dont les pouvoirs publics tentent de mettre en œuvre les idées et pratiques dans les administrations et services publics. Ce concept est arrivé des Etats-Unis et du Royaume-Uni dans les années 1980. Ses préconisations suivent cinq principes d'organisation (Bezes et Demazière, 2011), qui se retrouvent dans la réforme des ARS : la séparation entre les fonctions de pilotage et de contrôle et les fonctions opérationnelles de mise en œuvre (le pilotage, au siège de l'ARS, l'opérationnel, aux acteurs de terrain et aux directions départementales de l'ARS) ; la fragmentation des bureaucraties verticales à travers la mise en place d'agence administratives autonomes ; le recours constant aux mécanismes de marché tels que la mise en concurrence

---

<sup>41</sup> La création des établissements médico-sociaux est soumise à appel d'offre depuis la mise en place des ARS.

d'acteurs publics et privés ; la transformation de la structure hiérarchique de l'administration en renforçant les responsabilités et l'autonomie des échelons en charge de la mise en œuvre de l'action de l'Etat ; la mise en place d'une gestion fondée sur les résultats et l'atteinte d'objectifs, la mesure et l'évaluation de la performance et des nouvelles formes de contrôle dans le cadre de la contractualisation (mise en place de CPOM avec les établissements de santé et certains particuliers).

Le recensement rapide des termes les plus employés dans les discours de l'Etat et les rapports officiels de préfiguration des ARS (rapport Ritter, rapport Bur), etc., témoigne de l'empreinte du *New Public Management* dans la réforme des ARS et de la recomposition de l'action publique que celui-ci entraîne : efficacité, efficience, cohérence, planifier, restructurer, lisibilité, viabilité financière, maîtrise des dépenses, pragmatisme, responsabilisation, soutenabilité, pilotage, coordination, décloisonnement, transversalité, objectifs, résultats, consensus, consulter, concertation, fluidifier les parcours, accompagnement...

Le rôle de l'Etat étant « d'organiser les conditions de l'efficacité de l'action publique et privée » (Simon Nora, cité in Lascoumes et Le Galès, 2011, p. 31), les tâches politiques qu'imposent l'Etat aux ARS (logique *top down*) deviennent désormais indissociables des tâches économiques et se font sur la base d'objectifs budgétaires et néo-managériaux (Bezes, 2009 ; Bezes et Demazière, 2011).

En adoptant de nouveaux référentiels d'action publique ayant recours aux instruments du *New Public Management*, les ARS deviennent des « instruments d'administration renouvelés en profondeur », soumises à « la logique implacable de la performance et du résultat » (Chauvière, 2011, p. 42-43).

Car « au fond, peu importe les outils, gestionnaires ou plus classiquement hiérarchiques, l'essentiel est de s'assurer de la loyauté et de l'allégeance des agents chargés de relayer, à chaque échelon, les injonctions du Centre » (Pierru, 2010, p. 36).



## **Chapitre 2 : ARS : désengagement de l'Etat ou gouvernement à distance ?**

Au-delà des discours et de la loi, quel descriptif pouvons-nous faire de la complexité du réel ? Certes cet impératif de transversalité décloisonnante mis en exergue par les acteurs qui créèrent les ARS vise à rationaliser l'action publique et le système de santé, mais il convient, en regardant plus loin, de s'interroger sur les effets de la création des ARS en matière de recomposition de l'Etat.

### **1. L'Etat maître du jeu des agences : la « déconcentration »<sup>42</sup> de l'action publique**

#### **1.1. L'Etat présent par le contrôle**

Déconcentrer pour mieux centraliser. C'est le principe de la « déconcentration » de Frédéric Pierru.

Si certains peuvent voir à travers la réduction des effectifs due aux restrictions budgétaires, une forme de retrait de l'Etat (Hassenteufel, 2011 ; Bonelli et Pelletier, 2010), le *New Public Management* au service de la réduction des dépenses publiques sert à l'Etat d'imposer des objectifs de performance aux ARS, qu'il contrôle par ce biais là. Ainsi l'Etat ne se désengage en rien. Il rattrape en capacité de contrôle ce qu'il accorde en autonomie. « Agences indépendantes » pour certains (Thatcher, 2005) ou « para-administratives » et « loin d'être des administrations indépendantes » pour d'autres (Chauvière, 2011), les ARS<sup>43</sup> sont là pour faciliter l'adoption de mesures impopulaires (Thatcher, 2005) et contribuer à améliorer l'efficacité de l'action publique (Hassenteufel, 2011, p. 291), via les impératifs de résultats qui leur sont assignés. Ces exigences d'atteinte d'objectifs peuvent d'ailleurs concourir à mettre les ARS en concurrence les uns par rapport aux autres. En cas d'échec des politiques publiques, elles sont un moyen pour l'Etat de redistribuer les responsabilités (Bezès, 2005). C'est une forme de déconcentration des responsabilités de l'Etat. Malgré les tensions

<sup>42</sup> Terme emprunté à Frédéric Pierru, 2010.

<sup>43</sup> Les ARS ne sont pas des agences indépendantes telles que l'ANSM (Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé) par exemple. Si le terme d'agences leur est assigné, il est une empreinte du *New Public Management*. Les ARS sont une réunion de services déconcentrés de l'Etat et sont donc de fausses « agences ». Il n'en reste pas moins qu'elles ne sont pas des « directions ».

économiques et financières, l'État reste, de par son interventionnisme fort, « le grand intégrateur de la société » (Rouban, 2008).

La mise en place du Fond d'Intervention Régional (FIR), en février 2012 par décret<sup>44</sup>, est par exemple un nouvel outil alliant nécessités de transversalité et de décloisonnement, et maîtrise des dépenses publiques. Le FIR est le nouvel outil financier de la politique de l'ARS. Il permet par exemple de financer les maisons de santé, les réseaux de soins, les maisons médicales de garde, etc. (pour ce qui est de l'ambulatoire).

En laissant aux régions la gestion d'une enveloppe globale venant se substituer aux différentes enveloppes attribuées auparavant à chaque secteur d'activité, il devient dès lors plus aisé à l'État de diminuer le montant de l'enveloppe. En effet, les régions disposeront d'une enveloppe générale, sans détail des ressources agrégées des différentes enveloppes précédentes. Au-delà de cela, pour Denis Morin, « le FIR montre que le national joue la carte de la région ». Certes il s'agit bien ici de décloisonner les différentes activités en laissant aux régions l'autonomie de gestion des crédits comme elles l'entendent entre les différents secteurs, mais tout en permettant à l'État, si besoin, de réduire la part qui leur était allouée.

Les ARS – ces agences et non ces directions –, sont partie intégrante de la logique du *New Public Management* qui régit l'action publique aujourd'hui. Elles sont censées, face à cette quête de l'efficacité, être « plus réactives que les grosses administrations » (Molénat, 2011), les résultats de l'action étant désormais plus valorisés que le respect des procédures. Or, il est assez paradoxal de constater, lorsque l'on travaille dans une ARS<sup>45</sup>, la lourdeur et la longueur de certaines procédures dont se plaignent souvent les agents en interne, les établissements ou les professionnels de santé extérieurs (procédure de montage et d'examen des dossiers de maisons de santé, signature des parapheurs en interne, validation des fiches de présence des stagiaires, procédure d'attribution des places de parking, etc.). « Mais l'administration ce n'est pas ça, ce n'est pas les procédures ! L'administration c'est avant tout être efficace, porter des projets », lançait un responsable à l'ARS Rhône Alpes.

L'« entreprise de débureaucratization de l'État », portée par la remise en cause des règles bureaucratiques au sens de Max Weber, par le *New Public Management*, conduit finalement à une rebureaucratization de l'action administrative, « tant est lourde et exigeante l'activité de

<sup>44</sup> Décret n° 2012-271 du 27 février 2012 relatif au fonds d'intervention régional des agences régionales de santé.

<sup>45</sup> Nous nous basons ici sur notre expérience à l'ARS Rhône Alpes.

coordination, de contrôle et de production de données chiffrées que suppose le [*New Public Management*]. Ne manquera pas alors de se poser un vertigineux problème : mais qui contrôlera donc les contrôleurs ? » (Molénat, 2011).

Cette question s'est posée lors des réflexions qui ont animées le projet de loi HPST. Un pilotage national des ARS était envisagé, mais le débat a surtout porté sur « ses modalités et notamment sur la constitution ou non d'une Agence Nationale de Santé » (Courrèges, 2011, p. 31). Ainsi il a été tout de suite pensé à une instance chargée de coordonner les coordonateurs ou de « contrôler les contrôleurs » selon la formule de Xavier Molénat. Ceci est l'exemple même de la présence de l'Etat. Celui-ci reste maître du jeu, à travers des fonctions d'encadrement et de contrôle des ARS.

Si l'idée d'une Agence Nationale de Santé a été écartée au profit d'un Conseil National de Pilotage des ARS (CNP), principalement du fait des désaccords entre l'assurance maladie et l'Etat, nous l'avons vu dans le chapitre précédent, les débats à ce propos n'ont pas cessés. « C'est le grand enjeu de ce qui se joue depuis deux ans », convient Gilles de Lacaussade. L'idée initiale était celle d'une agence nationale chargée de mettre en œuvre les objectifs nationaux de la politique de santé et d'assurer le pilotage de la régulation générale du système. Jugée trop techniciste et tenant trop peu compte du caractère politique des questions de santé, la ministre Roselyne Bachelot-Narquin mis définitivement « fin à cette idée, en expliquant qu'elle ne serait pas la ministre qui fermerait l'avenue de Ségur, c'est-à-dire le ministère de la santé » (Courrèges, 2011, p. 32).

Quoi qu'il en soit les ARS se trouvent aujourd'hui soumises à une double injonction et à une double obligation de devoir répondre de leurs résultats, à la fois devant les ministères et administrations centrales dont elles dépendent directement et de qui émanent de nombreuses directives, et à la fois devant le CNP qui « évalue périodiquement les résultats de l'action des agences et de leurs directeurs généraux »<sup>46</sup>. Ce dernier est co-présidé par la ministre chargée de la santé et des sports et le ministre du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville. Il réunit les différents directeurs d'administration centrale concernés par les ARS, les directeurs généraux des caisses nationales d'assurance maladie, et le directeur de la Caisse Nationale de Solidarité et d'Autonomie<sup>47</sup>.

<sup>46</sup> Article L. 1433-1 du Code de la santé publique, modifié par l'article 118 de la loi HPST.

<sup>47</sup> <http://www.ars.sante.fr/Les-membres-du-CNP.89759.0.html>

## 1.2. Responsabiliser sans autonomiser

La question qui fait suite à ces explications est nécessairement celle de la marge de manœuvre dont disposent les ARS et leurs agents, et tout particulièrement leur directeur général, nommé en Conseil des ministres.

La réforme donne aux ARS le statut d'établissement public administratif, doté d'une personnalité morale et d'une responsabilité de gestion propre. Pour Gilles de Lacaussade, « l'idée est de leur laisser une marge de manœuvre ». C'est pour cela qu'a été fait le « choix de personnalités » pour les directeurs généraux, « comme Claude Evin par exemple pour l'ARS Ile de France, qui a quand même été ministre de la santé, et est peut-être même le ministre de la santé que l'on connaît le plus, parce qu'il a donné son nom à une loi », poursuit-il.

« Emmanuelle Wargon (secrétaire générale des ministères chargés des Affaires sociales) disait : "pas d'hyper management au niveau national". Mais on est souvent proche de l'hyper management », explique Denis Morin, ancien directeur général de l'ARS Rhône Alpes, conseiller maître à la Cour des Comptes. « Il faut que les ARS acquièrent cette marge d'action ». Dans ce contexte budgétaire contraint, marqué par un Etat qui tient à conserver une politique de santé nationale afin de garantir la maîtrise des dépenses publiques en instaurant un contrôle sur les ARS, il est difficile pour les agences et leurs directeurs d'atteindre le niveau d'autonomie qu'ils souhaiteraient. Didier Tabuteau évoque d'ailleurs « l'impossible autonomie des ARS » (2010, p. 84).

Leurs directeurs généraux peuvent être considérés comme des « fonctionnaires politiques » au sens wébérien du terme, car une de leurs caractéristiques principales est d'être directement subordonnés au pouvoir politique dont dépend leur nomination (Hassenteufel, 2011, p. 158) et au nom duquel ils exercent leurs pouvoirs. Selon Patrick Hassenteufel (2011), les évolutions récentes que nous avons décrites jusqu'ici (néolibéralisme, transversalité de l'action publique et multiplicité des acteurs de l'action publique) semblent remettre en cause l'autonomie de gestion de ces technocrates. L'esprit de l'action publique change, ceux-ci se sont également adaptés à ces transformations découlant des impératifs du *New Public Management*, et sont d'ailleurs, pour une partie d'entre eux, issus du privé. Les réformes managériales des administrations qui en sont issues entraînent notamment un recentrement de l'activité de ces fonctionnaires politiques vers « le pilotage stratégique » et les rend « plus responsables de l'action du pouvoir politique en place » (Hassenteufel, 2011, p. 165).

Cette notion de responsabilité voire de responsabilisation des directeurs généraux chargés du pilotage régional du système de santé est reprise dans les rapports de préfiguration des ARS rédigés par Yves Bur et Philippe Ritter, en des termes productivistes ou d'efficience. « Elle permet de surmonter la séparation, contre-productive, entre la gestion de l'offre de soins et celle de l'efficience » (Rapport Ritter, 2008, p. 23).

La responsabilisation se traduit par l'attribution d'une enveloppe fermée que les ARS doivent gérer de la manière la plus efficace possible pour atteindre des objectifs de performance dont elles et leurs directeurs généraux auront à rendre compte au niveau national. La responsabilisation, sous couvert de son intitulé motivant, est donc un moyen de contrôle de l'Etat sur les agences.

La manière dont sont rémunérés les directeurs généraux des ARS<sup>48</sup> est représentative de cette responsabilisation. Elle est issue des outils du *New Public Management*. Leur traitement est composé de deux parts. L'une est fixe et l'autre est variable. La partie fixe comprend une part fonctionnelle variant selon la catégorie d'ARS (celle-ci est comprise entre 91 000 et 140 000 euros bruts annuels), et une part personnelle tenant compte du cursus et des situations professionnelles antérieures du directeur, pour qu'elle se rapproche le plus possible de sa rémunération dans ses fonctions précédentes. La partie variable quant à elle « dépend des résultats obtenus par le directeur général en fonction des objectifs fixés »<sup>49</sup> et elle peut atteindre jusqu'à 20% de la part fonctionnelle.

Pour la ministre, la responsabilisation recouvre un autre aspect de ce qui est demandé aux ARS. C'est une « tendance historique à l'origine des ARS, et non la moindre. [...] Responsabilisation, cela veut dire deux choses. Cela veut dire d'abord que les ARS rapprochent les décisions de l'usager et du territoire où il vit, et qu'elles renforcent significativement la démocratie sanitaire » (Discours Roselyne Bachelot-Narquin, le 1er avril 2010).

---

<sup>48</sup> Nous nous appuyons ici sur la réponse de Roselyne Bachelot-Narquin aux sénateurs qui l'avaient interrogée sur la rémunération des directeurs d'ARS, dimanche 15 novembre 2009, lors de l'examen du PLFSS 2010.

<sup>49</sup> Réponse de Roselyne Bachelot-Narquin aux sénateurs qui l'avaient interrogée sur la rémunération des directeurs d'ARS, dimanche 15 novembre 2009, lors de l'examen du PLFSS 2010.

## 2. La déconcentration par la territorialisation

*« En participant au conseil de surveillance de l'ARS, en participant aux conférences de territoire, ou encore en participant à la conférence régionale de la santé et de l'autonomie, les élus locaux, les professionnels de santé, les partenaires sociaux, les usagers, qu'ils représentent les patients, les personnes âgées, ou les personnes handicapées, vont désormais pouvoir participer à la préparation et à l'évaluation de l'ensemble des politiques de santé menées en région. »*

(Discours de Roselyne Bachelot-Narquin, le 1<sup>er</sup> avril 2010)

### 2.1. Le territoire, outil du décloisonnement

On l'a déjà vu, l'échelon régional s'est affirmé depuis les années 1990 comme le plus pertinent pour l'organisation du système de santé. Néanmoins la santé « reste une politique nationale. [...] On n'est pas dans un schéma de décentralisation », explique Denis Morin. Les divers travaux produits sur la question s'accordent d'ailleurs à le souligner (Bras, 2011 a ; Tabuteau, 2010, etc.).

Cependant le territoire tient désormais une place centrale dans l'action publique en santé. Celle-ci doit se décliner dans les territoires en tenant compte de leurs besoins des territoires, car il a été reconnu que l'essentiel des inégalités de santé sont des inégalités spatiales.

« Dans un contexte de besoins croissants de soins de proximité et de soins hospitaliers gradués, mais aussi de coordination entre les soins de proximité et les soins plus spécialisés, le territoire apparaît comme un outil essentiel permettant de structurer une prise en charge globale de la population entre les différents acteurs du champ sanitaire, social et médico-social » (Coldelfy et Lucas-Gabrielli, 2012).

La loi du 31 juillet 1991<sup>50</sup> fait émerger la région comme référence territoriale en matière de d'organisation sanitaire à travers la mise en place des premiers SROS. La loi HPST du 21 juillet 2009 consacre le « territoire de santé » comme « territoire légal de référence » de l'action publique (Coldelfy et Lucas-Gabrielli, 2012). Les ARS sont invitées à revoir leur découpage territorial auparavant centré sur les établissements hospitaliers, pour définir des territoires de santé globaux, prenant en compte les dynamiques populationnelles et leurs besoins, aussi bien en termes de soins de premier recours que d'accompagnement médico-

<sup>50</sup> Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.

social ou d'action de santé publique. Les ARS ont donc ce rôle de territorialisation de l'action publique en santé dans le but de décloisonner les activités. Le PRS en est l'outil stratégique.

## **2.2. Le territoire, échelon démocratique ?**

« Les décisions de politique de santé appellent, du fait de leurs conséquences sur la vie de la population et de leur importance pour la vitalité du contrat social, un débat démocratique » selon Didier Tabuteau (2010, p. 88). Les territoires de santé ont ainsi été définis par concertation avec les acteurs de santé de la région, et ils donnent lieu à des conférences de territoire, instance de démocratie sanitaire au sein des ARS. Elles regroupent les établissements de santé, les personnes morales gestionnaires des services et établissements sociaux et médico-sociaux, les organismes œuvrant dans les domaines de la promotion de la santé et de la prévention, ou en faveur de l'environnement et de la lutte contre la précarité, les professionnels de santé libéraux et les internes en médecine, les centres de santé, maisons de santé, pôles de santé et réseaux de santé, les établissements assurant des activités de soins à domicile, les services de santé au travail, les usagers, les collectivités territoriales, l'Ordre des médecins, et des personnalités qualifiées.

Le territoire est ainsi un moyen de légitimer les orientations sur la politique de santé prises par l'ARS et facilite l'acceptation de la politique de santé étatisée et hiérarchique par les acteurs de santé en région. Les conférences de territoire sont complémentaires de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA), pivot de la démocratie sanitaire à l'échelle régionale. Ses membres sont les collectivités territoriales, les usagers des services de santé et des services médico-sociaux, les partenaires sociaux, les acteurs de la cohésion et de la protection sociales, les acteurs de la prévention et de l'éducation pour la santé, les offreurs de services de santé, des personnalités qualifiées, les représentants des conférences de territoires. Or, il reste que ces instances sont consultatives, elles émettent des avis, et c'est le directeur général qui prend la décision finale. La CRSA n'est pas obligatoirement saisie pour toutes les décisions importantes, et elle ne dispose pas de moyens propres qui auraient garanti l'exercice de ses fonctions de manière indépendante. Selon Frédéric Pierru, ce ne sont pas les CRSA « qui pourront faire contrepoids à ces exécutifs forts et ainsi donner corps à une "démocratie sanitaire" dont les exigences sont politiquement faibles au regard de l'impératif catégorique de la maîtrise des dépenses publiques » (2010, p. 35).

Le territoire étant habituellement l'apanage des collectivités territoriales, d'où leur appellation, il est assez paradoxal qu'il devienne ici un élément de « démocratie consultative » d'un service déconcentré de l'Etat. Serait-il un moyen pour les ARS de légitimer leur action ? Faut-il parler de déconcentration démocratique ?

Si la ministre évoque « la régionalisation de notre système de santé » lors de son discours le jour de création des ARS, il faut l'entendre dans le sens de la « territorialisation » du système de santé. Il ne s'agit pas d'une régionalisation au sens démocratique du terme. D'ailleurs, s'interroge Pierre-Louis Bras, « comment une politique pourrait-elle être définie par une instance qui ne bénéficie pas de la légitimité que confère l'élection en régime démocratique ? » (Bras, 2011 a, p. 56).

### **2.3. Le territoire face à la verticalisation du pouvoir**

Le territoire constitue le moyen de justifier d'une déconcentration et non d'une décentralisation de la politique de santé. En devenant la scène de la démocratie sanitaire en région, il légitime la place moindre donnée aux élus et aux collectivités territoriales dans le processus de décision de la politique de santé au niveau régional, malgré leur représentation dans les instances consultatives de démocratie sanitaire des ARS. « Les instances politiques régionales ne devraient pas être absentes des dispositifs qui préparent l'avenir du système de santé », regrette Didier Tabuteau (2010, p. 89). En effet, les élus détiennent, de par l'élection au suffrage universel, « une légitimité supérieure aux autres acteurs en termes d'expression d'un intérêt général » (Hassenteufel, 2011, p. 166). Ils possèdent un rôle important dans la transposition des problèmes en enjeux collectifs et dans la fabrique du cadre de l'action publique (Douillet et Robert, 2007).

« Le redéploiement de l'Etat territorial au service de la seule réduction des dépenses publiques se traduit donc par la verticalisation des processus décisionnels, qui condamne les élus locaux à regarder passer les trains sur des enjeux de politique publique qui, comme la santé, figurent au premier rang des préoccupations de leurs électeurs » (Pierru, 2010, p. 36).

La loi HPST fait des ARS un exécutif fort et technocratique en région, dans la droite lignée hiérarchique de l'Etat.

Dans un mail du 28 mars 2012 envoyé à tous les salariés à propos du comité d'agence de la veille durant lequel avait été présenté l'avancement des travaux de construction du nouveau



siège de l'ARS Rhône Alpes, les délégués syndicaux de la CGT de l'agence écrivaient d'ailleurs : « l'ARS n'ouvrira plus sur la rue *Garibaldi*, le patriote italien à la chemise rouge, mais sur la rue du *Pensionnat*, nom plus convenant il est vrai pour un (saint) siège ».

S'il est vrai que les ARS s'inscrivent pleinement dans les réformes néo-libérales, la loi HPST fait aussi des ARS un acteur central du système de santé, doté d'un grand pouvoir, notamment sur les établissements de santé. Le « directeur d'ARS tout-puissant » (Tabuteau, 2010, p. 85), véritable « "préfet sanitaire", selon la formule de maints opposants » (Chauvière, 2011, p. 27), exerce une domination rationnelle-légale au sens wébérien du terme sur les autres acteurs du système de santé en région, détenant ainsi le monopole légitime de la santé en région. La loi HPST instaure un modèle de management vertical (Bras, 2011 a ; Pierru, 2010).

Symbole de la déconcentration et du pouvoir de l'Etat, le directeur général de l'ARS s'affirme en région comme une figure imposante voire intransigeante<sup>51</sup>, avec qui il est « difficile de discuter »<sup>52</sup>. En témoigne son rôle souvent politique lors de ses nombreux déplacements et interventions dans la région, toujours accompagné de ou des agents en charge de la question au sein de l'agence. « L'ARS en représentation » pourrait-on la nommer.

Cela ne va d'ailleurs pas sans interrogation pour les préfets en ce qui concerne le partage de leurs compétences. Bien que président du Conseil de surveillance de l'ARS<sup>53</sup>, le préfet de région occupe une place assez mal définie aux côtés du directeur général de l'ARS qui vient concurrencer son rôle d'homme fort de l'Etat en région, notamment sur les questions de sécurité sanitaire et de gestion des crises, qui relèvent désormais des deux autorités. Cela ne fut d'ailleurs pas sans tension en Rhône Alpes où le directeur général décida que le préfet de région ne siègerait pas à l'instance de gouvernance de la Plateforme d'Appui aux Professionnels de Santé (PAPS).

De manière plus générale, « la question des contre-pouvoirs ne peut manquer d'être posée » (Tabuteau, 2010, p. 88) face à ces agences étatisées et aux lignes de conduite hiérarchiques. Cette toute puissance de l'ARS et de son directeur général souvent ressentie par les établissements de santé et autres acteurs de santé sur le terrain, contribue également à

---

<sup>51</sup> De nombreuses critiques ont ainsi été adressées au directeur général de l'ARS Ile de France sur sa politique de l'hôpital Sud Francilien.

<sup>52</sup> Propos du président de la Commission Médicale d'Établissement d'un établissement public hospitalier.

<sup>53</sup> Le Conseil de surveillance est composé de représentants de plein exercice (représentants de l'Etat, des partenaires sociaux, de l'assurance maladie, des élus, des usagers, et personnes qualifiées) et de membres siégeant avec une voix consultative (représentants du personnel de l'agence et le directeur général) ; il approuve le compte financier et émet un avis sur le PRS, le CPOM de l'agence et les résultats de l'action qu'elle a menée.

entretenir l'image de l'ARS comme une boîte noire ou comme « un machin »<sup>54</sup>. Elle devient d'ailleurs « une machine »<sup>55</sup> pour certains de ses agents.

---

<sup>54</sup> Propos du secrétaire général du Conseil régional de l'ordre régional des pharmaciens Rhône Alpes.

<sup>55</sup> Propos d'un directeur de l'ARS.

### **Chapitre 3 : La complexe structuration de l'ARS Rhône Alpes**

« Le machin », « la machine », les ARS sont des organisations complexes qui, nous l'avons vu, sont aujourd'hui des rouages essentiels du système de santé français. L'analyse de la structuration et de la structure interne des ARS nous permettra ici de clore cette première partie consacrée à la réforme de l'action publique en santé à travers la création de ces agences. Ce chapitre examine le cas empirique de l'ARS Rhône Alpes<sup>56</sup> à la lumière de ce que nous avons développé dans les deux sections précédentes. L'observation participante que nous avons menée pendant plus de sept mois dans les services de l'ARS Rhône Alpes – et plus particulièrement dans le service offre ambulatoire –, et les entretiens réalisés auprès des directeurs, serviront de terreau à notre propos et permettront de mettre en évidence des problématiques internes et propres aux ARS, que l'on ne peut saisir qu'en s'imprégnant du terrain. Le recours aux travaux scientifiques et aux discours politiques sera donc moins fréquent dans ce dernier chapitre.

#### **1. De la préfiguration à la mise en marche**

La période de préfiguration des ARS débute quelques semaines après la promulgation de la loi HPST. A cet effet, l'article 130 de la loi HPST prévoit que :

« Dans chaque région, et dans la collectivité territoriale de Corse, un responsable préfigurateur de l'agence régionale de santé est chargé de préparer la mise en place de l'agence. A cette fin, il négocie et signe les conventions prévues à l'article 129 de la présente loi et assure le suivi des modalités de dissolution des organismes existants et de transfert des biens et des personnels.

Il élabore le projet d'organisation des services, négocie et signe avec les ministres chargés de la santé, des personnes âgées, des personnes handicapées et de l'assurance maladie le premier contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

Sur la base des éléments transmis par les ministres chargés de la santé, des personnes âgées, des personnes handicapées et de l'assurance maladie, il prépare le budget primitif du premier exercice de l'agence.

[...]

---

<sup>56</sup> A noter toutefois que ce qui est décrit dans ce chapitre ne se base que sur l'exemple de l'ARS Rhône Alpes mais peut être valable dans d'autres ARS. Certaines tendances ne sont pas propres à l'ARS Rhône Alpes.

Pour accomplir les missions qui lui sont confiées, il fait appel au concours des services compétents de l'Etat, ainsi que de ceux de l'agence régionale de l'hospitalisation, du groupement régional de santé publique, de l'union régionale des caisses d'assurance maladie et de la caisse régionale d'assurance maladie. »

Cette phase de préfiguration se fait avec un vaste appui des consultants de Cap Gemini Consulting et de la DGME. Les 26 préfigureurs des 26 ARS sont nommés le 30 septembre 2009 en Conseil des ministres<sup>57</sup>, après une sélection parmi 944 candidats. On compte 27% de femmes et l'âge moyen est de 51 ans. La moitié exerçait au sein de l'Etat et 15% étaient « des candidats d'ouverture, issus du secteur privé » (Dossier de presse du Ministère, 30 septembre 2009, p. 5)<sup>58</sup>. Denis Morin, Conseiller-maître à la Cour des comptes, hérita de la région Rhône Alpes.

Les préfigureurs sont responsables « de mener l'ensemble des opérations nécessaires à l'installation et la mise en place effective des ARS en région »<sup>59</sup>. Ces préfigureurs prendront ensuite la direction de l'ARS qu'ils auront mise sur pied. Leur prise de poste en région se fait à l'issue d'un premier séminaire d'intégration des préfigureurs du 8 au 10 octobre 2009.

Parallèlement, au niveau national, une équipe projet menée par le Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales se met en place.

### **1.1. Le chantier contre la montre**

En région, comme au niveau national, la création des ARS rencontre des difficultés de plusieurs ordres.

La difficulté est d'abord question de temps. Les ARS doivent toutes ouvrir au 1<sup>er</sup> avril 2010, c'est donc le compte à rebours pour les équipes préfiguratrices. « C'était une période très rapide ; un véritable défi, personnel aussi », raconte Denis Morin.

Ensuite, la problématique est sociale, à la fois par l'importance que constituait son acceptation par les agents qui rejoindraient les ARS, et à la fois par la nécessité du respect des règles de droit privé pour les agents de l'assurance maladie (relevant du droit privé).

---

<sup>57</sup> Ministère du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville, Ministère de la santé et des sports, Communiqué de presse, « Agences régionales de santé : Installation des 26 préfigureurs des ARS », Paris, le 30 septembre 2009.

<sup>58</sup> Ministère du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville, Ministère de la santé et des sports, Dossier de Presse, Paris, le 30 septembre 2009.

<sup>59</sup> Communiqué de presse, *ibid.*

La création des ARS est également un sujet financier en termes de procédures budgétaires et comptables pour la nouvelle institution qui allait naître ; la gestion de la paie des agents relevant des diverses structures qui allaient se réunir sous les ARS et des dizaines de statuts différents dont ils dépendaient<sup>60</sup> fut un « énorme sujet », selon Gilles de Lacaussade<sup>61</sup>.

Ensuite, il fallut s'assurer de la continuité du service. « Pendant le chantier, le service continue et le chiffre d'affaire augmente », avait coutume de dire Jean-Marie Bertrand, secrétaire générale des ministères chargés des Affaires sociales au moment de la création des ARS, se souvient Gilles de Lacaussade. La création des ARS fut d'ailleurs quasiment concomitante à la crise de la grippe H1N1. Ceci parallèlement au travail de deuil de leurs structures auquel les agents furent confrontés, et à leurs interrogations sur la manière dont leur travail allait évoluer.

Aussi, les ARS furent « un immense chantier des textes », explique Gilles de Lacaussade : « c'était la condition *sine qua non* de la création des ARS, un des enjeux les plus importants. Je crois que le Conseil d'Etat n'a jamais vu autant de textes en si peu de temps. [...] Il a fallu faire le toilettage des textes ». La loi HPST est en effet une loi volumineuse. A travers ses 91 pages de Journal Officiel, elle affecte plus de 800 articles de différents codes et modifie, complète ou cite 12 lois.

De surcroît, la création des ARS est un chantier de communication (ouverture des sites Internet dédiés au 1<sup>er</sup> avril 2010) et de systèmes d'information (assurer aux agents des adresses mails, des téléphones, etc.).

La formation des directeurs généraux fut également menée en parallèle, par l'EHESP<sup>62</sup> et l'EN3S<sup>63</sup>.

Enfin, la question de l'opérationnalité des ARS sur le plan politique généra un important travail de réflexion et de définition : « on a fait des groupes de travail sur qu'est ce que serait le PRS, le médico-social, la PAPS, etc. », relate Gilles de Lacaussade. En Rhône Alpes, dès octobre 2009, cinq ateliers thématiques furent organisés en groupe de travail, par appel au volontariat des agents des structures existantes, pour discuter et réfléchir à la structuration de la future agence et aux actions à décliner pour chacun des axes de travail. Ces cinq ateliers portèrent sur : la permanence des soins et la désertification ; l'organisation de l'offre de soins et outils HPST ; la gestion du risque, la qualité et l'efficience ; les filières et la continuité des

---

<sup>60</sup> Les agents d'une même institution n'avaient pas tous le même statut.

<sup>61</sup> Ancien chargé de mission auprès du Secrétariat des ministères chargés des affaires sociales, coordonnateur du projet ARS puis chargé de mettre en place le CNP. Il est aujourd'hui directeur général adjoint de l'ARS Rhône Alpes.

<sup>62</sup> Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique.

<sup>63</sup> Ecole Nationale Supérieure de la Sécurité Sociale.

soins ; la santé et la précarité. Puis les travaux produits par chaque ARS remontèrent à la DGOS et des ateliers inter-ARS furent organisés fin 2010. Suite à ces retours sur les groupes de travail des ARS, des éléments de cadrage sur les gros chantiers que les ARS devaient mener (tels que le PRS, la PAPS, etc.) furent donnés aux directeurs généraux lors de leurs séminaires organisés par le CNP.

## 1.2. L'édification en Rhône Alpes

En Rhône Alpes, conjointement à ces travaux, la réflexion quant à l'organisation qu'adopterait l'ARS « fut alimentée par trois courants principaux plus ou moins mentionnés, plus ou moins visibles ou invoqués », décrit un directeur de l'ARS Rhône Alpes. Tout d'abord Denis Morin mis en place un groupe de préfiguration resserré composé d'institutionnels et de personnes dont il souhaitait s'entourer dans la future ARS. Ensuite, « l'influence du national fut très forte. Il y avait jusqu'à 70 collaborateurs travaillant à la mise en œuvre des ARS qui travaillaient avec le ministère à Paris », poursuit le directeur. Enfin, la personnalité du directeur général lui-même compta beaucoup dans la structuration de l'agence : « il suscita beaucoup d'échanges, mais sa vision, sa conception pesa très lourd dans certains cas ».

Denis Morin définit donc une organisation interne à l'ARS Rhône Alpes. « Le choix de l'histoire et de la géographie était important pour la structuration », explique-t-il. « Un organigramme n'est jamais qu'une construction intellectuelle ; il faut tenir compte de la réalité », confit un autre directeur.

Il fallut donc diviser la structure interne en différentes directions permettant d'englober la totalité du champ de compétences de l'ARS. La première question qui se posa fut celle de la distinction ou non du médico-social et du sanitaire : fallait-il les regrouper au sein d'une même direction offre de soins pour inciter à la transversalité et à la fongibilité ? La taille de la région Rhône Alpes, la dissymétrie de l'organisation institutionnelle, le nombre d'établissements (environ 2000 établissements sociaux et médico-sociaux) et leur éparpillement favorisèrent la création d'une direction du médico-social à part entière<sup>64</sup>. Ce choix de Denis Morin « a été fortement reconnu des partenaires du médico-social » à qui l'on

---

<sup>64</sup> Ce qui ne fut pas le cas dans toutes les ARS où le médico-social rejoint souvent la direction offre de soins : la direction handicap et grand âge.

reconnaissait leur spécificité et une réelle place, convient une directrice de l'ARS. « Cela a été très facilitant dans les relations avec les partenaires », qui avaient peur de se faire noyer dans le sanitaire. L'ancienne directrice de l'Institut national des jeunes sourds de Paris, directrice d'hôpital de formation, devint la directrice handicap et grand âge. Parallèlement, l'ancien directeur général de l'ARH de Haute-Normandie fut nommé à la direction efficience de l'offre de soins.

Le deuxième questionnement concernait la direction santé publique. Le nombre d'emplois du Comité exécutif de l'agence (dit Comex), c'est-à-dire le nombre de directeurs de l'agence, avait été déterminé au plan national. Or le national imposa « à mi-chemin un directeur de moins. Et comme on était parti sur deux directions de santé publique, on en fit plus qu'une », relate son ancien directeur, ancien médecin inspecteur régional de la DRASS. Lui aurait voulu « quelque chose de plus large », parce que « tout est de la santé publique ».

Le troisième débat porta sur le contour des fonctions de la direction de la stratégie et des projets. Devait-on laisser à chaque direction un bureau « enquêtes et méthodes » ou fallait-il les rassembler en une directrice propre ? Celle-ci devait-elle porter des responsabilités opérationnelles ? Devait-elle avoir la responsabilité directe du PRS ? Fallait-il de petites équipes encadrant celles des autres directions ? Le choix fut fait de les regrouper dans la direction de la stratégie et des projets, dont l'ancien secrétaire général de l'ARH Rhône Alpes prit la direction. Celle-ci devait constituer une masse critique et représenter la transversalité de l'agence, par les sujets qu'elle avait vocation de traiter. La rédaction et la responsabilité du PRS lui fut attribuée. Toutefois, cette direction semble parfois manquer de légitimité pour les agents et directeurs des autres directions, dites « directions métier ». Ce fut la DSPro, dans son appellation interne à l'ARS en Rhône Alpes, qui fut chargée de regrouper les travaux produits par les ateliers thématiques de préfiguration de l'agence, et de prioriser les actions à entreprendre. Elle n'avait pas, pour certains, cette légitimité pour filtrer les travaux des groupes, bien qu'un agent de la DSPro dût être présent dans chaque groupe.

Le risque, en souhaitant inscrire dans une direction à part entière la transversalité que l'ARS devait promouvoir, était de déboucher sur une situation davantage cloisonnée entre les différentes directions où celles-ci ne s'occuperaient finalement que de ce qui les concerne, une direction spécifique étant chargée d'assurer la transversalité entre toutes les autres. Cet impératif de transversalité peut finalement venir complexifier assez vite un jeu au sein même de l'ARS entre les uns au contact des problématiques et des acteurs de santé, et les autres en

poste de les coordonner. On peut se demander si cette direction-transversalité n'est pas en définitive le reflet de l'échec du décloisonnement à l'intérieur même de l'agence.

Enfin la quatrième discussion considéra la place et la dimension qu'il fallait accorder au secrétariat général, qui serait, au même titre que les autres directions, représenté au Comité exécutif et disposerait du même poids. L'ancien secrétaire général du comité technique régional et interdépartemental de la DRASS de Rhône Alpes pris le poste de secrétaire général.

L'organisation finale qui résulta de ces réflexions s'articula autour de trois directions métier, d'une direction transversale, d'un secrétariat général et de huit délégations territoriales départementales (DTD)<sup>65</sup>. Chaque direction se subdivisant en plusieurs pôles, eux-mêmes découpés en différents services.

Les trois directions métiers se répartissent entre : la direction de la santé publique, subdivisée en deux sous-directions – la direction déléguée veille et gestion des alertes sanitaires et la direction déléguée protection et promotion de la santé – qui regroupe, comme ses noms l'indiquent, la prévention et la sécurité sanitaire ; la direction handicap et grand âge, qui pilote la politique régionale d'accompagnement médico-social ; et la direction efficience de l'offre de soins, qui s'occupe du champ hospitalier et ambulatoire. Cette dernière « a pour mission première d'assurer l'accès des rhône-alpins à des soins de proximité et spécialisés, de qualité et efficients, délivrés en ville et dans les établissements de santé »<sup>66</sup>.

Le secrétariat général comprend deux sous directions : la direction déléguée système d'information et la direction déléguée ressources humaines et administration générale<sup>67</sup>.

Les huit DTD sont des antennes déconcentrées de l'ARS dans les départements. Elles correspondent aux huit anciennes DDASS de la région Rhône Alpes et sont toutes structurées de la même manière autour d'un pôle « offre de santé territorialisée » et un pôle « prévention et gestion des risques ». Toutefois, les services de la DTD du Rhône ont fusionné avec le siège de l'ARS et ses équipes ont aujourd'hui intégrées celles du siège. On les retrouve sous l'appellation de « référents 69 »<sup>68</sup> dans l'organigramme général.

---

<sup>65</sup> L'organisation de l'ARS Rhône Alpes a évolué depuis sa création, notamment avec l'arrivée d'un nouveau directeur général en novembre 2011, qui modifia cette structure. Nous n'en tenons pas compte ici, ceci n'étant pas l'objet de notre travail. Nous nous basons ici sur la manière dont a été structurée l'ARS Rhône Alpes à sa création et la logique qui a prévalu. **Se référer à l'organigramme détaillé en annexe.**

<sup>66</sup> Site de l'ARS Rhône Alpes : <http://www.ars.rhonealpes.sante.fr/La-direction-de-l-efficience-d.93967.0.html>

<sup>67</sup> La direction déléguée méthodes et organisation s'est très récemment intégrée au secrétariat général.

<sup>68</sup> Le département du Rhône portant le numéro 69.



Un délégué territorial est à la tête de chaque délégation. Directement rattaché au directeur général de l'ARS, il exerce, par délégation de ce dernier, l'autorité hiérarchique sur les agents de la délégation. Il faut néanmoins souligner qu'il n'existe aucun lien hiérarchique entre l'équipe en charge du premier recours au siège par exemple et celles en charge du premier recours dans les DTD.

Chaque ARS a donc adopté sa propre organisation, mélange de la volonté de son préfigurateur, des réflexions qui ont émergées des groupes de travail, et de l'histoire et des spécificités de la région. Il s'agit maintenant pour l'ARS de se mettre en marche.

## **2. Le casse-tête managérial<sup>69</sup>**

L'organisation en place, les agents des ARH, des URCAM, des CRAM, des GRSP, des MRS, une partie de ceux des DDASS, des DRASS, de la DRSM, des CPAM, des caisses de MSA et du RSI, se retrouvèrent au 1<sup>er</sup> avril 2010, collègues dans une nouvelle institution : l'ARS. Leur structure précédente disparaissait ou se modifiait. La totalité des équipes des ARH, des URCAM, des GRSP et des MRS furent absorbées dans l'ARS, alors que seuls les agents des pôles sanitaires des DDASS, des DRASS et ceux chargés de la politique sanitaire et médico-sociale des CRAM rejoignirent l'ARS. Toutefois ces trois dernières institutions disparurent. Les équipes des pôles sociaux des DDASS et DRASS, ainsi que ceux des directions régionales de la jeunesse et des sports et des directions régionales de l'agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances furent intégrées aux Directions Régionales de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale (DRJSCS), créées en métropole le 1<sup>er</sup> janvier 2010.

Les équipes de la branche accident du travail et maladies professionnelles des CRAM ont intégrées les CARSAT<sup>70</sup> créées le 1<sup>er</sup> juillet 2010.

Enfin, l'ARS assimila une partie des services médicaux des caisses d'assurance maladie.

---

<sup>69</sup> Après avoir tenté de faire passer un mini questionnaire aux agents de l'ARS Rhône Alpes à propos de la manière dont ils se sentaient au travail à l'ARS et dont ils considéraient leur travail à l'ARS, la direction a refusé que je fasse passer ce questionnaire, bien que je sois passée par le CHSCT de l'ARS et leur ai présenté le questionnaire en question. Je ne dispose donc pas pour cette partie, de l'appui des réponses des agents que j'aurais souhaité.

<sup>70</sup> Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail.

## 2.1. Le choc des cultures ou le zéro management

Rassembler sous une même institution des personnels relevant d'autant d'entités différentes relève du véritable casse-tête législatif et managérial.

Selon l'article 129 de la loi HPST, les fonctionnaires de l'Etat « conservent le bénéfice de leur statut », les agents contractuels de droit public « conservent à titre individuel le bénéfice des stipulations de leur contrat », et les agents contractuels de droit privé issus de l'assurance maladie « conservent à titre individuel le bénéfice des stipulations de leur contrat de droit privé par dérogation à l'article L. 1224-3 du code du travail ».

Les agents de l'Etat vont manger au restaurant administratif et ceux de l'assurance maladie récupèrent des chèques déjeuner. Les uns utilisent la badgeuse alors que les autres écrivent leurs horaires et que d'autres encore sont « au forfait ». La tâche de définition d'un statut unique « agent des ARS » prévu dans les prochaines années prévoit d'être ardue, comme en témoigne la grève de ce début d'année des agents de droit privé de l'ARS Languedoc-Roussillon à qui il a été décidé le retrait de leurs chèques déjeuner.

« Au temps de l'ARH on travaillait mieux avec l'Etat qu'aujourd'hui. Il y a en permanence une comparaison [sur les salaires et les congés], et particulièrement chez les médecins. C'est un conflit lié aux pseudo-différences de statuts, qui n'est pas fondé. C'est un conflit interne qui n'a pas de sens », s'agace un médecin conseil de l'assurance maladie qui a fait le choix de venir à l'ARS.

L'opposition entre les cultures public et privé est d'autant plus marquée que les pratiques professionnelles dans les structures d'origine étaient différentes. Certains s'exaspèrent des lenteurs administratives de l'Etat, alors que d'autres regrettent leur ancienne organisation cadrée et hiérarchisée où ils savaient à qui s'adresser. « Avant on avait carte blanche, ici non. C'est très hiérarchisé l'Etat », confit un responsable de service issu de l'assurance maladie : « y'en a marre de la machine ARS où il faut trois semaines pour faire signer un document ».

Pour d'autres de l'Etat, il se produit un « bouleversement des points de référence » (Emery et Martin, 2008, p. 561). Une fonctionnaire, responsable de pôle déplore : « avant il y avait la hiérarchie, on savait à qui on demandait ça ou ça. Aujourd'hui c'est le problème, on a brouillé la hiérarchie. Une catégorie C fait des choses d'un cadre A. [...] Ca va au-delà du "on ne sait pas à qui s'adresser". Aujourd'hui le chef ne regarde pas ce qu'on fait. On fait une bourde on s'en fou. [...] On voit toujours la hiérarchie comme quelque chose de négatif, mais pas forcément ».

Et puis, « il se passe encore ce que je craignais, la hiérarchie défendra toujours ces anciens agents », indique un responsable de service.

Plusieurs « mondes » cohabitent au sein de l'ARS, « formant l'univers évolutif [de] l'après-fonctionnariat » (Emery et Martin, 2008, p. 562). De par les différentes cultures qui se trouvent contraintes de cohabiter et de travailler ensemble, l'ARS représente une sorte d'organisation hybride, une néo-bureaucratie (Olsen, 2006).

La difficulté à travailler ensemble n'est pas seulement due aux différences de culture public/privée. Les informations circulent mal. « La réforme des ARS s'est bâtie très rapidement » et il a fallu définir une organisation, raconte un responsable de pôle : « le diable se niche toujours dans les détails, et ici les détails, c'est l'organisation ». Savoir « qui fait quoi, comment elle le fait et avec qui ; on n'a pas forcément la réponse à qui fait quoi », explique-t-il. « Je savais plus de choses quand je travaillais à la DRSM que aujourd'hui », nous dit un médecin conseil, expliquant qu'aujourd'hui il ne connaît que le champ sur lequel il travaille : « la transversalité interne ne marche pas ; on oublie de parler. [...] On ne sait pas qui fait quoi au sein de l'agence, on manque de visibilité ».

Mais pour une autre directrice, ceci est normal : « il a fallu créer beaucoup de choses nouvelles. Ce n'est pas étonnant que pendant deux ans on n'ait travaillé que sur les directions. Ce n'est qu'une fois qu'on a construit les outils qu'on peut se tourner vers les autres ». La transformation ne pouvait pas se faire dès la création des ARS, ceci est évident. Le temps de mis en marche est long. « Les ARH ont mis dix ans pour fonctionner. Ce sera pareil avec les ARS », conclut un responsable de pôle.

Ce cloisonnement entre les services d'une même direction et d'un même pôle (les directions sont organisées en grands pôles) et entre les agents, n'est toutefois en rien aidé par la topographie des lieux. Les bureaux du siège de l'ARS Rhône Alpes sont divisés entre deux sites : une partie des agents est située dans les locaux de l'ancienne DRASS et l'autre partie se répartie entre les 3<sup>e</sup>, 4<sup>e</sup>, 21<sup>e</sup>, 22<sup>e</sup> et 23<sup>e</sup> étages de la Tour Part-Dieu. Notre observation participante se déroule dans le service offre ambulatoire, rattaché à la direction efficience de l'offre de soins implantée au 21<sup>e</sup> étage. Nous développerons ici la disposition des locaux de cet étage en question. Les directions sont globalement réparties selon les étages, le 23<sup>e</sup> étant l'étage de la direction générale et de l'accueil de l'ARS Rhône Alpes.

La tour est ronde et se divise à chaque étage en quatre quarts correspondant plus ou moins aux divisions des services des pôles et directions. Le service offre ambulatoire et le service offre

hospitalière occupent un premier quart. Le service autorisations et le service ingénierie des CPOM se partagent un deuxième quart. Les médecins et professionnels de santé ont également un quart qui leur est dédié, etc. Un premier couloir permet de faire le tour de l'étage autour du noyau central de la tour. Ce premier couloir dessert un deuxième couloir qui lui est parallèle et qui permet d'accéder aux bureaux, organisés en deux couronnes parallèles vitrées se faisant face autour de ce deuxième couloir<sup>71</sup>. Tout le monde peut s'observer dans les bureaux et on peut se courir après sans jamais se trouver. Les agents connaissent les agents travaillant dans le même quart de la tour qu'eux, mais beaucoup n'ont jamais vu la totalité des agents de l'étage. De surcroît, la salle de pause du midi du 21<sup>e</sup> étage est aménagée de tables hautes individuelles et de hauts tabourets, autour desquelles il est difficile de s'attabler à plus que trois. Loin de prôner un aménagement des bureaux en « open space », force est de constater que ces éléments concourent de fait au cloisonnement physique des agents des différents services. On se connaît peu, on se parle peu. « C'est vrai que les gens ne se parlent pas beaucoup ; c'est assez cloisonné ici », convient une responsable de service. « Je n'arrive pas à m'y faire », « je ne m'y retrouve pas » sont des phrases fréquentes lorsque l'on discute avec les agents.

« Les relations humaines ne sont pas bonnes », confit un directeur. Peu de choses sont faites pour que cela change. Un responsable de pôle explique : « on continue à fonctionner comme un chargé de mission, mais il faut être aussi le manager de l'équipe. Il y a incompatibilité entre ces deux fonctions. [...] Et il n'y a pas de temps pour manager. Le manager doit définir des objectifs, mesurer l'atteinte de ces objectifs, etc., c'est un vrai métier. Aujourd'hui le gros problème de l'ARS c'est qu'il n'y a pas de management. Ca passe en deuxième ».

« Mais ça s'améliore tout de même », convient une responsable de service.

## 2.2. Le *burn out* de l'ARS

*« L'ARS n'est pas une vache à lait ! »*

Propos d'un agent de l'ARS Rhône Alpes, au siège

Dans le contexte budgétaire serré, la suppression des postes vient s'ajouter à la charge de travail que les agents ont déjà à accomplir. Les effectifs ne cessent de décroître. « Et c'est pas fini », indique Gilles de Lacaussade.

---

<sup>71</sup> Se référer au schéma de la tour Part Dieu en annexe.

« C'est sûr qu'on manque de moyens », concède un responsable de pôle. « En même temps, plus de personnes n'est pas forcément bien car on passe plus de temps pour les coordonner. [...] Il faut partir du principe qu'on n'aura pas plus de moyens qu'il faut faire avec. Il faut tirer le meilleur de chacun. [...] On est sur un incendie permanent. C'est comme un immeuble de grande taille et nous on court toute la journée avec des seaux d'eau ».

En récupérant des compétences auparavant éclatées et en étant soumises à de nouvelles exigences, les ARS et leurs agents doivent faire plus, avec toujours moins de moyens. Moins de moyens humains et financiers. Le poids des tâches qui pèse sur les épaules des responsables de service est palpable, d'autant plus qu'ils n'ont pas toujours le sentiment d'une reconnaissance de leur travail. « J'ai le sentiment que je me suis beaucoup, beaucoup investi et que je n'ai pas vu le retour », confie un responsable de service.

La population des médecins, et particulièrement ceux issus de l'assurance maladie ne parviennent pas à trouver leur place dans cette institution. Sur 200 médecins conseil dans les ARS, 35 ont demandé à retourner travailler à l'assurance maladie lors de l'appel à candidature de décembre 2011. 15 ont été pris. Les autres recandidateront certainement lors du prochain appel. Et puis « il y a aussi les personnes qui attendent la retraite », explique ce médecin conseil, anciennement à l'assurance maladie. « Beaucoup de médecins ne s'y retrouvent pas », convient un autre médecin, inspecteur lui. Le non-rattachement des médecins dans l'organigramme, aux pôles ou aux services, peut également apparaître comme un marqueur de ce phénomène.

De manière plus générale, selon un responsable de pôle, « l'ARS est très personne-dépendante. Aujourd'hui c'est un défi de continuer à mobiliser des gens comme [X] pour les motiver encore. Car si demain [X] décide d'aller travailler chez Carrefour, c'est fini, on est foutu ».

Celui-ci explique un peu plus loin dans la discussion : « ce n'est pas facile. S'il y a trop de procédures on casse les initiatives, et si on est trop désorganisé comme aujourd'hui, c'est l'inverse », les initiatives se perdent, et « le fait d'être débordé contribue à cette désorganisation ». L'ARS doit parvenir à mener à bien des projets pour réduire les inégalités d'accès à la santé, garantir l'efficacité de l'offre de soins, la transversalité des réponses apportées aux patients, etc., mais elle se heurte à ce triple obstacle de la réduction de ses effectifs, du maintien voire de l'augmentation des exigences, et d'une dynamique interne qui

peine encore à se mettre en place, du fait du manque de cohésion et de connaissance dans et entre les équipes.

Face à ce constat et cette nécessité, le territoire apparaît parfois pour certains comme une soupape de décompression. On a plusieurs fois entendu dans les réunions ou dans les échanges au siège des allocutions du type : « normalement c'est aux DTD de faire ça, c'est leur rôle. On va leur dire que c'est à elles de le faire. Nous aussi on est débordé ». La délégation de tâches aux DTD est un moyen d'assurer la continuité du service. Considérées comme les portes d'entrée de l'ARS sur le terrain, les délégations territoriales ont un rôle de mise en œuvre de ce qui est décidé au siège de manière stratégique. Ce sont les délégations territoriales qui sont en contact avec les porteurs de projets de maisons de santé par exemple. Ce sont elles qui connaissent le territoire des départements. « Avec les DTD il y a tout à faire, il y a tout un travail sur l'efficacité et l'efficiency, et pour bien répartir les choses. Il faut qu'il y ait une même vision entre les DTD et le siège », explique un responsable de pôle.

Les délégations territoriales font face à une triple difficulté. D'une part elles se trouvent aujourd'hui dépouillées de l'autonomie décisionnelle qu'elles possédaient en tant qu'anciennes DDASS et manquent parfois de ce fait de reconnaissance de la part du siège. D'autre part elles ont un réel besoin de formation sur les nouveaux champs de compétences qu'elles ont récupéré, tel le premier recours. Enfin, les équipes des DTD ont souvent à gérer plusieurs activités différentes. Une même personne peut très bien s'occuper du premier recours comme des transports sanitaires ou de l'inspection d'un établissement.

Tout ceci contribue à leur difficile intégration dans une boucle qui les marginalise et qui par ailleurs leur demande beaucoup. La division des effectifs des DDASS entre la DRJSCS et l'ARS, c'est-à-dire « la distinction entre le sanitaire et le social, engendra un grand traumatisme pour [les DTD] », explique Denis Morin. La définition des cinq territoires de santé en Rhône Alpes, indépendants des frontières départementales, vient poser la question de la légitimité des DTD dans leur forme actuelle. Le projet « ARS 2014 » que le nouveau directeur général entend développer ces prochaines années vise à rééquilibrer la relation siège/DTD, tout en la faisant correspondre au découpage des cinq territoires de santé. Ceci pourra constituer à nouveau un possible élément de transformation du travail des délégations territoriales. Mais le nouveau directeur général étant « arrivé sur le thème du bien-être au travail, il ne s'agit pas de créer un nouveau traumatisme », convient Gilles de Lacaussade.

Quoiqu'il en soit, l'ARS Rhône Alpes et ses dirigeants, en prônant un « mode d'action beaucoup plus dynamique » que la logique bureaucratique, et en souhaitant gagner en « productivité », selon les termes d'un responsable de pôle, s'inscrivent pleinement dans les tendances néo-managériales actuelles qui, nous venons de le voir, ne sont pas sans impacts sur la cohésion des équipes.

## Conclusion

En arrivant à l'ARS Rhône Alpes, il est patent de se rendre compte du décalage existant entre « le dedans » et « le dehors ». De l'extérieur, c'est-à-dire du point de vue des soignants des hôpitaux<sup>72</sup>, des diverses personnes qui ont à faire de près ou de loin à l'ARS, qui doivent « rendre des comptes », et même de la part de ses partenaires, l'ARS suscite de nombreuses craintes et fait peur. En revanche, de l'intérieur, l'ARS est fortement cloisonnée, chaque service étant relativement replié sur lui-même, et les agents semblant bien souvent loin de réaliser l'importance de leur travail et de l'institution à laquelle ils appartiennent. De manière générale, l'organisation interne de la structure correspond finalement assez peu à cette représentation imposante que l'ARS véhicule au dehors – si ce n'est dans le flou général qui se ressent pour les personnes extérieures, propre de chaque grosse administration, lorsqu'il s'agit de savoir à qui s'adresser en interne pour obtenir la réponse à sa question.

Lorsque l'on sait que l'un des grands enjeux pour l'ARS consiste à fédérer les acteurs avec lesquels elle doit travailler et trouver un terrain d'entente sur une politique commune, l'image qu'elle donne à voir à ses partenaires devient un enjeu majeur.

Aussi, le triple impératif de transversalité, de décroïsonnement et d'efficience qui incombe aux ARS fait que l'on attend beaucoup de celles-ci. Si les agences ont été créées pour faciliter un changement culturel, elles « appellent encore d'autres textes législatifs », selon Denis Morin. Les ARS ne sont certainement pas l'aboutissement final du processus d'amélioration et d'adaptation du système de santé. Le cloïsonnement des secteurs, en interne comme en externe, reste une réalité. Pour bon nombre de personnes rencontrées à l'ARS Rhône Alpes, ce n'est qu'une étape. Et elle n'est pas encore terminée. Que ce soit dans ses leviers d'action comme dans son équilibre organisationnel interne, l'ARS doit encore parfaire son rythme de fonctionnement pour s'affirmer pleinement dans le paysage sanitaire régional comme l'acteur central qu'elle a vocation d'être.

Le premier recours, appelé à devenir le pivot central du système de santé, en est d'ailleurs le reflet. Deux autorités se partagent toujours le terrain : les ARS et l'assurance maladie. Et la *path dependence*<sup>73</sup> des acteurs est une variable constante dans les prises de décision.

<sup>72</sup> Idée qui s'est souvent retrouvée dans les échanges du Master 2 « Politiques publiques de santé » de l'Institut d'Etudes Politiques de Grenoble, lorsque l'ARS était évoquée.

<sup>73</sup> *Path dependence* ou « dépendance au sentier » : « les décisions prises au début d'une politique canalisent les développements ultérieurs dans une certaine direction. Les réformes sont toujours limitées et s'inscrivent dans les logiques établies » (définition empruntée à Palier et Bonoli, 1999).



## Partie 2 : L'enjeu central des soins de premier recours ou l'inachèvement de la loi HPST

Le système de santé français, dans sa logique de solidarité, a défendu depuis 1945, la notion d'égalité dans l'accès aux soins. Ce principe se fonde sur le système de premier recours, à la base de la pyramide d'organisation des soins, comme affirmé lors de la conférence internationale d'Alma-Ata de 1978.

Publié en décembre 2010, le rapport « Mission de concertation sur la médecine de proximité » du docteur Elizabeth Hubert dresse un état des lieux du secteur de la médecine de premier recours française aujourd'hui. Il se conclut dans ses dernières pages par les quelques paragraphes qui suivent :

« En privilégiant les techniques et, par la voie de conséquence, en nous focalisant sur le secteur hospitalier, nous avons peu à peu réduit le champ de la médecine de premier recours et plus largement, celui de tous les acteurs de l'ambulatoire, oubliant que la prise en charge globale des patients ne pouvait pas être assumée par l'hôpital ni même par les spécialistes d'organes.

Cela a engendré la situation que nous connaissons désormais, tant elle a été décrite et dénoncée ces dernières années : une réduction voire l'absence d'une offre de santé de proximité dans certains territoires.

[...] Ce sont les fondements même de l'égalité républicaine qui sont ainsi attaqués : [...] la disparition de cabinets de généralistes met non seulement en danger la santé des populations mais signe aussi l'avènement d'une médecine inégalitaire qui ne correspond pas aux aspirations de nos concitoyens. »

C'est en se basant sur les diverses conclusions de ce rapport que la loi HPST entend répondre aux enjeux en matière de premier recours. Avec celle-ci, les soins de premier recours sont affirmés comme une priorité de la « modernisation [du] système de santé »<sup>74</sup>. La loi leur donne pour la première fois une définition législative. Il s'agit de transformer progressivement l'organisation des soins de premier recours « en plaçant l'accessibilité des soins au premier rang de ses priorités »<sup>75</sup> et en s'appuyant sur une gestion transversale des secteurs de la santé (sanitaire, hospitalier, ambulatoire et médico-social) par les ARS. « C'est la raison d'être de la réforme organisationnelle que constituent les agences régionales de santé »<sup>76</sup> qui tentent de

<sup>74</sup> Dossiers législatifs - Exposé des motifs - Projet de loi - Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires.

<sup>75</sup> Dossiers législatifs, *ibid.*

<sup>76</sup> Dossiers législatifs, *ibid.*

renouveler les conditions de régulation de l'offre de soins de premier recours. Les ARS sont désormais responsables du pilotage de la politique régionale d'organisation de l'offre de soins ambulatoire de manière plus générale. Cela signifie la garantie d'une offre de soins accessible – notamment par le biais de la permanence des soins –, et l'inscription de l'offre de soins de premier recours dans une organisation territoriale en cohérence avec les politiques d'aménagement du territoire. Ceci tout en contribuant au développement de coopérations avec les secteurs hospitalier et médico-social.

Toutefois, les caisses d'assurance maladie demeurent gestionnaires du secteur ambulatoire aux côtés de l'ARS. Cette dualité des acteurs semble nuire à la coordination du secteur (Rapport Ritter, 2009, p. 17) et limiter considérablement les possibilités de l'agence en la matière. La convention médicale, principal d'axe d'action sur les soins de premier recours, relève toujours de la responsabilité des caisses d'assurance maladie. La question est de savoir si les ARS ont les moyens de remplir leurs objectifs sur le premier recours.

Nous verrons dans cette deuxième partie que la loi HPST constitue une avancée en matière de premier recours parce qu'elle fait de ce secteur un des chantiers prioritaires du système de santé (Chapitre 1), mais que cette réforme reste toutefois largement inaboutie en la matière, que ce soit dans les moyens dévolus aux ARS (Chapitre 2), que dans les outils d'action qu'elle esquisse (Chapitre 3).

## **Chapitre 1 : L'importance des soins de premier recours reconnue...**

La loi HPST constitue un tournant pour bon nombre d'acteurs de la santé et d'observateurs extérieurs, aussi bien par les changements organisationnels du système de santé qu'elle provoque, que par les changements culturels qu'elle tente d'impulser. A cet égard la loi fait émerger le champ du premier recours comme une thématique et un axe de « modernisation » centraux du système de santé. Ainsi celui-ci a-t-il vocation à être restructuré dans son pilotage, dans son organisation territoriale et du point de vue de la coopération avec les autres secteurs, hospitalier et médico-social.

### **1. La lente émergence d'une politique française de premier recours**

#### **1.1. France, Royaume-Uni, deux modèles professionnels différents**

L'idée d'une prise en charge territoriale basée sur le degré de la technicité du soin date de l'entre-deux-guerres. C'est au Royaume-Uni que cette idée trouve son origine, dans le rapport Dawson de 1920<sup>77</sup>. Celui-ci y suggérait un système de soins hiérarchique, allant du plus simple au plus complexe. Les services à domicile seraient pris en charge par des centres de santé primaires où exerceraient des médecins généralistes, aidés par des techniciens de laboratoires, des équipements de radiographie et un hébergement pour les patients. Dans les villes à proximité, des centres de santé secondaires offriraient une gamme complète de services médicaux généraux et spécialisés, avec les bases de la médecine, de la chirurgie, de la gynécologie, de l'ophtalmologie et de l'ORL. Ces centres seraient à leur tour reliés aux hôpitaux universitaires, qui auraient vocation à traiter les cas les plus rares et les plus difficiles. Afin d'assurer une politique globale et unifiée à tous les niveaux et de contrôler tous les services de santé, il avait également été proposé la création d'une autorité unique de santé.

Dans ce modèle professionnel hiérarchisé, le médecin généraliste est le pivot du système de santé et occupe une fonction de *gatekeeper*. C'est lui, travaillant souvent en groupe, qui régule l'accès aux soins spécialisés. Au fur et à mesure, ce rôle a évolué vers de nouvelles fonctions

---

<sup>77</sup> Lord Bertrand Dawson, *Interim report on the futur provision of medical allied services*, Londres, 1920.

de prévention et de coordination des soins de premier recours, en travaillant notamment avec d'autres professionnels de santé de premier recours.

Cette organisation en différents niveaux de recours se veut garante d'une organisation efficiente. Chaque niveau ne doit recevoir que les patients qu'il a vocation de traiter. Les hôpitaux, et tout particulièrement les services d'accueil des urgences ne doivent pas être engorgés de patients dont les problèmes de santé relèvent du premier niveau de soins.

En France, l'organisation des soins ambulatoires se base en grande partie sur les principes de la charte médicale de 1927, qui définit un modèle professionnel non hiérarchisé, à la différence de celui qui prévaut au Royaume-Uni et qui a donné naissance à cette idée de soins de premier recours. La charte de 1927 consacre le caractère libéral de l'exercice de la médecine en France, à travers l'instauration du libre choix du médecin par le patient, de la liberté thérapeutique et de prescription, du respect du secret professionnel, et des conditions qui déterminent le revenu : droit à des honoraires pour tout malade soigné, paiement direct de ces honoraires par le malade au médecin, et « l'entente directe »<sup>78</sup>, qui disparaît en 1971 au profit du libre choix du lieu d'installation.

La signature de la première convention médicale en 1971 « donne lieu à un engagement solennel du gouvernement en vue de garantir l'avenir de la médecine libérale » (Bloy, 2010 a) et un attachement aux principes énoncés ci-dessus. Le « quasi-monopole » de la médecine libérale sur les soins ambulatoires est ainsi institué par les caisses d'assurance maladie qui s'engagent « dans la convention à ne rien faire pour développer des centres de soins sans l'accord des syndicats médicaux » (Bloy, 2010 a).

L'activité libérale est donc la caractéristique de la majorité des professionnels de santé de premier recours, même si d'autres services ou structures de soins ambulatoires, avec une base territoriale bien souvent, coexistent : services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) à l'échelle municipale, Protection Maternelle Infantile (PMI) à l'échelle départementale, centres de santé, etc. Si les soins ambulatoires sont largement développés en France et couvrent une grande variété de services, ils sont inégalement répartis sur le territoire et sont faiblement hiérarchisés les uns par rapport aux autres. La coordination des soins reste un enjeu majeur du système de santé.

---

<sup>78</sup> Le médecin est libre de fixer la valeur de son acte à son patient, et n'est donc pas tenu de respecter le tarif syndical minimal.

## 1.2. L'enjeu de la coordination des soins

La convention médicale de 2005 fait de la coordination des soins le fondement de la réforme de l'assurance maladie engagée depuis 2004<sup>79</sup>, en établissant les dispositifs du parcours de soins et du médecin traitant<sup>80</sup>. Ce dernier a pour mission d'assurer les soins de premier recours, d'orienter les patients vers les « médecins correspondants »<sup>81</sup>, d'établir avec eux des protocoles de soins de longue durée et de participer au dossier médical personnel (DMP), qui regroupe et synthétise les différentes informations transmises par les différents intervenants auprès du malade.

Toutefois cette réforme relative à l'assurance maladie n'a pas choisi une organisation territoriale des soins en fonction des niveaux de recours. Le sénateur Alain Milon, dans son rapport de 2009 au nom de la commission des Affaires sociales du Sénat sur le projet de loi HPST<sup>82</sup>, pointe l'organisation française avant tout basée sur la question du remboursement :

« [La réforme de 2004] a instauré un parcours de soin dont le respect conditionne le remboursement des actes par l'assurance maladie. Elle a créé la fonction de médecin traitant dans une perspective d'abord économique, avec pour but essentiel de limiter le coût lié au nomadisme médical. Ainsi, elle ne repose pas sur une approche en termes de complexité technique des soins, puisqu'elle n'a pas imposé le recours systématique à un médecin généraliste, un spécialiste pouvant être choisi comme référent. Par ailleurs, la réforme a préservé l'accès direct à un certain nombre de spécialités médicales et n'a aucunement affecté le recours aux soins hospitaliers. On ne peut donc considérer qu'ait été mise en place à cette époque une organisation des soins fondée sur des niveaux de recours. »

Ainsi la France n'en est pas encore à une approche structurant son système de santé en termes de soins premier recours, comme il est souvent développé à l'étranger (Bourguet, Marek, Mousquès, 2007). Notre système reste historiquement centré sur l'hôpital et le premier recours n'est pas la priorité.

<sup>79</sup> Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

<sup>80</sup> Le médecin traitant pouvant être un médecin généraliste ou un médecin spécialiste. Ce qui n'a pas été sans contestations de la part de certains syndicats médicaux, lors de la signature de la convention. A ce sujet, voir Sarradon-Eck Aline, « "Qui mieux que nous ?" Les ambivalences du "généraliste-pivot" du système de soins », in Bloy Geraldine, Schweyer François-Xavier, *Singuliers généralistes, Sociologie de la médecine générale*, Presses EHESP, 2010, p. 253-270

<sup>81</sup> Il devient obligatoire de consulter un médecin généraliste avant de voir un médecin spécialiste, sous peine d'un moindre remboursement de la consultation par l'assurance maladie.

<sup>82</sup> Milon Alain, *Rapport fait au nom de la commission des Affaires sociales sur le projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale après déclaration d'urgence, portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires*, Sénat, Commission des Affaires sociales, Paris, 2009.

Néanmoins, la prise en compte des inégalités territoriales d'accès à la santé par les pouvoirs publics s'est engagée suite à la publication de diverses études et rapports sur la désertification médicale, et à travers différentes mesures incitatives pour les professionnels du premier recours<sup>83</sup>. La reconnaissance en 2004 de la médecine générale comme spécialité médicale, pour tenter de remédier au faible attrait de cette branche par les étudiants, confirme également le souci croissant de l'Etat de faire des médecins généralistes les pivots de l'organisation territoriale du système de santé.

Les Etats généraux de l'organisation de santé (EGOS), de novembre 2007 à avril 2008, affirmèrent finalement ouvertement la nécessité d'une approche territoriale pour apporter des réponses aux inégalités d'accès aux soins, tout en s'appuyant sur l'implication des professionnels de santé du premier recours.

Aujourd'hui le concept de soins primaires est porteur d'une notion de justice sociale visant à garantir à chacun un égal accès aux soins de base. Ce principe est au cœur de la conférence internationale de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) à Alma-Ata en 1978, et il est réaffirmé par l'OMS en 2008 dans son rapport annuel<sup>84</sup> dans lequel l'organisation déclare que la question du renouveau du système de premier recours se pose « now more than ever »<sup>85</sup>. Face à une cohésion sociale altérée par la mondialisation, les systèmes de santé, clés de voute de l'architecture des sociétés contemporaines, ne répondent plus aux besoins de santé et aux exigences des populations, et sont sommés d'évoluer. Selon l'OMS, les soins de premier recours constituent manifestement une réponse privilégiée et prioritaire aux défis que les systèmes de santé doivent relever, dans un monde où les besoins changent.

C'est donc suite à ce long processus d'émergence que cette idée nouvelle en France des soins de premier recours comme modèle le plus efficace pour la construction du système de santé apparaît dans la loi HPST du 21 juillet 2009.

---

<sup>83</sup> Mesures de l'Etat, de l'assurance maladie, des collectivités territoriales. A ce sujet voir, Vincent Fanny, La nouvelle médecine libérale : les maisons de santé pluri professionnelles (MSP), une solution pour les soins de premier recours ?, Mémoire en vue de l'obtention du diplôme de l'Institut d'Etudes Politiques de Grenoble, Master 2 Politiques Publiques et Changement Social – Spécialité « Politiques Publiques de Santé », Grenoble, 2011-2012, 36 p.

<sup>84</sup> Organisation Mondiale de la Santé, *The World Health Report: Primary Health Care. Now More than Ever*, Genève, 2008.

<sup>85</sup> « Aujourd'hui plus que jamais ».

## 2. La place reconnue du premier recours dans la réforme

### 2.1. Définir les soins de premier recours

La définition législative des soins de premier recours par la loi HPST est l'aboutissement de ce long processus français pour une organisation du secteur ambulatoire selon les principes du premier recours. La définition<sup>86</sup> qu'en donne, pour la première fois, la loi du 21 juillet 2009, regroupe les soins de premier recours autour de trois composantes centrales, décrites en introduction générale de notre travail, à savoir : l'entrée dans le système de soins, le suivi du patient et la coordination de son parcours, et le relai des politiques de santé publique, dépassant la simple dimension curative (prévention, dépistage, éducation à la santé).

En y intégrant la variable de l'accessibilité territoriale (« exigences de proximité »), et en définissant les missions du « médecin généraliste de premier recours », la loi HPST semble s'éloigner de la logique qui prévalait depuis 2004 basée sur la question du remboursement. Dans son rapport au nom de la commission des Affaires sociales sur le projet de loi HPST<sup>87</sup>, le sénateur Alain Milon s'interroge toutefois sur l'intérêt de cette nouvelle organisation territoriale basée sur les soins de premier recours :

« Si elle n'apporte pas de réorganisation du système de soins, quel peut être l'intérêt d'une présentation territoriale des soins qui se juxtaposerait au système déjà en place, des modes de remboursement ? Trois réponses, qui ne s'excluent pas, sont envisageables. La première est de considérer qu'il s'agit d'une déclaration d'intention destinée à consacrer symboliquement la place du médecin généraliste de premier recours et son rôle essentiel dans le système de soins. La deuxième suppose que l'approche territoriale est définie pour servir de base à l'élaboration des schémas régionaux d'organisation des soins (Sros) confiée aux agences régionales de santé et qu'elle n'est appelée à devenir contraignante que si les Sros

<sup>86</sup> Définition des soins de premier recours dans la loi HPST :

« Art. L. 1411-11. - L'accès aux soins de premier recours ainsi que la prise en charge continue des malades sont définis dans le respect des exigences de proximité, qui s'apprécie en termes de distance et de temps de parcours, de qualité et de sécurité. Ils sont organisés par l'agence régionale de santé au niveau territorial défini à l'article L. 1434-16 et conformément au schéma régional d'organisation des soins prévu à l'article L. 1434-7. Ces soins comprennent :

« 1° La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ;

« 2° La dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique ;

« 3° L'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ;

« 4° L'éducation pour la santé.

« Les professionnels de santé, dont les médecins traitants cités à l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale, ainsi que les centres de santé concourent à l'offre de soins de premier recours en collaboration et, le cas échéant, dans le cadre de coopérations organisées avec les établissements et services de santé, sociaux et médico-sociaux. »

<sup>87</sup> Milon Alain, *op. cit.*

sont eux-mêmes opposables et la liberté d'installation des praticiens dirigée. La troisième réponse possible est que la garantie d'une accessibilité territoriale des soins est en soi un élément essentiel de l'organisation des soins et que son inscription dans la loi permettra sa prise en compte au même titre que les considérations de coût. »

Sans doute s'agit-il ici des trois éléments de réponses réunis, exceptions faites des SROS ambulatoires qui ne sont pas opposables et de la liberté d'installation des médecins qui subsiste. La loi HPST, en consacrant la notion de proximité comme fondement de l'organisation des soins, fait symboliquement du premier recours et de son médecin généraliste les éléments centraux d'un nouveau pacte social basé sur l'accessibilité territoriale à la santé. La symbolique est d'autant plus forte que la définition des soins de premier recours, ou soins primaires n'est pas nouvelle. Pour autant, l'inscription dans la loi rajoute à la légitimité des médecins généralistes dans leur dispensation (Bras, 2011 b). « Le syndicat MG France est pour une grande part à l'origine de ces dispositions qui s'inscrivent dans le prolongement de l'action qu'il mène depuis sa constitution pour affirmer les spécificités de la médecine générale » (Bras, 2011 b). La loi est ainsi un moyen de « reconnaissance » pour les médecins généralistes. Il n'en reste pas moins que cette première inscription législative française « est en phase avec de nombreuses réflexions qui insistent sur leur rôle déterminant pour garantir l'efficacité et l'équité du système de soins dans sa globalité » (Bras, 2011 b).

Un volet ambulatoire du SROS est ainsi prévu. Alors que la première « génération » des SROS est initiée à partir de 1991 et que l'on en est aujourd'hui à la quatrième mouture, la loi HPST institue un volet ambulatoire à ce schéma, cohérent avec le volet hospitalier, et l'inscrit dans un Programme Régional de Santé (PRS). Cette partie ambulatoire, élaborée dans la concertation avec les acteurs de l'ambulatoire, est essentiellement indicative – elle n'est pas opposable, sauf son annexe déterminant les zones fragiles en vue de l'ouverture d'aides aux médecins généralistes et du dispositif de régulation de l'offre infirmière. L'objectif principal du SROS ambulatoire est d'organiser les soins ambulatoires – c'est-à-dire de premier et deuxième recours – au regard des besoins de la population, afin de lui assurer l'accès à une offre de premier recours, et d'améliorer le parcours de soins des personnes malades. Il est donc un outil privilégié de l'ARS pour piloter la politique régionale en matière de premier recours.

En ce sens, la création des ARS apparaît comme un élément fondateur et fédérateur des acteurs pour la nouvelle organisation du système de santé basé sur le premier recours. La



mission nationale « ARS et offre de soins ambulatoire »<sup>88</sup> conduite par François Baudier<sup>89</sup> sur demande de la ministre de la santé Roselyne Bachelot-Narquin début 2010, note d'ailleurs que « la première force des ARS est de constituer un point de repère dans un espace qui n'en disposait pas. Elles bénéficient donc d'un niveau élevé de légitimité, ce qui leur permettra d'entamer un dialogue avec les professionnels de santé dans le cadre d'un travail conjoint ».

## **2.2. Afficher une action en faveur du premier recours**

Suite à cette première étape que représente la reconnaissance du premier recours à une place centrale dans le système de santé, des travaux et des concertations sont engagés pour définir les contours de cette organisation nouvelle du système. Après s'être déplacé sur le thème de la médecine de proximité en avril 2010 à Livry-Gargan en Seine-Saint-Denis, puis à Briec-Comte-Robert en Seine-et-Marne en juillet 2010, Nicolas Sarkozy préside une table ronde en décembre 2010 à Orbec, dans le Calvados. Celui-ci y déclare alors que la médecine de proximité est aujourd'hui « face à une crise identitaire », et qu'il faut « agir vite ».

Elisabeth Hubert, ancienne ministre de la santé et médecin généraliste, publie fin 2010 son rapport demandé par le Président de la République, dans lequel elle propose différentes mesures pour tenter d'« impulser une vraie réforme de l'offre de santé de proximité ». Mesures qui, pouvant heurter certains « conservatismes bien établis », ne doivent pas céder aux « jeux de pouvoir qui n'ont pas leur place au regard des enjeux de l'offre de santé de proximité ». Le rapport pointe pour cela des mesures structurelles à court et moyen terme – réforme des études médicales, développement des systèmes d'information, développement et soutien financier d'un exercice plus coopératif et pluridisciplinaire –, et des mesures conjoncturelles témoignant « d'une vraie prise de conscience de la situation délétère du monde de la santé », que l'Etat, les organismes d'assurance maladie et les ARS devront mettre en œuvre. Pour cela, les moyens nécessaires doivent être alloués.

La mission nationale « ARS et offre de soins ambulatoire » quant à elle avait pour but d'aider les ARS dans leur responsabilité nouvelle du pilotage de l'organisation de l'offre de soins ambulatoire. Les travaux réalisés par la mission visent à définir la manière dont les ARS doivent investir le champ de l'ambulatoire et du premier recours, et ils apportent un éclairage

---

<sup>88</sup> Dans la partie « synthèse des auditions ».

<sup>89</sup> Médecin, directeur de l'animation territoriale de l'ARS Franche-Comté, ancien directeur de l'URCAM de Franche-Comté.

notamment sur : la vision stratégique du positionnement des ARS en matière ambulatoire, les modalités de mise en mouvement pour exercer ces nouvelles missions, des préconisations concrètes sur les thèmes d'action prioritaires.

L'intervention des ARS en matière de premier recours doit donc se faire face à « la crise identitaire » de la médecine de proximité, mais aussi face aux faiblesses du système de santé (inégalités d'accès, désertification). Cela dans une logique de pilotage de la politique régionale de l'offre de santé dans sa globalité, en favorisant le décloisonnement des secteurs. A cet égard la coopération avec l'hôpital et le médico-social est considérée comme prioritaire et nécessaire, tout comme la construction d'une organisation territoriale de l'offre.

Les ARS devront donc être ces acteurs chargés de piloter la politique régionale ambulatoire sur différents champs. La mission « ARS et offre de soins ambulatoire » en a identifié plusieurs : la permanence des soins, l'articulation avec l'hôpital – amélioration de la fluidité en amont et en aval –, le développement des coopérations entre professionnels, et la promotion des pratiques cliniques préventives et de l'éducation thérapeutique du patient (ETP). Pour cela, les ARS disposent de leviers d'action fonctionnels et financiers. Ses plus importantes prérogatives en la matière portent essentiellement sur des mesures organisationnelles qui lui permettent de soutenir et de financer les maisons et pôles de santé pluriprofessionnels – MSP et PSP –, de promouvoir les coopérations entre les professionnels de santé, et d'organiser et de financer la permanence des soins, dispositif qui relevait auparavant de la compétence d'acteurs multiples (préfet, assurance maladie, MRS). Les plateformes d'appui aux professionnels de santé (PAPS) sont également prévues par la loi. Ces « guichets uniques » ont vocation, dans une logique de concertation et de coopération des acteurs institutionnels, menée par l'ARS, à regrouper les aides et les informations existantes pour les professionnels de santé de premier recours, et à soutenir et accompagner leurs projets d'installation et de coopération.

L'enjeu est maintenant de savoir dans quelle mesure il leur est permis de mener à bien cette nouvelle organisation territoriale du système de santé, basée sur le premier recours.

## **Chapitre 2 : ...Mais une réforme inaboutie**

Après un processus d'émergence du secteur du premier recours comme élément central de structuration du système de santé, la loi HPST définit pour la première fois les soins de premier recours et crée les ARS, pour articuler et coordonner l'action des acteurs et impulser, soutenir et accompagner une dynamique territoriale de santé basée sur la proximité. Tout cela dans un cadre d'action rénové, puisque le pilotage régional de la politique de santé de premier recours se fait dans une logique globale de décloisonnement des secteurs de la santé, l'ARS étant également en charge – totalement ou conjointement – du champ hospitalier, médico-social, gestion des risques et prévention.

Malgré « la montée en puissance » et l'affirmation législative de la question du premier recours comme élément fondateur de l'organisation du système de santé ces dernières années, la loi HPST semble loin de se suffire à elle-même dans les moyens humains, financiers et d'action, qu'elle alloue aux ARS.

### **1. Le premier recours : une définition comme enjeu central du système de santé encore difficile**

L'ambition réformatrice de la loi HPST en matière de pilotage du système de santé laisse pourtant subsister des carences pour ce qui est du premier recours, dans notre système de santé historiquement hospitalo-centré.

#### **1.1. Des territoires de santé de proximité ?**

Certes les soins de premier recours sont définis et reconnus comme centraux, mais rien n'est réellement fait qui témoigne d'une réorganisation du système de santé autour du premier recours. Avec la territorialisation de l'action publique introduite par la loi HPST, les ARS sont invitées à (re)définir leurs territoires de santé, ceux issus des SROS 3<sup>90</sup> restant essentiellement hospitalo-centrés (Codefy, Lucas-Gabrielli, 2012). La plupart des ARS (18 sur les 26) choisissent de modifier le découpage des territoires de santé pour tenter d'y

---

<sup>90</sup> SROS dit de 3<sup>ème</sup> génération, arrêtés en 2006 par les ARH.

associer l'ensemble de leurs activités, favorisant ainsi le décloisonnement. Près de la moitié (12 sur 26) se basent alors sur une division départementale des territoires de santé et quatre choisissent un regroupement de départements. C'est la volonté de transversalité sanitaire/médico-social qui prime pour justifier ce choix du département – l'élaboration du Schémas Régionaux d'Organisation Médico-Sociale (SROMS) s'en trouve ainsi facilitée. Seules six régions optent pour un découpage plus fin du territoire, en zones d'emplois, bassins de vie, ou intercommunalités, notamment avec les Etablissements publics de coopération intercommunale (EPCI).

Cette reconfiguration semble avoir été davantage une vaste opération de rationalisation des territoires de santé qu'une restructuration de la logique territoriale fondatrice du système qui aurait voulu voir un découpage basé sur les territoires plus fins du premier recours. La proximité étant définie en termes de temps d'accès aux soins – 20 minutes dans le rapport Hubert demandé par Nicolas Sarkozy, 30 minutes dans les engagements de campagne de François Hollande<sup>91</sup> –, le découpage départemental ne le permet pas. La refonte des territoires de santé aura été un moyen, au travers de l'impératif de transversalité décloisonnante, de réduire d'environ un tiers le nombre global de territoires (de 159 pour les SROS 3 à 107 pour les SROS-PRS), la population moyenne des territoires passant de 374 000 habitants à 605 000. Comment, dès lors, interpréter cette augmentation substantielle du nombre d'habitants d'un territoire de santé comme gage d'une meilleure prise en charge des besoins de la population, dans une politique de santé basée sur la proximité ?

## **1.2. L'assurance maladie, unique et traditionnelle régulatrice**

Autre témoin du difficile aboutissement de la loi HPST en ce qui concerne le premier recours, le cloisonnement qui perdure entre l'Etat et l'assurance maladie conduit de fait à limiter les possibilités des agences en la matière.

Lors des débats qui ont accompagné l'adoption du projet de loi HPST en 2009, la question d'une Agence Nationale de Santé fut évoquée. Cette hypothèse a tout de suite été écarté du fait du refus de la ministre de la santé de vider le ministère de sa substance, et face à la résistance de la CNAM à perdre ses prérogatives, ses responsabilités, ses compétences et

---

<sup>91</sup> François Hollande, *Le changement c'est maintenant. Mes 60 engagements pour la France*, Election présidentielle 22 avril 2012, mesure n°19.

*Plus de 6 millions de français n'ont pas accès rapidement aux urgences*, Le Monde, 13 mars 2012 ;

*Soins de ville : propositions des principaux candidats à l'élection présidentielle*, Dépêche APM du 18 avril 2012

celles de son réseau « dans son domaine d'action traditionnel : les soins de ville » (Bras, 2011 a). Celle-ci a dû convaincre de sa plus grande performance vis-à-vis de l'Etat pour gérer les risques et maîtriser les dépenses. « Cette légitimité fonctionnelle lui a permis de conserver l'intégralité de ses moyens d'action à l'égard de la médecine de ville » (Bras, 2011 a).

Les relations des professionnels de santé de ville avec les pouvoirs publics sont régies par des conventions négociées nationalement par les syndicats dits représentatifs de la profession et l'UNCAM, et elles sont mises en œuvre par les caisses locales. Or, aucun contrôle hiérarchique sur le réseau des caisses de l'assurance maladie (CPAM) pouvant permettre une régulation du système de premier recours n'est prévu, comme l'avait en partie suggéré le rapport Santé 2010 de 1993 (Tabuteau, 2010). La politique conventionnelle reste dans le giron de l'assurance maladie qui continue sa régulation du secteur, tant au niveau économique que territorial (certaines mesures contraignantes existent déjà pour certains types de professionnels<sup>92</sup>).

La mission « ARS et offre de soins ambulatoire » souligne à son tour :

« Il faut que la loi se donne les moyens de son ambition. [...] Si l'ARS est chargée de maîtriser l'ONDAM hospitalier au niveau régional, elle ne dispose pas de cette compétence pour les dépenses de

---

<sup>92</sup> Suite à l'arrêté du 25 novembre 2011 portant approbation de l'avenant n° 3 à la convention nationale des infirmières et des infirmiers libéraux, cinq niveaux territoriaux de dotation en infirmiers libéraux ont été définis : les zones « sur dotées », les zones « très dotées », les zones « intermédiaires », les zones « sous dotées » et les zones « très sous dotées ». Si un infirmier souhaite s'installer en libéral dans une commune « sur dotée », il faut qu'un autre infirmier s'en aille, et que l'infirmier arrivant ait un projet d'installation visant à assurer la continuité de la prise en charge de l'infirmier précédant. Dans les zones « très sous dotées » en infirmiers libéraux, ceux-ci ont la possibilité de souscrire au contrat santé solidarité prévu dans la convention des infirmiers libéraux. L'adhésion à ce contrat santé solidarité permet de percevoir une aide forfaitaire annuelle et de bénéficier d'une prise en charge des cotisations dues au titre des allocations familiales.

Suivant l'article L. 5125-4 du Code de la santé publique, l'ouverture d'une officine de pharmacie est soumise à l'autorisation du directeur général de l'ARS. Une pharmacie peut être ouverte suite à un regroupement de pharmacies, un transfert ou une création. Quoi qu'il en soit, un pharmacien ne peut ouvrir une officine que sur une commune qui en est dépourvue (ou si l'officine précédente a cessé son activité) et dont le nombre d'habitants est d'au moins 2500. Une nouvelle officine ne pourra s'installer sur une commune de plus de 2500 habitants bénéficiant déjà d'au moins une licence, qu'à raison d'une tranche entière supplémentaire de 3500 habitants.

Depuis l'arrêté du 12 mars 2012 portant approbation de l'avenant n° 1 à la convention nationale des sages-femmes libérales, il a été décidé de mettre en place « un dispositif d'incitation à l'installation et au maintien d'exercice d'une part, de régulation de l'offre de soins d'autre part » pour les sages-femmes. Celles-ci, apparaissant de plus en plus comme des professionnels de santé de premier recours, verront leur implantation dans les zones « sans sage-femme » privilégiée, alors que « dans les zones « surdotées », l'accès au conventionnement ne peut intervenir que si une sage-femme cesse son activité ou la réduit d'au moins 50 % par rapport à son activité observée au cours des deux années précédentes » (arrêté du 12 mars 2012 portant approbation de l'avenant n° 1 à la convention nationale des sages-femmes libérales). La situation des sages-femmes libérales est donc désormais proche de celle des infirmiers libéraux.

Les masseurs kinésithérapeutes, par l'arrêté du 10 janvier 2012 portant approbation de l'avenant n° 3 à la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes libéraux, ont eux aussi vu leur installation soumise à conditions semblables aux sages-femmes et aux infirmiers, dans les zones où l'offre est excédentaire – dites zones « surdotées ».

médecine libérale et ne pourra pas peser sur les choix de cette dernière. L'ARS n'a pas la main sur le dispositif conventionnel, qui continue de relever du niveau national. »

L'assurance maladie régule, l'ARS pilote. Elle pilote une politique régionale avec peu de leviers.

Le SROS ambulatoire englobant le premier recours n'est pas opposable et s'apparente finalement davantage à une cartographie qu'à une planification (Intervention de Pierre-Louis Bras, 7 février 2011).

Par ailleurs, dans sa première version, la loi HPST tente une timide régulation territoriale de l'exercice médical. Elle prévoit une sanction financière contre les médecins qui refuseraient de participer à l'offre de soins des territoires dans le besoin. L'article 43 est initialement rédigé comme suit :

« Si cette évaluation fait apparaître que les besoins en implantations précitées ne sont pas satisfaits et que, de ce fait, l'offre de soins de premier recours ne suffit pas à répondre aux besoins de santé de la population dans certains territoires de santé, le directeur général de l'agence régionale de santé peut, après avis de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie, de l'union régionale des professionnels de santé compétente pour les médecins et des organisations les plus représentatives des étudiants en médecine, des internes et des chefs de clinique, proposer aux médecins exerçant dans les zones visées au premier alinéa du présent article d'adhérer à un contrat santé solidarité par lequel ils s'engagent à contribuer à répondre aux besoins de santé de la population des zones mentionnées à l'article L. 1434-7 où les besoins en implantations ne sont pas satisfaits.

Les médecins qui refusent de signer un tel contrat, ou qui ne respectent pas les obligations qu'il comporte pour eux, s'acquittent d'une contribution forfaitaire annuelle, au plus égale au plafond mensuel de la sécurité sociale. »

Seule disposition prévue par la loi pouvant permettre une régulation des inégalités territoriales du système par les ARS, cet article se heurte immédiatement au lobby médical. Roselyne Bachelot-Narquin alors ministre de la santé, déclare le 25 juin 2010 lors de l'ouverture du 4<sup>ème</sup> congrès national de médecine générale qu'elle mettait « entre parenthèses » cette mesure. Celle-ci est finalement supprimée par la loi Fourcade du 10 août 2011.

### **1.3. Des mesures encore insuffisantes**

Selon les projections de la DREES de 2009, une baisse du nombre de médecins de 10% par rapport au niveau de 2006 est à prévoir dans les dix prochaines années (Attal-Toubert et

Vanderschelden, 2009). « Ce creux démographique pourrait aviver les difficultés liées aux inégalités territoriales de répartition, même si sa durée apparaît relativement limitée » (Cour des comptes, 2011). D'autant plus que si l'on prend en compte la croissance de la population, cette diminution serait de l'ordre de 16%.

Plus profonde que les inégalités de santé qu'elle révèle, la baisse de la démographie médicale témoigne d'une médecine générale en crise. Malgré les quelques avancées en vue d'une plus grande reconnaissance et affirmation de la médecine générale dans le champ de la santé, celle-ci souffre toujours d'un manque de repères et de considération. « Les généralistes ont l'impression de devoir pallier les insuffisances du système de santé », et il est souvent évoqué leurs « difficultés d'être le coordinateur du système de soins » (Bloy, 2010 a) :

« De la métaphore guerrière du front (« première ligne »), on glisse vite vers celle du tri des déchets (« on n'est que des débroussaillers de merde », « on est des dépotoirs à angoisse ») pour exprimer les difficultés de la polyvalence du médecin de proximité et la réception de patients présentant des problèmes indifférenciés. » (Bloy, 2010)

Face à cette situation de crise de la médecine générale, de diminution future du nombre de médecins impliquant une baisse du temps médical, et face au constat silencieux de leur incapacité à faire bouger les lignes entre les professions (Intervention de Pierre-Louis Bras, 7 février 2011), les pouvoirs publics s'en remettent au « terrain » et laissent aux professionnels de santé l'initiative de projets pouvant permettre de réformer le système. L'ARS est là pour promouvoir et « impulser des modes innovants d'organisation »<sup>93</sup>. Or, les freins culturels et historiques sont profonds.

Si la loi HPST prévoit, dans son article 51, la possibilité pour les professionnels de mettre en place des protocoles de coopération entre eux permettant un transfert de tâches – et tout particulièrement des médecins vers les infirmier-e-s –, dans les faits cela est encore peu d'actualité. La Cour des comptes souligne dans son rapport de 2011 sur la sécurité sociale un « bilan mi-2011 en termes de nombre de protocoles de coopération signés [...] très décevant ». La « lourdeur excessive de leur dispositif de validation » pèse sur les initiatives, le système mis en place restant bureaucratique. Il en est de même pour les maisons de santé que l'ARS a vocation à soutenir, accompagner et financer, ou pour la permanence des soins, qui, malgré un engouement politico-administratif et « un grand intérêt compte tenu des aspirations des jeunes médecins » (Cour des comptes, 2011), produisent encore peu d'effets. De manière

---

<sup>93</sup> Site de l'ARS Rhône Alpes : <http://www.ars.rhonealpes.sante.fr/>

générale, la Cour des comptes les considère les mesures organisationnelles prévues par la loi HPST comme « des potentialités encore peu exploitées ». Selon celle-ci, « pris isolément, les dispositifs existants, conçus chacun indépendamment des autres, ont une efficacité très limitée et ne sont pas à la hauteur des enjeux de répartition des médecins. [...] Il convient de fait d'utiliser plus efficacement l'ensemble de la palette des dispositifs sauf à se résigner à des inégalités qui sont sources de pertes de chance pour une partie de la population ».

Ainsi les cloisonnements du système de santé demeurent et les ARS se trouvent relativement limitées dans leur marge de manœuvre, faute de leviers d'action et de moyens humains et financiers suffisants. Le rapport Hubert dresse les recommandations suivantes :

« Si la volonté de remédier à la création de déserts médicaux et d'organiser les soins de proximité est réelle, deux préalables doivent être satisfaits : apprécier les besoins en offre de santé de proximité de façon incontestable selon une méthodologie identique pour les régions, et doter les ARS de professionnels pour accompagner ces projets dont le nombre va grandissant mais dont le montage et le contenu ne sont pas toujours efficaces. » [...]

Les « Agences Régionales de Santé, créées par la loi HPST, il importe d'en renforcer le rôle. Pour cela, il faut leur donner de vraies marges d'autonomie, les doter des moyens humains et financiers nécessaires à la conduite de leurs missions, inscrire leur action dans la durée, leur donner pleine compétence sur la gestion du risque, les inviter à conclure des contrats non à l'échelle individuelle des praticiens mais avec leurs représentants régionaux et les regroupements de professionnels, faire d'elles les « conseillers » santé des collectivités territoriales. »

Comment donner de « vraies marges de manœuvre » aux ARS quand l'assurance maladie conserve ses compétences en matière de médecine de ville ? C'est à travers leurs quelques leviers d'action que les ARS doivent structurer une politique cohérente et basée sur le partenariat avec les caisses d'assurance maladie pour y parvenir. Or, les moyens humains et financiers dévolus à l'offre ambulatoire et au premier recours dans les ARS sont faibles lorsqu'on les compare à ceux de l'hospitalier ou du médico-social par exemple. L'ARS Rhône Alpes où fut réalisée l'observation participante en fournit un bon exemple.



## **2. Le sous-dimensionnement du service offre ambulatoire de l'ARS Rhône Alpes**

### **2.1. Un manque d'ampleur et de visibilité**

Le service offre ambulatoire de l'ARS Rhône Alpes appartient au pôle organisation et régulation de l'offre de soins, lui-même rattaché à la direction de l'efficience et de l'offre de soins<sup>94</sup>. Au siège de l'ARS, à Lyon, le service est constitué de huit personnes. Sur ces huit personnes, deux travaillent en partie sur d'autres missions, rattachées à d'autres services du pôle. Se greffent également au service offre ambulatoire deux médecins, l'un s'occupant des questions des urgences et de permanence des soins, l'autre des réseaux de santé. N'étant officiellement rattachés à aucun service en particulier et donc à aucune hiérarchie directe mise à part celle de la direction, les médecins manquent, dans un service comme celui-ci où beaucoup se joue dans les relations avec les professionnels de santé. Selon un responsable à l'ARS Rhône Alpes, « le gros problème du service ambulatoire est qu'il n'y a aucune présence médicale à la tête [du service]. Or les professionnels de santé sur le terrain attendent un interlocuteur ». Et qui mieux que les médecins pour intervenir auprès des professionnels ? En plus du peu de médecins conseil ayant rejoint l'ARS, ceux-ci ne sont pas insérés dans le corps de l'organigramme interne de l'ARS. « Le gros problème de la DEOS [direction de l'efficience et de l'offre de soins] et de l'ARS, c'est l'organisation médicale qui dysfonctionne », poursuit le responsable.

A ce manque de structuration de l'entité médicale au sein de l'ARS, important facteur pour la légitimité institutionnelle sur le terrain, s'ajoute le problème majeur du manque de personnels et de moyens financiers. Pour un responsable, « il y a de moins en moins de ressources financières et il ne faut pas penser qu'il y aura plus de moyens sur l'ambulatoire. [...] C'est sûr qu'on manque de moyens. [...] Il faut partir du principe qu'on n'aura pas plus de moyens et qu'il faut faire avec ». Un autre responsable confie qu'il a « le sentiment que le service est sous-dimensionné au regard des enjeux », et que « pour le boulot [qu'il fait, ils] pourraient être deux. [...] Beaucoup de problèmes qu'on rencontre viennent du sous-dimensionnement de la cellule ». Mais pour Denis Morin, ancien directeur général, « le service de l'ARS s'est construit à partir de l'existant ».

---

<sup>94</sup> Voir l'organigramme de l'ARS Rhône Alpes en annexe.

« Les maisons de santé marchent très bien en Rhône Alpes. On se base sur des micro-territoires qui correspondent à peu près à la maille cantonale [...] et permet une vraie proximité. [...] Après, chaque projet est spécifique, c'est le grand défi lancé aux ARS. Il n'y a pas forcément besoin d'un gros service », selon Denis Morin.

Ceci étant, moins de dix personnes en charge de l'ambulatoire sur plus de 400 agents travaillant au siège, ce n'est « qu'une toute petite poignée », selon une personne du service.

Au huit personnes travaillant sur la question au siège, se rajoute la vingtaine de personnes qui y est affectée dans les délégations territoriales départementales – DTD. En tout, une trentaine de personnes, sur les plus de 800 que compte l'ARS Rhône Alpes, « noyés dans les ressources hospitalières »<sup>95</sup>. Le choix fait en Rhône Alpes est celui d'une direction de l'efficience et de l'offre de soins structurée autour de trois pôles : organisation et régulation de l'offre de soins ; financement de l'offre de soins ; et professionnels de santé, qualité et performance. Au début de l'ARS, le service de l'offre ambulatoire, rattaché sans grande évidence au premier pôle, n'avait pas été envisagée comme une composante propre de la direction. Un responsable du service explique qu'il a fallu « se battre » pour faire reconnaître la spécificité et l'importance d'un service consacré au premier recours, ou à défaut, à l'ambulatoire, dans une direction essentiellement hospitalière. Le service a finalement été prévu, avec un lien direct avec le directeur efficience de l'offre de soins.

Ceci étant, la plupart des responsables de cette direction sont issus du monde hospitalier des ARH – le directeur de la direction est l'ancien directeur général de l'ARH de Haute Normandie, sa directrice adjointe est une ancienne correspondante locale de la CRAM pour l'ARH de Rhône Alpes, et les directeurs de trois pôles de la direction occupaient tous des fonctions au sein de l'ARH de Rhône Alpes, dans leur branche respective d'organisation des soins, d'allocation de ressources et d'efficience. En fait, l'organigramme de la direction efficience et offre de soins, à laquelle est rattaché le service offre ambulatoire, a conservé les grandes lignes de structuration de l'ARH Rhône Alpes. Ceci conduisant de fait à une place peu visible du service, malgré le fait que les maisons de santé et la PAPS soient une des priorités de l'agence.

Dans d'autres ARS pourtant, le choix a été clairement fait de distinguer un pôle, voire même une direction à part entière pour l'offre ambulatoire ou le premier recours. 14 ARS sur les 26

---

<sup>95</sup> Expression d'une personne du service.

ont créé un échelon visible dans leur organigramme général – correspondant au niveau des « pôles » en Rhône Alpes<sup>96</sup> –, spécifique au premier recours ou à l'ambulatoire. Deux ARS ont carrément fait le choix d'une direction où le terme « offre ambulatoire » est explicitement mentionné dans son appellation<sup>97</sup>. Au niveau national, la DGOS dispose quant à elle d'un bureau identifié « premier recours » directement rattaché à la direction de la régulation de l'offre de soins.

## 2.2. Un service peu aidé

Autre signe du primat de l'hospitalier dans la structuration de l'ARS Rhône Alpes et de sa politique, les territoires de santé du SROS-PRS arrêtés par l'agence se basent sur un découpage départemental et interdépartemental qui reprend en grande partie les bases de définition des territoires du SROS 3, c'est-à-dire les bassins hospitaliers. Par agrégations des différents bassins, le nombre de territoires de santé en Rhône Alpes est ainsi passé de 13 à 5. Aussi les territoires de santé rhône-alpins sont-ils prioritairement fondés sur les flux hospitaliers, et non sur les flux ambulatoires. « Les territoires se sont construits sous l'angle sanitaire, ce qui est complètement justifié, explique Denis Morin. C'est par rapport aux réalités sanitaires que le secteur s'organise. Ce n'est pas de l'hospitalo-centrisme ».

Toutefois, si la loi HPST apporte une vision davantage hiérarchisée de l'offre devant favoriser une prise en charge transversale et graduée, les cloisonnements demeurent dans l'organisation interne. Il n'y a par exemple pas eu l'instauration de liens réguliers entre le service ambulatoire et la direction handicap et grand âge, alors même que les problématiques médico-sociales sont structurantes dans la définition des besoins de la population d'un système basé sur la proximité, et alors même que l'ARS se donne pour priorité de créer des filières gérontologiques sur tout le territoire de la région. Et ce dans une logique globale et transversale de santé impliquant les professionnels de santé du premier recours. Or les deux secteurs restent, d'un point de vue organisationnel interne à l'ARS, relativement centrés sur eux-mêmes et peu tournés vers ce que fait l'autre. Un responsable, anciennement à l'URCAM, explique qu'il a pendant « très longtemps été habitué à ne pas travailler que sur l'ambulatoire. Ici, on a un re-cloisonnement ».

<sup>96</sup> Un niveau hiérarchique en dessous de celui des différentes directions.

<sup>97</sup> « Direction de l'offre ambulatoire, de la prévention et de la promotion de la santé », pour l'ARS Auvergne, et « Direction de l'ambulatoire et accès à la santé » pour l'ARS Lorraine.

« Il faut s'appuyer sur les DTD et la PAPS que l'on fait monter en puissance. L'ARS s'occupe de l'animation stratégique, et à charge pour les personnes sur le terrain de mettre en œuvre », explique un responsable. Le délestage vers les acteurs de terrain ou les personnes au contact du terrain – les DTD –, même si elles sont peu formées sur ces questions – apparaît comme une solution pour faire face à ce manque cruel de moyens. On rejoint ici encore l'idée évoquée dans la première partie de ce document, du terrain comme soupape de décompression.

Mais « la départementalisation de l'agence [en DTD] supposait d'abord un temps de formation qui n'a pas eu lieu et qui peut poser problème vis-à-vis des partenaires », explique un responsable. C'est aujourd'hui une grande difficulté aussi bien pour le siège que pour les équipes des DTD qui ne sont pas formées aux questions ambulatoires et plus particulièrement aux questions de premier recours. « Les DTD sont des personnes qui viennent des DDASS et qui n'ont jamais été dans le privé. Elles ne sont pas forcément formées pour le discours. Au moment où le directeur leur a dit qu'elles étaient les portes d'entrée, les DTD étaient pommées. Elles ne sont pas encore armées », explique un responsable. Les deux responsables du service offre ambulatoire ont donc décidé, en juin 2010, d'organiser une journée d'information aux DTD à Lyon, pour expliquer « tout ce qui se passait et ce qu'on faisait ». Mais ce fut la seule « formation ».

De surcroît, le lien fonctionnel et non hiérarchique qui lie le service offre ambulatoire du siège aux services responsables de l'ambulatoire en DTD ne facilite pas la structuration de la politique de l'agence. Et ce d'autant que les personnes en charge de l'ambulatoire en DTD partagent bien souvent leur temps avec d'autres missions relevant d'un domaine tout autre.

Face à ce que l'on peut appeler l'inaboutissement de la réforme introduite par la loi HPST en matière de premier recours, et face à la crise que traverse la médecine de ville, les ARS vont tenter de développer, avec les moyens qui sont les leurs, les outils qui sont mis à leur disposition.

## **Chapitre 3 : La genèse d'un service unique**

« Face à une crise identitaire, nous devons aller vite. Vite. [...] Je souhaite qu'on ait pris toutes les décisions en matière de médecine de proximité en 2011. [...] Donc en résumé on va décider vite », déclare Nicolas Sarkozy à Orbec lors de la table ronde dédiée à la médecine de proximité, en décembre 2010. Suite à cela, il annonce la création d'« un guichet unique au sein de l'agence régionale pour tous ceux qui veulent créer un pôle. [...] Au lieu de compliquer la vie de ceux qui sont motivés, j'aimerais qu'on la simplifie ».

### **1. Un constat d'éclatement des acteurs de premier recours**

#### **1.1. Le rôle évident de l'assurance maladie**

La création des ARS résulte de la volonté de mettre en place des instances uniques chargées du pilotage régional de la politique de santé dans sa globalité, en y incluant les soins de premier recours. Certes les ARS remplacent une multitude d'acteurs auparavant éclatés, mais en matière de premier recours et d'offre ambulatoire, elle ne reprennent « que » les ressources des URCAM. Un des premiers constats du secteur du premier recours reste son éclatement d'acteurs. Une multitude intervient sur ce champ et auprès des professionnels de santé, malgré l'instauration de ce lieu unique de développement de l'offre de santé que sont les ARS. L'idée des ARS n'était effectivement pas de rassembler l'ensemble des prérogatives des acteurs, mais d'en permettre un pilotage régional cohérent.

L'assurance maladie demeure bien entendu, le premier acteur, incontournable, du premier recours pour les ARS, détenant toujours ses prérogatives en tant que gestionnaire du système conventionnel et de tout ce qu'il comprend, et financeur de nombreux dispositifs d'aides incitatives pour l'installation des professionnels dans les zones fragiles – et plus particulièrement des médecins.

Néanmoins, comme cela est prévu par le code de la santé publique<sup>98</sup> et la convention d'objectifs et de gestion signée entre l'Etat et la CNAMTS<sup>99</sup>, les ARS gèrent désormais, au

---

<sup>98</sup> Article L. 1434-14

côté de l'assurance maladie, la politique de gestion du risque. La gestion du risque doit s'entendre comme une intervention sur le risque dans sa dimension financière, c'est-à-dire une maîtrise de l'évolution des dépenses de santé « pour préserver la soutenabilité du système de soins tout en maintenant et même en améliorant la qualité des soins dispensés »<sup>100</sup>. Mais la gestion du risque comprend aussi la prévention des maladies et la limitation de leur aggravation. Elle promeut donc « un juste recours aux soins », « une offre de soins adaptée en quantité et en qualité », ce qui implique d' « agir auprès des professionnels de santé de ville et des établissements »<sup>101</sup>. Les ARS font ainsi la synthèse du programme national de gestion du risque rassemblant les actions spécifiques à l'assurance maladie et celles conduites en commun, et y rajoutent une partie régionale comprenant des thèmes complémentaires liés aux problématiques spécifiques de chaque région. C'est ainsi que les ARS préparent, arrêtent et évaluent le programme pluriannuel régional de gestion du risque, qui est un des programmes opérationnels du projet régional de santé (PRS). Tout cela dans une logique de coordination et de concertation avec l'assurance maladie – mise en place d'une commission régionale de gestion du risque –, traditionnellement unique coordinatrice de la gestion du risque au niveau régional.

## **1.2. L'importance des instances représentatives des professionnels de santé**

Outre l'assurance maladie, les instances représentatives des professionnels de santé sont également des intervenants majeurs dans le système de premier recours. L'article 123 de la loi HPST et le décret du 2 juin 2010<sup>102</sup> créent dans chaque région une Union Régionale des Professionnels de Santé – URPS –, pour chaque profession, rassemblant « les représentants des professionnels de santé exerçant à titre libéral »<sup>103</sup>. Les URPS remplacent les anciennes Unions Régionales des Médecins Libéraux – URML – et « contribuent à l'organisation de l'offre de santé régionale » et participent à la préparation du PRS, du SROS, à l'organisation de l'exercice professionnel (permanence des soins, nouveaux modes d'exercice, maisons de

---

<sup>99</sup> Convention d'objectifs et de gestion entre l'Etat et la CNAMTS pour la période 2010-2013, signée le 27 avril 2010

<sup>100</sup> Site de l'ARS Rhône Alpes, <http://www.ars.rhonealpes.sante.fr/>

Le risque étant compris « comme tout ce qui génère des dépenses de santé : apparition et aggravation de la maladie, coût du maintien de l'insertion dans la société des personnes atteintes de pathologies chroniques ».

<sup>101</sup> Site de l'ARS Rhône Alpes, <http://www.ars.rhonealpes.sante.fr/>

<sup>102</sup> Décret n°2010-585 du 2 juin 2010 relatif aux unions régionales de professionnels de santé.

<sup>103</sup> Il existe donc l'URPS médecins (généralistes et spécialistes), l'URPS infirmiers, l'URPS masseurs kinésithérapeutes, l'URPS pharmaciens, l'URPS chirurgiens dentistes, l'URPS sages-femmes, URPS pédicures podologues, l'URPS orthophonistes, l'URPS orthoptistes et l'URPS biologistes.

santé, etc.). Selon Gilles de Lacaussade, « l'avenir est sans doute dans les liens avec l'URPS ». Elles sont un partenaire majeur de l'ARS en cela qu'elles représentent les professionnels de santé au sein de l'agence, et font entendre leurs voix sur les projets et la politique de l'agence. Elles pourraient être considérées comme les bras droits de l'ARS sur la question de l'ambulatoire si les relations étaient moins tendues<sup>104</sup> – en Rhône Alpes en tout cas.

Les conseils des ordres des différentes professions de santé tiennent également une place importante dans le système ambulatoire et de premier recours, puisqu'ils sont les instances historiques garantes des intérêts, de l'indépendance et de la déontologie des professions. A travers l'inscription des professionnels au tableau de l'ordre, ils disposent d'un rôle réglementaire et sont garants de l'autorisation d'exercice des professionnels.

### **1.3. Les collectivités territoriales, acteurs de terrain**

Enfin, les collectivités territoriales jouent souvent un rôle important mais inégal selon les collectivités en matière de premier recours. Acteurs de « terrain » qui tirent leur légitimité du suffrage universel de la population, ce sont généralement les premiers confrontés à la question de l'offre de santé de proximité et à la problématique des déserts médicaux. Les communes, communautés de communes, conseils généraux et parfois conseils régionaux sont nombreux à investir pour mettre en place des solutions face à ces problèmes ; ils prennent souvent la décision de créer une maison ou un pôle de santé, engagent des aides financières incitatives à l'installation pour les professionnels de santé – et tout particulièrement pour les médecins – ou prévoient des exonérations de taxe professionnelles pour les installations dans certaines zones par exemple.

Les collectivités territoriales œuvrent donc également à leur niveau, pour le maintien de l'offre de santé de proximité. A ce propos le rapport Hubert souligne :

« En amont de la présentation de projets par les promoteurs, les ARS devront jouer un rôle de conseiller des collectivités territoriales dont on peut penser qu'il a fait défaut par le passé, quand on constate que certaines d'entre elles ont construit des maisons de santé qui n'ont jamais ouvert faute de professionnels pour y travailler. »

---

<sup>104</sup> Nous y reviendrons dans la Partie 3 de ce travail, à propos de la PAPS.

Le rôle des collectivités territoriales n'est donc pas toujours pertinent et il convient à l'ARS de travailler avec celles-ci pour plus d'efficacité.

Financièrement parlant, l'Etat et ses préfetures disposent aussi de mécanismes d'aides incitatives à l'installation pour les professionnels de santé s'installant dans certaines zones<sup>105</sup> ou pour les communes ou communautés de communes qui entreprennent la construction d'une maison ou d'un pôle de santé<sup>106</sup>. Ils sont des appuis financiers importants pour les collectivités.

Les ARS ont donc en face d'elles de multiples acteurs impliqués à des niveaux différents sur le champ du premier recours ou plus largement celui de l'ambulatoire. Des aides et procédures d'installation aux orientations de la politique de santé en régions en passant par le soutien aux initiatives de maisons de santé, les acteurs du premier recours interviennent tous de manière complémentaire mais peu claire sur les différents pans du secteur.

C'est face à cet éclatement des acteurs et de leurs prérogatives, et parce que les conventions nationales négociées entre les syndicats et les organismes d'assurance maladie, seuls véritables outils de régulation de l'exercice des libéraux, restent entre les mains de l'assurance maladie, que les ARS ont ce rôle de « chevilles ouvrières des futurs regroupements des professionnels de santé » (Rapport Hubert, 2010, p. 121), et celui de coordinatrices des multiples acteurs du premier recours.

## **2. L'idée d'un « service unique »**

### **2.1. La formalisation de l'idée**

Face à cette myriade d'acteurs aux prérogatives aussi diverses que peu connues des professionnels de santé, la loi HPST prévoit la mise en place dans chaque ARS d'un « guichet unique », ou plus exactement selon les termes de la loi, d'un « service unique d'aide à l'installation des professionnels de santé » que les ARS « contribuent à mettre en œuvre ».

<sup>105</sup> Notamment zones franches urbaines – ZFU, et zones de revitalisation rurale – ZRR.

<sup>106</sup> Plan national de 250 maisons de santé pluridisciplinaires sur la période 2010-2013 décidé par le Comité Interministériel d'Aménagement et de Développement du Territoire du 11 mai 2010, plan lancé par Nicolas Sarkozy.



Si cette mesure est pour la première fois inscrite dans la loi, l'idée avait déjà été évoquée lors des états généraux de l'organisation de la santé de 2007-2008. Cette idée fut notamment avancée par les représentants des internes de médecine générale, qui soulignaient un grand flou dans les procédures à effectuer lors de leur installation et la complexité de trouver le bon interlocuteur. La synthèse des travaux des deux journées nationales des 8 février et 9 avril 2008<sup>107</sup> proposait alors de :

« Mettre en place un guichet unique d'aide à l'installation des professionnels de santé de premier recours. [...] Ce guichet unique réunirait le réseau de l'assurance maladie, y compris les ordres, les URML, l'URCAM, l'URSAFF, les actuels services déconcentrés de l'Etat, les collectivités territoriales et les représentants locaux des professionnels de santé (à terme les URPS). [...] Il aurait pour mission :

- a. l'information sur l'ensemble des aides publiques existantes venant de l'Etat, de l'assurance maladie et des collectivités territoriales,
- b. l'aide à la décision des professionnels de santé sur leur lieu d'installation, en mutualisant les informations disponibles sur l'environnement et en particulier les facteurs d'attractivité du bassin de vie,
- c. l'accompagnement des professionnels de santé et notamment des médecins dans les premiers mois d'exercice, ainsi que les structures professionnelles existant au niveau du bassin de vie.

Faire de ce guichet un espace de partenariat au service des professionnels de santé pour leur installation. » (p. 17)

La loi HPST cependant, n'en dit que très peu sur ces services ou guichets uniques. Simplement, ils concernent « l'installation des professionnels de santé ». Dès la parution de la loi HPST, un travail va donc s'engager dans les équipes de préfiguration des ARS.

## **2.2. Le déroulement en Rhône Alpes**

En Rhône Alpes, nous l'avons évoqué dans la première partie, différents ateliers thématiques sont organisés pour décliner un programme de travail pour l'ARS, au moment de sa création. Un groupe « permanence des soins et désertification médicale » est constitué, et une quinzaine de volontaires le rejoignent. Le groupe se dissocie entre la thématique « permanence des soins », et la thématique « désertification médicale ». A l'issue de ses travaux, il propose cinq fiches action. La direction de la stratégie et des projets – DSPro, fait une synthèse des fiches

---

<sup>107</sup> Direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins, Observatoire national de la démographie des professions de santé, *Etats généraux de l'organisation de la santé (EGOS). Synthèse des travaux des 2 journées nationales (8 février et 9 avril 2008)*, Paris, 2008.

des différents groupes et les priorise. Sur les cinq fiches proposées par le groupe désertification médicale, une seule est retenue, et c'est celle visant à « mettre en place un service unique d'aide à l'installation des professionnels de santé, tel que prévu par l'article L. 1431-2 du code de la santé publique », à la déception du "pilote" du groupe pour qui « la priorité était les zones fragiles ». Cette fiche retenue devient « l'action n°5 » du programme de travail 2010 de l'ARS Rhône Alpes, sur les 31 actions qu'il comprenait. Le groupe se réajuste, fait appel à certaines DTD, et il continue à travailler en interne sur la manière de décliner cette « action n°5 ». Il s'appuie notamment sur les « livrables » de la mission Baudier « ARS et offre de soins ambulatoire », qui décline des recommandations et des modalités concrètes de mise en place de ce guichet unique, que la mission nomme « cellule d'appui "Territoires et Santé" ». Le rapport Hubert, qui paraît fin 2010, préconise à son tour de « se donner les moyens de ses ambitions » et de « faire des ARS le "guichet unique" des aides financières » (p. 95) :

« Il n'y a pas de politique globale d'incitation sans coordination et fléchage des aides. Ceci n'existant pas actuellement, il en résulte un grand manque de lisibilité et d'efficacité. Il est nécessaire de communiquer sur les possibles financements auprès des internes et jeunes médecins, de centraliser toutes les informations utiles et de coordonner les financements dans le cadre du "guichet unique" au sein des ARS. La mise en place d'un point unique de l'information et de la coordination des aides, facilement identifiable, facilitera l'entrée des démarches des acteurs concernés et permettra un meilleur accompagnement des porteurs de projet ».

Les réunions du groupe ont lieu d'octobre 2010 à janvier 2011 et dessinent trois axes de développement du service unique : la mise en place d'un dispositif d'appui et d'accompagnement des projets de regroupement pluriprofessionnel ; le développement d'actions avec les facultés de médecine en vue d'accompagner les étudiants et internes en médecine générale ; et la facilitation et la simplification des démarches administratives liées à l'installation en secteur libéral.

Finalement fin 2010, la DGOS réunit des ateliers inter-ARS et « aspire » tous les travaux menés en ARS. En mars-avril 2011, lors des séminaires des directeurs généraux d'ARS, la DGOS fait un retour des éléments de ce service unique, dont elle annonce alors la création prochaine. Un responsable de l'ARS Rhône Alpes témoigne à ce propos :

« J'étais énervé, parce que j'avais énormément travaillé dessus, explique l'ancien "pilote" du groupe en charge de l'action n°5 à l'ARS Rhône Alpes. Je pensais qu'en trois mois on allait mettre en place ce service unique, qu'on allait définir le cadre [...] et qu'on pourrait l'ouvrir aux partenaires extérieurs. Ce

n'était pas clair que le national allait donner un cadre. On pensait que chaque ARS allait faire un peu comme elle voulait. La DGOS est partie des ateliers [inter-ARS] sans dire qu'elle allait faire quelque chose ! »

Après de longs mois de réflexion et de structuration d'un éventuel service unique d'aide à l'installation au sein des ARS, le national impose finalement le cadre général, à toutes les agences. Les services uniques seront des PAPS, Plateformes d'Appui aux Professionnels de Santé, et elles ouvriront dans chaque région le 1<sup>er</sup> juillet 2011.

Le contexte définit par le national est celui d'un manque de connaissances et d'informations des conditions d'exercice en libéral, des aides à l'installation existantes et d'une difficulté à identifier le bon interlocuteur pour les professionnels de santé de premier recours. A cela s'ajoute une offre de services à l'installation éclatée entre de nombreux acteurs (CPAM, URPS, ARS, instances ordinales...) et variable selon les régions. Le national prévoit donc la création d'un service unique d'aide à l'installation des professionnels de santé, portée par la loi HPST, dans le but de faciliter l'accès à l'information et d'aider les professionnels de santé de premier recours dans l'exercice de leurs missions. Le service est mis en œuvre sous la coordination des ARS.

## **Conclusion**

Une organisation du système de santé centrée sur le premier recours est depuis longtemps la réalité de fonctionnement de nombreux pays. En France, ce mode de penser le système est nouveau et a mis du temps à émerger. Pour la première fois la loi HPST, le 21 juillet 2009, définit les soins de premier recours et leur consacre une place centrale dans l'organisation générale du système de santé. La proximité devient un élément structurant de l'offre de santé. Les ARS, créées dans la logique de transversalité et de globalité des politiques de santé décrite précédemment, sont chargées de piloter régionalement la politique ambulatoire et plus particulièrement celle du premier recours.

Toutefois, les caisses de l'assurance maladie, acteurs traditionnellement en charge des soins de ville, ne rejoignent pas les effectifs des ARS et conservent leurs prérogatives en la matière puisque le système conventionnel leur demeure rattaché. Seul véritable outil de régulation de l'installation des professionnels de santé libéraux de premier recours, les ARS voient ainsi leur marge de manœuvre relativement limitée sur le premier recours. Elles constituent les pilotes de la politique ambulatoire dans sa globalité, associant et coordonnant les multiples acteurs qui interviennent sur ce champ, et laissant l'initiative aux professionnels de santé de réformer le système par des projets d'organisation innovants qu'elles soutiennent et accompagnent.

Un constat quasi unanime de tous les acteurs rencontrés et des différents articles scientifiques se dessine, affirmant que le champ ambulatoire sur lequel ont vocation à intervenir les ARS, manque de moyens. Les outils dont les ARS disposent pour agir sur l'ambulatoire et le premier recours tendent essentiellement à faire émerger de nouvelles dynamiques d'organisation de l'offre. Peu de ces outils sont aujourd'hui réellement probants, et l'éclatement des acteurs intervenant sur le premier recours demeure un facteur fragilisant de la construction d'une nouvelle organisation du système. La création d'un « service unique d'aide à l'installation » par la loi HPST – les PAPS, Plateformes d'Appui aux Professionnels de Santé –, coordonné par l'ARS, représente une volonté de regrouper ces multiples intervenants pour enclencher une dynamique commune sur le premier recours.

Le principe du service unique a été inscrit dans la loi, puis il a été élargi et s'est enrichi progressivement de nouvelles missions, et recouvre désormais une configuration plus étoffée que celle qui était prévue dans la loi. En Rhône Alpes, il a été fait le pari que la PAPS synthétiserait la plupart des thématiques que le service ambulatoire a vocation de traiter.

### **Partie 3 : La Plateforme d'Appui aux Professionnels de Santé (PAPS), cristallisateur des enjeux du premier recours**

Les Plateformes d'Appui aux Professionnels de Santé – PAPS – sont révélatrices des changements en cours, des enjeux de la coordination autour et au sein des ARS. Mais sont-elles l'outil miracle pour les ARS pour mener leur politique de premier recours ? En Rhône Alpes, il a été fait « le pari »<sup>108</sup> que la PAPS regrouperait la plupart des champs d'action relevant de l'ARS. Cette simple ligne du conséquent article 118, pourrait apparaître comme le principal outil aux mains de l'ARS en matière de premier recours.

La loi confère aux ARS une mission de décloisonnement et à ce titre, elles sont chargées de « réguler, d'orienter et d'organiser, notamment en concertation avec les professionnels de santé, l'offre de services de santé, de manière à répondre aux besoins en matière de soins et de services médico-sociaux, et à garantir l'efficacité du système de santé »<sup>109</sup>. Les PAPS sont en région des « guichets uniques ». Elles constituent l'accès central à l'information à partir duquel les professionnels de santé sont orientés vers la ressource adaptée, c'est-à-dire les partenaires de la plateforme. Les enjeux de la PAPS sont multiples : faciliter l'accès à l'information et la lisibilité de celle-ci, assurer la qualité de la réponse et l'accompagnement des professionnels si besoin, simplifier et harmoniser les informations entre les différents partenaires et améliorer la répartition territoriale de l'offre de soins.

Cependant, la concertation et la coordination des partenaires que l'ARS doit mener pour parvenir à une politique commune aux différents acteurs intervenant sur le champ du premier recours est un travail de longue haleine. La *path dependence* des acteurs est une variable importante dans la nouvelle politique que l'ARS tente d'initier, tout comme la prédominance des intérêts de chacun. Les modèle des « trois i » de Peter Hall, tendant à distinguer trois approches d'analyse non exclusives dans les dynamiques de construction des politiques publiques, aide ici à comprendre les freins auxquels est confrontée l'ARS dans sa tentative d'établir une politique commune à de multiples acteurs en matière de premier recours. Les

---

<sup>108</sup> Terme employé par un responsable de l'ARS Rhône Alpes.

<sup>109</sup> Loi HPST, 21 juillet 2009, art. L 1431-2.

Intérêts, les Institutions et les Identités professionnelles – on préférera ce terme à celui d'Idées –, structurent la dynamique de l'ARS en action (Palier et Surel, 2005).

Face à ces jeux d'acteurs, la PAPS peut se lire comme la synthèse des enjeux auxquels se heurte l'ARS. « L'ARS est un acteur parmi d'autres », selon Denis Morin, et elle « contribue » simplement « à mettre en œuvre » ce service unique, selon la loi. Cela laisse présumer la difficulté à mener la concertation auprès des autres partenaires et à mettre en œuvre des actions, puisque celles-ci sont censées venir du « terrain ». Il s'agit « d'accompagner » les professionnels dans leurs projets, pas de les leur imposer. On retrouve ici cette idée centrale que les ARS ne sont pas là « pour faire à la place » des acteurs de terrain, mais bien pour les guider et les appuyer.

Face à ces données, il s'agira de voir et de comprendre en quoi la PAPS peut être vecteur de succès dans la politique de premier recours menée par l'ARS. Nous nous baserons sur la PAPS de l'ARS Rhône Alpes, objet du stage. Il conviendra tout d'abord de définir plus en détail ce qu'est la PAPS et quel est son but (Chapitre 1), puis, il s'agira de voir dans quelle mesure la PAPS est un outil de politiques publiques (Chapitre 2). Nous nous appuierons pleinement, dans cette dernière partie, sur l'observation participante menée dans le service offre ambulatoire de l'ARS Rhône Alpes, et plus particulièrement sur l'enquête menée auprès des partenaires de la plateforme.

## **Chapitre 1 : Définition des contours de la PAPS**

*« L'idée, c'est de simplifier, simplifier, simplifier »*

(Xavier Bertrand, ministre de la santé, Deauville, le 21 janvier 2011,  
12<sup>ème</sup> congrès des internes de médecine générale)

« Avant le 1<sup>er</sup> juillet 2011 nous voulons des portes d'entrée uniques opérationnelles pour tous les professionnels de santé qui voudraient créer un pôle de santé avec les élus. Parce que le parcours du combattant est magnifique. [...] Un guichet unique au sein de l'agence régionale pour tous ceux qui veulent créer un pôle. [...] Au lieu de compliquer la vie de ceux qui sont motivés, j'aimerais qu'on la simplifie », déclarait Nicolas Sarkozy le 1<sup>er</sup> décembre 2010 à l'occasion de la table ronde sur la médecine de proximité à Orbec, dans le Calvados.

L'idée de créer ces « guichets uniques », ces PAPS, remonte à bien avant la fin 2010, mais c'est à partir de cette période que commencent à se dessiner assez nettement leurs contours. Il s'agit en effet pour l'essentiel, de « simplifier » et de faciliter les démarches pour les professionnels de santé souhaitant s'installer ou développer un projet d'exercice coordonné et/ou regroupé.

### **1. Simplifier le système pour lui rendre sa cohérence et lui donner une lisibilité**

« Instaurées par la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST), les Plates-formes d'Appui aux Professionnels de Santé (PAPS) ont pour objectif de faciliter l'orientation des professionnels de santé, en exercice ou en formation, sur les services proposés par les différents acteurs en région et de les accompagner aux différents moments clés de leur carrière »<sup>110</sup>.

Face à l'éclatement des acteurs du premier recours intervenants sur le champ du premier recours et auprès des professionnels de santé, aussi bien sur les questions d'installation, de conventionnement que d'aide aux projets, trois services ont été identifiés comme étant prioritaires pour la PAPS : informer et accompagner les étudiants, aider à l'installation des

<sup>110</sup> Communiqué de presse relatif à l'ouverture des 26 Plates-formes d'Appui aux Professionnels de Santé, 30 juin 2011, Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, Ministère des Solidarités et de la Cohésion sociale.

professionnels de santé, et accompagner les professionnels de santé dans leur projet d'exercice coordonné (appui et suivi). La plateforme pourrait ensuite s'enrichir d'autres services.

Le public cible de la plateforme est donc les professionnels de santé en exercice ou en formation, libéraux et/ou salariés. Il s'agit, via la plateforme, de faire en sorte qu'un professionnel qui se pose une question puisse être dirigé vers l'acteur le plus à même de l'aider, et de donner à chaque acteur régional une visibilité sur les services proposés par les partenaires. Elle a pour but de répondre aux problématiques d'organisation des soins de premier recours ; de rendre lisible l'offre de services et d'apporter un appui opérationnel aux projets ; de coordonner les différents services apportés par les partenaires ; et de mobiliser l'ensemble de ces partenaires régionaux et départementaux dans les instances de gouvernance et de pilotage.

En somme, la PAPS est un « guichet unique virtuel »<sup>111</sup>, une forme physique étant difficilement envisageable compte tenu de la multiplicité des partenaires réunis et de leurs compétences propres. La PAPS est donc un ensemble de services, dont un site Internet, accessible à tous et destiné aux professionnels de santé en formation, en exercice, souhaitant s'installer, se regrouper, etc. Le site Internet constitue le support de communication de l'organisation. Il est la partie « visible » de la plateforme. Mais la PAPS se décline surtout à travers les services aux professionnels de santé effectifs sur le terrain et proposés par les partenaires, et à travers ses instances de pilotage et de gouvernance.

Visant à rendre lisible, cohérente et accessible l'offre de services à destination des professionnels de santé dans la région, la PAPS est un outil de facilitation pour les professionnels, fonctionnant sur la mise en réseau des compétences et des services proposés par les différents partenaires. Associer les partenaires régionaux a pour but de mettre autour de la table tous les acteurs impliqués dans le dialogue avec les professionnels de santé.

Dans son rôle d'instance unique visant décloisonner et rendre plus cohérent le système de santé, l'ARS est chargée de la coordination des acteurs – ou partenaires – et de l'animation de la plateforme. C'est également au regard de ses missions en matière de premier recours que la coordination et la mise en place de la plateforme par l'ARS se justifie. Augmenter l'attractivité des professions médicales, promouvoir l'exercice libéral et favoriser une

---

<sup>111</sup> Terme employé dans l'article « Aide à l'installation et à la création de projets, Naissance du guichet unique virtuel », *Le Quotidien du médecin*, 30 juin 2011.



meilleure organisation de l'offre de santé dans les territoires sont les principales orientations de sa politique de premier recours.

Au-delà de la simplification des démarches pour les professionnels et de la lisibilité recherchée, la PAPS tente, en Rhône Alpes, de faire émerger, dans la concertation des différents acteurs et leur coordination, une politique régionale en matière de premier recours. La facilitation des parcours des professionnels de santé doit permettre à ceux-ci de se concentrer sur des projets d'organisation de l'offre innovants, que l'ARS et la plateforme accompagneront. Mais comme l'a souligné un partenaire de la plateforme, l'efficacité de la PAPS dépend du « mode incitatif, et non coercitif » sur laquelle celle-ci se base pour impliquer les partenaires et associer les professionnels de santé sur le terrain.

## **2. La PAPS : un projet collectif, une stratégie partenariale, une politique commune**

La PAPS est un projet collectif en cela qu'elle repose sur un partenariat entre les différents acteurs régionaux du premier recours et que l'ARS « contribue » uniquement à mettre en œuvre ce service unique. Les partenaires régionaux sont près d'une centaine en Rhône Alpes, intervenant auprès des professionnels de santé sur les questions d'installation, de formation, d'accompagnement ou de financement de projet d'exercice regroupé ou coordonné : les CPAM, les préfetures, les Conseils généraux, le Conseil régional, les Conseils départementaux et régionaux des ordres des professionnels de santé, les URPS, les MSA, la Fédération des Maisons de Santé en Rhône Alpes – FemasRA –, les facultés de médecine et instituts de formation, les représentants des étudiants. Ce partenariat a pour but, dans une logique de stratégie, de faire émerger une politique commune à l'ensemble des acteurs régionaux du premier recours.

Pour cela, le dispositif de pilotage de la plateforme réunit tous ces acteurs qui ont vocation à apporter de l'information et des services à destination des professionnels de santé. En Rhône Alpes, la PAPS repose sur un pilotage particulièrement complexe composé de trois types d'instances différentes.

Le comité régional d'appui aux professionnels de santé – alias CRAPS –, est l'instance de gouvernance de la plateforme. Il est une instance large de validation et il réunit de manière ponctuelle – une à deux fois par an –, les différents partenaires régionaux. Il décide des

orientations stratégiques, partage l'état d'avancement et valide les propositions de déploiement et les principaux travaux de la plateforme. Il dresse le bilan des actions menées au niveau régional sur l'ensemble des domaines de la PAPS et veille à la bonne articulation des acteurs.

Le comité technique régional et les espaces de concertation départementale sont les deux instances de pilotage de la plateforme. Le premier a vocation à réunir les partenaires du niveau régional – Conseil Régional, URPS, conseils régionaux des ordres, FemasRA, Faculté de médecine, etc. –, alors que les seconds, organisés dans chaque département, regroupent les partenaires du niveau départemental – conseils départementaux des ordres, conseils généraux, préfectures, CPAM, caisses de MSA, etc. Ces deux instances ont en théorie le même type de missions, mais celles-ci diffèrent légèrement dans les faits, étant données les différences de compétences des partenaires impliqués.

Le comité technique régional suit les demandes d'aide à l'installation individuelle, les étudiants et stagiaires en maisons de santé, les candidatures de maître de stage. Il suit également les dossiers de projets de maisons de santé et rend un avis collégial suite aux échanges des membres, en étudiant les différentes sources de financement possibles. Il définit des actions communes à destination des professionnels en formation ou en exercice (journées de formation, coopération interprofessionnelle, supports d'information...) et ébauche des pistes d'action à décliner ensuite au niveau départemental.

Les huit espaces de concertation départementale (correspondant aux huit départements de la région Rhône Alpes) se basent davantage sur la proximité. Ils reprennent les missions du comité technique régional mais, de surcroît, présélectionnent les projets à présenter dans le cadre de plans nationaux, organisent l'accompagnement des porteurs de projets de maisons de santé du département, désignent un référent pour chaque projet accompagné et en font un suivi.

A l'ARS, un « référent PAPS » a été identifié. C'est lui qui anime les réunions du comité technique régional et qui veille à l'organisation générale de la plateforme, à la centralisation et à la coordination des contributions des acteurs. Il est en quelque sorte le « pilote » de la PAPS. Les DTD de l'ARS Rhône Alpes sont également mobilisées, en tant que portes d'entrée pour les acteurs de terrain et dans le cadre de leur activité prioritaire d'animation territoriale. Se sont elles qui, d'une part, doivent porter la politique de l'agence au niveau local, dans les espaces de concertation départementale, et qui, d'autre part, sont chargées d'accompagner les professionnels, les élus, les associations dans le processus de regroupement de l'offre de santé.

L'organisation et le fonctionnement des instances de pilotage de la PAPS sont le reflet de la complexité de la concertation. Le nombre d'acteurs étant relativement important et les instances multiples, parvenir à faire émerger une politique commune, dans une optique partenariale se révèle délicat. C'est la règle de la diplomatie qui prime.

La contractualisation entre les acteurs de la plateforme n'est pas encore établie à ce jour en Rhône Alpes, même si elle semble être prévue. En effet, une charte ou une convention commune à l'ensemble des partenaires et signée par eux est un moyen d'une part, de disposer d'un texte commun aux partenaires permettant une lisibilité du fonctionnement, des activités, et des objectifs et buts poursuivis à travers la PAPS, et elle constitue d'autre part, un outil de coopération et de coordination. Elle « met en forme » et définit les « règles du jeu » et l'implication des partenaires dans la plateforme.

### **3. Une couche de coordination supplémentaire ?**

#### **3.1. La légitime coordination**

Le constat majoritaire des partenaires de la plateforme entendus lors de l'observation participante met en évidence la grande diversité des acteurs et la difficulté à les coordonner et à tous les gérer. La plupart ne se connaissent pas et les intérêts de chacun sont différents les uns des autres, ce qui ne débouche pas forcément sur quelque chose de « productif », selon plusieurs d'entre eux. Néanmoins, « mettre tout le monde autour de la table » permet d'échanger et d'apprendre qui fait quoi, et ceci est souvent mis en avant comme quelque chose de positif de la part des acteurs.

La quasi-totalité des partenaires reconnaissent que la coordination est essentielle, et que l'ARS est légitime et reconnue pour cela en tant qu'instance du décloisonnement des secteurs de la santé et de la simplification des organes du système. Nombreux sont ceux qui appellent à ce que ce travail en collaboration se développe davantage, et notamment la Fédération des Maisons de Santé de Rhône Alpes – FemasRA. A cet égard l'association occupe une place particulière dans les relations des partenaires avec l'ARS, leur collaboration existant depuis la création de cette première en 2008. Politiquement neutre, elle bénéficie d'une certaine reconnaissance auprès des professionnels de santé par les conseils que ses « tiers

facilitateurs » – eux-mêmes professionnels de santé – leur apportent. La FemasRA apporte à l'ARS un soutien public de taille dans le développement et la mise en œuvre de sa politique d'implantation des maisons de santé dans les territoires. Inversement, la FemasRA est en partie financée par l'ARS (via le Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins - FIQCS), ce explique le fait que ses membres soient ceux qui portent le discours le plus investi vis-à-vis de la PAPS.

### 3.2. Le flou et les craintes des partenaires

Toutefois, plusieurs partenaires manifestent leur retenue sur l'utilité de leur participation ; ceci est plus particulièrement exprimé par les préfetures et les conseils des ordres autres que les conseils des ordres des médecins : « lors du dernier espace de concertation départementale, on n'avait pas vraiment notre place »<sup>112</sup>, « j'ai participé en tant que spectateur »<sup>113</sup>, « on n'avait pas l'impression que les chirurgiens dentistes étaient bien concernés »<sup>114</sup>, « j'ai l'impression que c'était essentiellement pour les médecins ; j'ai eu l'impression d'arriver un peu comme un cheveu sur la soupe ; je n'ai pas senti que ma présence était indispensable »<sup>115</sup>, « il y avait une place très nette des médecins et des infirmiers »<sup>116</sup>.

Par ailleurs, une quinzaine de partenaires<sup>117</sup> semblent sceptiques sur la clarté et l'utilité même de la plateforme : « on ne sait pas trop où on veut en venir au niveau de la mise en place du dispositif »<sup>118</sup>. « Il n'y a aucune visibilité »<sup>119</sup>. Une position d'attente est souvent exprimée, souvent due au grand laps de temps qui s'est écoulé entre la première réunion qui a du être convoquée rapidement avec l'ouverture de la PAPS au 1<sup>er</sup> juillet, et la deuxième qui est intervenue plus tardivement. Plusieurs sont « dans le flou » par rapport à la traduction concrète de la PAPS ou à ce qu'elle va apporter. Ils ne comprennent pas forcément « qui fait quoi »<sup>120</sup>, ni même parfois à quoi sert la PAPS. Cette interrogation se manifeste particulièrement chez les conseils départementaux des ordres des professionnels de santé.

<sup>112</sup> La représentante d'une préfeture.

<sup>113</sup> La représentante d'un Conseil général.

<sup>114</sup> Le représentant d'un ordre départemental des chirurgiens dentistes.

<sup>115</sup> La représentante d'un ordre départemental des chirurgiens dentistes.

<sup>116</sup> La représentante d'un ordre départemental des masseurs kinésithérapeutes.

<sup>117</sup> Sur les 35 entendus en entretiens dans le cadre de l'enquête réalisée auprès d'eux pour l'observation participante.

<sup>118</sup> Le représentant d'une CPAM.

<sup>119</sup> La représentante d'un Conseil général.

<sup>120</sup> Un tiers facilitateur de la FemasRA.

Etant déjà guichet unique<sup>121</sup>, ils ont souvent plus de mal à voir en quoi la PAPS peut apporter quelque chose de plus que ce qu'ils proposent déjà : « l'unicité existe déjà avec les ordres guichet unique »<sup>122</sup>, « on n'a pas besoin de l'ARS pour dire que l'ordre fait telle ou telle chose, les jeunes savent à qui il faut s'adresser »<sup>123</sup>.

Des problèmes de communication, de circulation de l'information et de lisibilité de manière plus globale ont très souvent été soulevés par les partenaires : « on manque de retour au niveau des instances régionales »<sup>124</sup>, « c'est la pêche à l'information »<sup>125</sup>, « les habitudes de communication ne sont pas au top »<sup>126</sup>, « il y a un problème de rapidité de l'information »<sup>127</sup>, « on manque parfois de décryptage et on aimerait bien la parole de l'Etat [...], on aimerait bien voir les représentants de l'Etat se déplacer le soir aux réunions de projets de MSP ; on a le sentiment qu'on nous laisse nous débrouiller tout seul »<sup>128</sup>, « il y a un véritable flou quant aux décisions financières prises au niveau régional, sur les avancées etc. »<sup>129</sup>, « pour l'instant comprendre notre place au sein de la dynamique est le plus difficile »<sup>130</sup>, « les outils ne sont pas faciles à prendre en main »<sup>131</sup>. Certains se demandent ainsi comment un professionnel de santé « de base » arrivent à s'y retrouver, à « se reconnaître là-dedans »<sup>132</sup>. Malgré les ambitions affichées, la lisibilité et la simplicité de l'instance PAPS en elle-même ne semblent pas garanties.

Enfin, plusieurs interrogations et inquiétudes ont été exprimées quant à la coordination mise en place et menée par l'ARS, même si celle-ci est reconnue pour le faire – et notamment dans la coordination entre l'ARS siège et les DTD. « L'ARS a tellement de pouvoir que ça fait

---

<sup>121</sup> « L'ordre des médecins deviendra officiellement le « guichet unique » des démarches administratives des médecins à partir du jeudi 3 novembre 2011, selon un arrêté paru au Journal officiel de dimanche. A cette date, les dispositions du décret du 6 février 2009 sur la procédure d'enregistrement sur le répertoire partagé des professions de santé (RPPS) s'appliqueront, indique l'arrêté. [...] Les déclarations des médecins pour leur enregistrement et la mise à jour régulière de leur situation (diplômes, situation professionnelle, résidence), se feront toujours auprès de l'Ordre départemental, qui alimente le RPPS. En revanche, ils n'auront plus à effectuer de démarches auprès de l'assurance maladie ou de l'agence régionale de santé (ARS). [...] Le RPPS est entré en vigueur pour les pharmaciens le 18 janvier 2010, pour les sages-femmes le 30 août 2010 et pour les chirurgiens dentistes le 12 septembre, rappelle-t-on. » *Dépêche APM du 24/10/2011*

<sup>122</sup> La représentante d'un ordre départemental des chirurgiens dentistes.

<sup>123</sup> Un représentant du Conseil Régional de l'Ordre des Pharmaciens.

<sup>124</sup> Le représentant d'une préfecture.

<sup>125</sup> La représentante d'un Conseil général.

<sup>126</sup> Un tiers facilitateur de la FemasRA.

<sup>127</sup> Une représentante de l'URPS Médecins.

<sup>128</sup> Le représentant d'une caisse de MSA.

<sup>129</sup> La représentante d'un Conseil général.

<sup>130</sup> La représentante d'un Conseil général.

<sup>131</sup> Le représentant d'une caisse de MSA.

<sup>132</sup> Le représentant d'un ordre départemental des médecins.

peur »<sup>133</sup>, « le professionnel de santé doit toujours avoir le choix de qui il veut appeler »<sup>134</sup>, « c'est bien que l'on conserve l'entité départementale car c'est là que les choses se font »<sup>135</sup>, « la question est de savoir ce qui se traite avec les DTD et avec le siège »<sup>136</sup>, « comment coordonner l'information avec l'Assurance Maladie ? »<sup>137</sup>, « quelle sera la place de la MSA »<sup>138</sup>, « nous Région on est prêt à prendre toute notre place de co-animation et on voudrait une co-animation de ce partenariat »<sup>139</sup>, etc.

La plateforme est reconnue comme quelque chose « d'utile », « de nécessaire », venant combler « un besoin » : le besoin de lisibilité, de clarté et de structuration. Toutefois l'ARS reste cette boîte noire décrite dans la première partie, pour beaucoup d'acteurs de la plateforme et du premier recours. Elle est légitime pour coordonner les acteurs, mais certains s'inquiètent et freinent leur implication dans cette instance du fait d'un manque d'information ou de peur que l'ARS ne leur « vole » leurs prérogatives. La plateforme apparaît comme quelque chose de relativement flou pour un certains nombre d'acteurs, aussi bien dans son fonctionnement que dans ses objectifs et ses moyens d'action.

---

<sup>133</sup> Un représentant du Conseil Régional de l'Ordre des Pharmaciens.

<sup>134</sup> Une représentante de l'URPS Médecins.

<sup>135</sup> La représentante d'un Conseil général.

<sup>136</sup> Le représentant d'une CPAM.

<sup>137</sup> Le représentant d'une caisse de MSA.

<sup>138</sup> Le représentant d'une caisse de MSA.

<sup>139</sup> Le représentant du Conseil Régional.

## **Chapitre 2 : La PAPS, un outil de politique publique ?**

La PAPS est initialement pensée et conçue dans un objectif de lisibilité et de visibilité de la politique de santé au niveau régional et des aides et services existants pour les professionnels de santé. Toutefois, au fil des mois suivants la parution de la loi HPST, l'amplitude d'action et la vocation de la plateforme s'est élargie, pour en faire aujourd'hui un véritable outil au service de la politique de premier recours en région. Ainsi, au vu de ses objectifs, la PAPS semble vouloir être un instrument d'action publique. Il s'agira dans ce chapitre de voir dans quelle mesure la PAPS est outil de politique publique et permet de réorganiser le système de premier recours.

### **1. Analyse critique de la structure et du contenu de l'information de la plateforme**

#### **1.1. L'enjeu du site Internet**

Le contenu de la PAPS se lit principalement dans l'information véhiculée sur son site Internet, celui-ci étant la partie visible et communicante de ses activités. Trois types de contenu viennent structurer le site PAPS : un contenu figé défini par le niveau national, un contenu propre aux partenaires de la PAPS Rhône Alpes, et un contenu d'informations ponctuelles et régulières, qui exigent une réactivité d'une part des partenaires pour transmettre leurs informations à l'ARS siège, et d'autre part de l'ARS pour les mettre en ligne.

A l'ouverture du site PAPS, certaines rubriques ont été identifiées comme devant être prioritairement enrichies. Les partenaires concernés ont donc été mobilisés pour apporter ces informations. Puis le site devait se compléter progressivement durant le second semestre 2011 et début 2012 grâce aux éléments que les partenaires devaient faire remonter à l'ARS. Cependant, les partenaires se sont très peu saisis du site Internet ; une minorité d'entre eux est allée sur le site par eux-mêmes en dehors des réunions de la plateforme et ils sont peu nombreux à avoir apporté des renseignements destinés à alimenter le site. L'intérêt de mobiliser les partenaires sur les problématiques qui les concernent et sur les informations ponctuelles (événements ou actions qu'ils organisent, etc.) permet d'appliquer l'idée voulue

par l'ARS Rhône Alpes de « ne pas faire à la place » des partenaires et de conserver le mode de fonctionnement coopératif de ce projet collectif.

L'information est, somme toute, essentiellement apportée par l'ARS. Elle se structure autour de quatre principaux items : des informations sur le cursus et les études médicales et paramédicales ; des informations sur les différents modes d'exercice (libéral, salarié/regroupé, isolé, etc.) et les démarches à suivre pour s'installer ; des informations sur les modalités de l'exercice groupé ou coordonné et sur l'accompagnement des professionnels dans leurs projets ; diverses informations sur les aspects relatifs à l'exercice quotidien. La PAPS véhicule donc un contenu principalement informatif et promotionnel, mais en espérant que cette information, claire et lisible, incite. Qu'elle incite les jeunes à se tourner vers la médecine générale, qu'elle incite les professionnels de santé à exercer dans des maisons de santé, qu'elle incite les équipes de pluriprofessionnelles à mettre en place des protocoles de coopération, la télésanté, etc. Le contenu est large, et chacun doit pouvoir venir y piocher ce qui l'intéresse. Si des intentions émergent, la PAPS revêt alors un rôle d'ingénierie et de développement de projets, en cela qu'elle doit accompagner les porteurs du projet

La complexe structuration du site Internet et de ses rubriques ne facilite pas l'investissement des acteurs de la plateforme dans cet outil. En se plaçant en observateurs dans l'attente de ce que va devenir la plateforme et non en acteurs, il apparaît globalement difficile pour les partenaires de se saisir de la PAPS. La logique partenariale a encore bien souvent du mal à se mettre en œuvre. Des actions communes à divers partenaires, sous l'étiquette de la PAPS, n'ont pour l'instant été mise en place qu'une seule fois, dans le cadre du congrès national des internes de médecine générale à Lyon. Le Conseil régional, la CPAM du Rhône, la FemasRA, l'URPS médecins, le Conseil régional de l'ordre des médecins et l'ARS Rhône Alpes se sont pour la première fois réunis sous une bannière commune « PAPS Rhône Alpes » pour présenter la plateforme aux internes. L'information diffusée lors de ce congrès tournait autour de quatre mots clés : faciliter, accompagner, informer et orienter. Telles sont les missions que la PAPS affiche. L'écoute est donc à la base des intentions de la plateforme, et l'attente, de fait, ne peut que y être associée. C'est ainsi que la mission de coordination des acteurs confiée aux ARS semble d'emblée davantage circonscrite à un réceptacle de demandes émanant des professionnels qu'à un espace dynamique de régulation de l'offre. La position d'attente souvent adoptée par les partenaires de la PAPS apparaît alors comme tenant et aboutissant des principes mêmes de structuration de la plateforme. Certes celle-ci, en Rhône Alpes, tente de dépasser l'état quasi-statique dans lequel l'Etat l'a, de fait, confinée, mais elle se heurte au



casse-tête de la coordination d'acteurs, dépourvue de mesures coercitives. La structure et le contenu de l'information apportée et délivrée par la PAPS sont révélateurs des enjeux de la PAPS aujourd'hui de « simplifier » et de rendre efficient le système de santé de premier recours, mais sans autres réels leviers d'action que le bon vouloir des acteurs.

La Cour des comptes critique par ailleurs, dans son rapport sur la sécurité sociale de 2011, le bilan des PAPS, qui ne permettent pas de disposer d'un bilan chiffré des aides existantes à destination des professionnels de santé. Celle-ci, dans son chapitre V sur la répartition territoriale des médecins libéraux, recommande ainsi de « consolider au niveau du ministère de la santé les données recueillies sur les aides dans les "guichets uniques" des ARS ». Les PAPS ne permettent pas de faire la synthèse espérée des dispositifs déjà existants pour les professionnels de santé de premier recours. Il s'agit en vérité de recréer un dispositif d'aide, ou plutôt d'appui aux professionnels. Les informations concernant les aides existantes sont éparpillées et ne sont pas au cœur de la plateforme, bien qu'en Rhône Alpes, l'ARS tente de les rendre plus visibles.

## **1.2. La PAPS, outil visible de l'action publique**

La PAPS est un outil, un instrument d'action publique car elle permet de matérialiser et d'opérationnaliser l'action gouvernementale (Lascoumes et Le Galès, 2005). L'idée de créer une plateforme a été retenue parmi les autres projets car il est avant tout question d'un affichage politique de l'action et d'une volonté d'afficher une cohérence, une volonté de rassemblement des acteurs par l'ARS. Même s'il ne s'agit pas, pour la PAPS, de refaire ce qui existe déjà mais simplement d'en faire la synthèse et de le mettre en lumière, cela n'empêche pas, de fait, un affichage politique d'une action menée certes de concert, mais menée par l'ARS quand même.

Alors que le problème des zones fragiles et des inégalités territoriales en tant que telles est sans doute plus important encore, il est préféré mettre en place un outil « visible », car il s'agit bien de « rendre visible » et lisible ce qui existe, plutôt que de se concentrer sur les racines du problème, sur lesquelles la PAPS n'a que peu vocation à s'attacher. Alors on rajoute aux missions de la PAPS l'accompagnement des projets innovants qui eux, tenteront une réforme timide du système de premier recours dans sa globalité. Il est certes plus facile de créer quelque chose de nouveau pour montrer que l'on tente de résoudre les problèmes, plutôt que

de s'attaquer à la cause même des problèmes dont les inégalités territoriales de santé ne sont que la partie visible. On retrouve bien ici le principe même de l'instrument d'action publique, destiné à « rendre visible » l'action des gouvernants.

De surcroît la PAPS est porteuse de valeurs et nourrie de la conception du mode de régulation envisagée, c'est-à-dire ici, le mode incitatif. C'est en cela qu'elle pourrait s'éloigner de la définition de l'instrument de Pierre Lascoumes et Patrick Le Galès qui veulent qu'un instrument soit « porteur d'une relation concrète du rapport politique/société », mais aussi « soutenu par une conception de la régulation » (Lascoumes et Le Galès, 2005). Or, dans le cas de la PAPS, celle-ci n'a que peu vocation à « réguler » le champ du premier recours. Elle tente d'impulser des actions et de les accompagner, mais elle dispose de bien peu de marge de manœuvre pour les réguler, si ce n'est par la cartographie des zones fragiles du SROS, en ce qui concerne les projets de maisons de santé. L'incitation est le principal mode de gouvernance de la plateforme. « Comme toute institution, [elle permet] de stabiliser les formes d'action collective, de rendre plus prévisible, et sans doute plus visible le comportement des acteurs » (Lascoumes et Le Galès, 2005). La PAPS donne à voir les compétences de chacun, ce que chaque acteur fait, et elle structure une action publique qui se veut collective et incitatrice.

## **2. La PAPS ou comment tenter de transformer la médecine libérale**

### **2.1. La place centrale de la médecine libérale dans le dispositif de premier recours**

Selon le rapport dressant *Le bilan des maisons et pôles de santé et les propositions pour leur déploiement*<sup>140</sup>, « le constat global est clair : le dispositif de premier recours est à bout de souffle. Il ne répond plus ni aux attentes des professionnels, ni aux préoccupations des autorités publiques et n'est plus apte à répondre aux évolutions démographiques et épidémiologiques de la population ». C'est à ces enjeux que la PAPS entend apporter des réponses. Mais c'est comme si cet outil avait été livré par la loi HPST sans le mode d'emploi. De grandes lignes directrices sur les buts de la plateforme ont été tirées par le national, mais sans moyens effectifs pour les mettre en œuvre derrière, avec pourtant l'objectif ambitieux de

---

<sup>140</sup> Crachemore Bérengère, Juillard Jean-Marc, Touba Annick, Vallencien Guy, *Le bilan des maisons et des pôles de santé et les propositions pour leur déploiement*, Rapport à la demande de Roselyne Bachelot-Narquin, Fadela Amara, Hubert Falco, 2009

rendre l'offre de santé de premier recours plus équitable et plus efficiente. Il a bien sûr été oublié un point essentiel, resté masqué, qui est celui de la réforme de la médecine générale libérable. Comment mettre en place une politique de santé de premier recours répondant aux besoins de la population, notamment au niveau territorial d'accès aux soins, sans pour autant réformer par la régulation la médecine générale libérale ?

En effet, la situation actuelle voit diminuer le nombre de médecins généralistes dans certaines zones du territoire, venant grossir les déserts médicaux. Le temps médical se fait de plus en plus précieux en raison de la désaffection par les jeunes médecins de la médecine générale et l'exercice libéral, de la féminisation de la profession (Bloy, 2010 a ; Lapeyre et Robelet, 2010), des aspirations des jeunes générations à disposer de plus de temps pour leurs loisirs et leur vie personnelle, et de la baisse annoncée du nombre de médecins dans les dix prochaines années. Le médecin généraliste désormais pivot du système de santé et plus particulièrement du système de premier recours, on comprendrait difficilement que l'on tente de réformer le système de premier recours sans toucher aux problèmes de la médecine générale aujourd'hui. « Il faut corriger les pertes de chance, et le système ne va pas sans ce sens. [...] C'est le problème de la liberté d'installation qui doit être posé », pour Denis Morin, ancien directeur général de l'ARS Rhône Alpes. Selon lui, « la loi HPST définit un cadre au système pour la première fois, mais il en faut plus ».

La PAPS tourne donc autour de cette médecine générale que l'on n'arrive pas à transformer. Cette réforme nécessaire de la médecine générale est en filigrane des actions que la plateforme tente d'initier. Toutefois l'assurance maladie conserve, nous l'avons déjà vu, l'unique compétence de régulation, via le système conventionnel, de la branche des professionnels du premier recours. La seule mesure en capacité de permettre une réelle régulation a été retirée de la loi HPST en août 2011<sup>141</sup>. La PAPS a, dès lors, été vidée d'une part indispensable de ses moyens d'action. C'est sans doute pour cela, en Rhône Alpes, que le champ d'intervention de la plateforme a pris peu à peu de l'importance au fil des mois, pour couvrir aujourd'hui une grande diversité de sujets : maisons et pôles de santé, actions communes pour intervenir auprès des étudiants, recensement des aides à destination des professionnels de santé, mise en place de procédures simplifiées communes aux partenaires pour l'installation des professionnels, protocoles de coopération (projet à venir), télésanté (projet à venir), etc. Avec ce large spectre de possibilités d'actions, l'ARS entend parvenir à

---

<sup>141</sup> Initialement article 43 de la loi HPST qui prévoyait la création de contrat santé solidarité, comme décrit dans la Partie 2 de ce document. Cette mesure fut abrogée par la loi Fourcade du 10 août 2011.

remodeler l'offre de santé de premier recours dans la région, pour la rendre plus égalitaire et plus efficiente. Mais face au manque de moyens pour réguler la médecine générale, il apparaît que la PAPS ne marchera que si l'on en arrive aux protocoles de coopération entre les professionnels de santé, et que les médecins cèdent un peu, abandonnent un peu de leurs prérogatives, aux infirmières notamment, comme dans d'autres pays (Bras, 2011 b ; Bourgueil, Marek, Mousquès, 2007).

## **2.2. Des potentialités insuffisamment exploitées**

Les maisons et pôles de santé, pensées dans le souci de répondre aux attentes des nouvelles générations et de tenir compte des changements internes à la profession médicale, représentent les laboratoires de ces pratiques innovantes en termes de coopération, de nouveaux modes de rémunération, et de plus en plus, de télésanté. C'est LA mesure phare, qui occupe l'essentiel du temps et de la place de la PAPS, visant à réorganiser le système de soins de premier recours. En nouvel avatar des soins de proximité, les maisons de santé apparaissent comme une réponse au problème identifié des déserts médicaux et entendent rénover et transformer le système de santé de premier recours.

Toutefois, les protocoles de coopération ne sont que très peu mis en œuvre et la télésanté en matière de premier recours débute. Aussi, alors qu'une plus grande attention des autorités sanitaires aux soins de premier recours et aux missions des généralistes pousse à repenser le mode de rémunération des médecins, le paiement à l'acte reste central et problématique. Malgré un contexte de maîtrise des dépenses, celui-ci reste un symbole fort de la médecine libérale, et le manque de moyens publics engagés dans l'expérimentation de ces nouveaux modes de rémunération n'encourage pas leur pérennité. Sur ces constats, la PAPS et l'ARS se trouvent bien dépourvues pour faire perdurer sur le long terme la dynamique qui semble s'être engagée.

Les contours bougent néanmoins, les mentalités évoluent, mais lentement. Les résistances culturelles et le poids de l'histoire sont des constantes. La transition vers un système de santé de premier recours moins clivé et moins émietté est peut-être bien lancée sur le terrain, mais elle ne se traduit qu'encore difficilement dans des actions concrètes.

« A voir du point de vue du jeune qui veut y aller [en médecin générale ou en maison de santé], comment nous, ARS, collectivité locale, etc. on peut s'engager [pour l'aider] »,

explique Denis Morin. La PAPS est donc davantage un outil d'offre que de demande. Elle propose toute une palette d'informations et de services aux professionnels de santé, mais elle n'est que peu investie dans une politique cherchant à faire croître la demande. Elle est là, si besoin. Elle tente d'afficher sa présence, de se faire connaître. En Rhône Alpes, les partenaires de la PAPS essaient de mettre en place des actions communes pour intervenir auprès des étudiants de médecine générale, mais elles sont encore très peu nombreuses et il est aujourd'hui impossible d'en mesurer l'impact.

Il ne s'agit pas de « faire à la place de », ni d'imposer une quelconque politique aux professionnels de santé. C'est ici un des principaux nœuds de l'action publique sur le premier recours et donc de l'action de la PAPS, tant l'ARS se trouve cantonnée et limitée à un rôle d'attente vis-à-vis de la volonté des professionnels du terrain. D'autant qu'il faut pour cela que les partenaires de la PAPS engagés sur ce champ parviennent à parler d'une seule voix et à définir des orientations stratégiques communes pour une politique de premier recours au niveau régional.

### **3. La PAPS est une « arène »**

Les enjeux que la PAPS doit relever sont de taille, les moyens alloués le sont moins, et la complexité de parvenir à une politique commune et concertée est sans égard aux deux premiers facteurs. Pour parvenir à l'équation qui permettra l'équilibre des deux premières variables, le « pilote » de la PAPS doit savoir apprivoiser et déjouer les jeux d'acteurs des partenaires de la plateforme. C'est un travail de longue haleine et de diplomatie qui s'engage pour lui, qui doit rechercher la coordination sans la substitution.

La notion d' « arène », utilisée par Bruno Jobert en politiques publiques, est « l'espace de confrontation de l'ensemble des positions divergentes qui s'expriment sur un enjeu » (Lascoumes et Le Galès, 2011). Si l'on étend cette définition à celle de Daniel Cefaï, on conçoit alors l' « arène » comme un ensemble d'interactions d'acteurs tentant d'interpréter et de stabiliser un enjeu. Dans l'idée de Jobert, les acteurs s'affrontent pour imposer un cadre prédéfini, alors que pour Cefaï, le cadre se définit dans l'engagement des acteurs et il « s'ajuste en fonction des aléas » (Lascoumes et Le Galès, 2011).

Ainsi la PAPS revêt les deux définitions à la fois. Elle est espace de confrontation des discours de ses différents partenaires, comme nous venons de le voir. Mais les différentes

positions de chacun sont regroupées et utilisées pour trouver des compromis et ajuster les ambitions, les projets. Les acteurs s'affrontent mais définissent collectivement le cadre de l'action. Il apparaît toutefois que les confrontations d'acteurs se font surtout vis-à-vis de l'ARS, acteur central de la plateforme car elle en est l'instigatrice et la coordinatrice.

Ces multiples interactions des acteurs dans l'arène que constitue la PAPS tendent à produire une définition de l'enjeu de la plateforme à travers une délimitation de celui-ci, l'analyse de ses dimensions, l'imputation de responsabilités et des pistes de changement. L'enjeu principal de la PAPS apparaît aujourd'hui<sup>142</sup> essentiellement centré sur la crise de l'exercice libéral, et plus particulièrement sur l'exercice en zones dites fragiles. La dimension territoriale apparaît assez rapidement comme une donnée capitale de l'enjeu de la plateforme, aidée en cela par la cartographie des zones fragiles du SROS ambulatoire. Toutefois, il n'est jamais imputé la responsabilité du déséquilibre et des inégalités territoriales au principe de liberté d'installation des médecins. Toutes les pistes évoquées et/ou suivies pour répondre à cet enjeu laissent de côté cette problématique pourtant centrale de ce libre choix spatial d'exercice de la profession médicale.

### **3.1. La position de l'assurance maladie**

Le « contrat Etat-UNCAM 2010-2013, 5 priorités 20 objectifs pour la gestion du risque », signé le 1<sup>er</sup> mars 2011 entre l'Etat et l'assurance maladie affiche, son objectif (n°5) de « favoriser un exercice regroupé et une meilleure répartition sur le territoire », les parties s'engageant à « faciliter le déploiement des maisons et pôles de santé par la mise en place d'une "cellule d'appui territorial" ou guichet unique dans les ARS, qui aura pour objectif de contribuer à accompagner les différents projets en lien avec les professionnels et les élus à travers la mobilisation des dotations budgétaires pour la qualité et la continuité des parcours de soins ». La PAPS est donc affichée, dans une logique de contractualisation, comme un engagement commun de l'Etat et de l'assurance maladie pour une meilleure offre de santé territoriale.

L'assurance maladie doit donc être un partenaire central de la plateforme du fait de ses leviers d'action sur le premier recours, de ses relations avec les professionnels de santé au moment de

---

<sup>142</sup> Au terme des 7 mois d'observation participante, suite aux diverses lectures de comptes-rendus de réunion et suite à la présence à diverses réunions.

leur installation et de l'existence d'une contractualisation entre elle et l'Etat. Elle est pourtant peu impliquée dans la PAPS. Au contraire, les représentants des CPAM se mettent souvent en retrait ou dans une position d'observateurs de ce qui s'y passe. Les relations semblent tendues, et ses représentants, sur leurs gardes. L'animation et la coordination de la plateforme par l'ARS – à plusieurs égards considérée comme l'ombre de l'Etat empiétant sur leurs prérogatives – ne satisfont pas toujours les représentants des CPAM de la PAPS.

### **3.2. Jeux d'acteurs dans l'arène : les instances représentatives des professionnels de santé**

Il apparaît en fait que ce sont les instances représentatives des professionnels de santé – URPS principalement, et conseils de l'ordre dans une moindre mesure – qui sont les plus importants partenaires dans la stratégie que la plateforme entend mettre en œuvre. Ou du moins ceux qui tendent à occuper le plus de place sur la scène. Instances représentatives des professionnels de santé, elles se posent comme les seules légitimes porteuses et défenseuses de leurs intérêts, face aux administrations qu'elles considèrent souvent technocratiques et coupées de la réalité de terrain. Les corporations du monde de la santé revendiquent un savoir-faire, une efficacité et une légitimité faisant défaut aux administrations de l'Etat. Cette opposition n'a rien de surprenant, elle a toujours existé. Cela est particulièrement forte chez les médecins. En effet, depuis sa création la profession médicale a tenté de se construire indépendamment de l'Etat et de s'affranchir d'une quelconque tutelle administrative et étatique (Hassenteufel, 1997). Les médecins ont ainsi acquis le droit à l'exercice de leur propre contrôle sur leur travail (Freidson, 1984). L'autocontrôle signifie autonomie de la profession. Le conseil de l'ordre en est le garant.

De manière plus générale, les instances représentatives des professionnels de santé – URPS ou conseils de l'ordre –, se savent au centre de l'arène par le fait qu'ils sont « issus » des professionnels de santé. Ils représentent la capacité des professionnels à défendre leurs intérêts auprès du pouvoir politique administratif de l'Etat et sont en cela incontournables dans la prise de décision de l'ARS sur des mesures concernant les professionnels de santé. Les mesures prises par à ce biais de la concertation revêtent alors un caractère légitime auprès des professionnels.

L'autre point rassemblant les institutions représentatives des professionnels de santé au sein de la PAPS est leur front commun pour la défense de l'exercice libéral. Nombreux sont ceux qui craignent une « salarisation » des professionnels à travers le développement des

maisons de santé ou de l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération. S'il est un point qui n'est pas question de remettre en cause dans l'organisation du système de premier recours pour ces instances, c'est bien celui-ci. Tout particulièrement, la médecine libérale ambulatoire, via ses syndicats et donc via l'URPS, est bien souvent en résistance face aux tentatives de rendre les pratiques plus collectives (Benamouzig et Pierru, 2011), et ce d'autant plus que l'ARS souffre d'un manque de légitimité à l'égard des médecins de ville (Bras, 2011 a).

L'ARS apparaît finalement pour eux comme le symbole supplémentaire d'un Etat se voulant régulateur (Grossman et Saurugger, 2006) et contrôleur, tentant d'atténuer les corporatismes des différentes professions de la santé. Philippe Schmitter (1974) entend le corporatisme comme :

« un système de représentation d'intérêts dans lequel les éléments constituants (les secteurs sociaux et culturels) sont rangés dans un nombre défini de catégories singulières, et obligatoires..., ordonnées selon des critères hiérarchiques et fonctionnels, reconnus sinon créés par l'État, et auxquels on accorde un monopole représentatif délibéré ».

Ainsi les corporatismes des institutions de professionnels de santé ont un poids très prégnant dans la définition de la politique de premier recours, de par leur monopole en matière de représentation des professionnels, et de l'importance que l'on accorde à leur implication. En effet, les corporatismes peuvent parfois devenir inhibiteurs de l'action publique, par leur pouvoir de verrou ou de blocage (Hassenteufel, 1997).

Ceci entraîne bien souvent une rupture entre l'ARS et les instances représentatives, sur les représentations du problème et de ses enjeux, et sur les moyens d'action à privilégier. La hiérarchisation des priorités n'est pas la même entre l'URPS médecins et l'ARS. La concurrence qui s'est installée entre ces deux dernières institutions sur le référencement des maisons de santé et des aides disponibles aux professionnels de santé en est l'illustration. L'URPS entretient, sur son site Internet, un récapitulatif très détaillé des projets de maisons de santé en cours et des maisons de santé en fonctionnement, avec un descriptif des aides existantes pour les professionnels de santé, et notamment celles que l'URPS elle-même apporte. L'ARS y voit là une forme de concurrence entretenue par l'URPS en réponse au développement de la PAPS, l'URPS refusant de communiquer certaines informations à l'ARS.



### **3.3. L'acteur Conseil régional**

Autre partenaire important de la plateforme, le Conseil régional, « exclu » du champ de la santé de par ses prérogatives, n'est associé à la PAPS en Rhône Alpes qu'en qualité de financeur des maisons de santé. Or le Conseil régional de Rhône Alpes, faisant l'effort de déployer une politique en faveur des professionnels de santé et des territoires fragiles, souhaiterait occuper une place plus importante et plus visible dans la plateforme. En Rhône Alpes il existait, depuis 2007, un partenariat entre l'URML, le Conseil régional, l'URCAM et la FemasRA, à propos du financement de l'accompagnement des projets de maisons de santé. Celui-ci était en grande partie animé par le Conseil régional. Aujourd'hui il doit se fondre dans les instances de pilotage de la PAPS. Le Conseil régional voit donc son rôle diminuer. Il est désormais un partenaire comme un autre de la plateforme, à sa grande frustration. Son représentant a d'ailleurs réaffirmé plusieurs fois à l'ARS sa volonté de continuer à être un partenaire particulier à ses côtés : « nous Région on est prêt à prendre toute notre place de co-animation, de co-organisation [...] Nous Région on tient bien à être connue en tant que tel ». Dépourvu de compétences en matière de politique de santé, le Conseil régional, instance de démocratie politique en région, peine à trouver sa place dans cet environnement régional déconcentré.

Il apparaît ainsi que l'URPS et le Conseil régional se sentent davantage investis de la PAPS et apparaissent à bien des égards, en réunions notamment, comme souhaitant se poser en contrepoids de l'ARS vis-à-vis de l'aide et des services qu'ils peuvent apporter aux professionnels de santé. Si leur implication dans les projets de la plateforme est conséquente, elle peut toutefois être ressentie comme une forme de concurrence vis-à-vis de l'ARS.

### **3.4. Les autres**

Entre les deux, la FemasRA jouit d'une attention aussi bien de la part des instances représentatives des professionnels de santé que de l'ARS et des autres institutions (Conseils généraux notamment). Cette double légitimité se doit aussi bien à la présence de médecins en son sein, qui interviennent eux-mêmes auprès des professionnels de santé qui ont un projet de maisons de santé, que par le fait que l'ARS finance l'association et en ait fait le partenaire central en matière d'accompagnement des projets. Ne risquant pas de perdre ses prérogatives,

le discours de la FemasRA est apaisé et n'est pas partisan. Il est écouté et accepté par les autres partenaires pour cette raison.

Pour le reste, la MSA et les Conseils généraux, bien que fins connaisseurs du territoire et surtout du milieu rural pour la MSA, restent de manière générale assez peu impliqués dans la plateforme. Ils sont marginalisés – tout particulièrement la MSA – et ne semblent pas constituer, pour l'ARS et les instances des professionnels de santé, des partenaires centraux, alors que leur action dans les territoires est pourtant conséquente.

La priorité est avant tout donnée aux professionnels de santé plutôt qu'au territoire.

Le travail de concertation et d'animation de l' « arène » est donc un travail de longue haleine, de méthode et de diplomatie pour le pilote de la PAPS. Celui-ci doit être un fin connaisseur des institutions, des discours et des intérêts de chacun des partenaires (les « 3 i ») s'il veut parvenir à un consensus sur une politique de premier recours. Ne pas vouloir les brusquer est le mot d'ordre en Rhône Alpes, en témoigne les multiples liens sur le site Internet de la PAPS, vers les sites des partenaires. L'ARS a préféré faire des renvois vers leurs sites plutôt que de réécrire ou de reformuler ce que ses partenaires apportaient en termes de services et d'aides aux professionnels de santé, de peur de les vexer et de les voir refuser de travailler avec elle. En somme, pour beaucoup de partenaires, le slogan qui unit les partenaires dans l'arène face à l'ARS est le suivant : « la coordination, oui, perdre mes prérogatives et ma place, non ».

## **Conclusion**

Les internes de médecine générale souhaitaient un guichet unique « en dur » (Guide pratique de l'ISNAR-IMG, 2010), ce sont finalement des guichets uniques virtuels qui se sont mis en place. Les PAPS sont des projets régionaux collectifs, dont les contours ont été définis par le niveau national. Toutefois en Rhône Alpes il a été fait le pari que la PAPS serait le vecteur de la politique de l'ARS sur le premier recours, en se basant sur la concertation avec les partenaires.

La PAPS a initialement été évoquée lors des Etats généraux de la santé en 2007-2008, puis elle a trouvé son inscription formelle dans la loi HPST du 21 juillet 2009. Néanmoins, c'est seulement le 1<sup>er</sup> juillet 2011 qu'elles sont créées dans chaque région. Entre temps, son idée et son contenu ont évolué et elle englobe aujourd'hui un champ plus large que la simple mesure de simplification et de lisibilité du système d'installation pour les professionnels de santé. L'aide aux professionnels est le mot d'ordre de manière plus large. Elle doit les inciter, par un affichage plus clair des services et des aides existantes disponibles pour eux, à penser et développer de nouveaux projets innovants devant permettre de transformer le système de premier recours. La réforme du système de santé doit venir du terrain. Toutefois la médecine libérale, sans nul doute centrale dans l'organisation de l'offre de santé de premier recours, reste hors de portée de tout renouvellement. Les instances représentatives se font les défenseurs de l'exercice libéral face à l'ARS qu'ils considèrent souvent comme une dangereuse machine technocratique pour les professionnels de santé.

Quoi qu'il en soit la PAPS est encore aujourd'hui quelque chose de flou pour les partenaires, pour les professionnels, et même pour les personnes travaillant à l'ARS, notamment les personnes du service offre ambulatoire. Elle reste cantonnée dans un coin, sans l'important affichage dont elle aurait besoin pour que son utilité soit reconnue. Cet outil a pourtant la largeur d'épaules nécessaire au développement des thématiques novatrices et pertinentes<sup>143</sup> en matière de premier recours. Il lui manque « simplement » des moyens d'action concrets. Et il manque certainement à l'ARS un degré supplémentaire d'autorité par rapport aux partenaires de la plateforme. Le pilote porte la PAPS sur son dos, assure la centralité des informations et coordonne les partenaires, mais il n'a aucun lien hiérarchique sur eux. Il est le meunier

---

<sup>143</sup> Selon la Cour des comptes, dans son rapport de 2011 sur la sécurité sociale, les MSP et les protocoles de coopération sont des « potentialités encore peu exploitées ». « La coopération entre professionnels de santé apparaît pourtant comme une réponse pertinente aux problèmes de la démographie médicale ».

dépendant des négociants, qui lui achèteront ou non sa farine. Voici comment est envisagée la réforme du système de santé de premier recours.

## Conclusion générale

*« Donc en résumé, on va décider vite »*

(Intervention de Nicolas Sarkozy, Orbec, Calvados,  
table ronde sur la médecine de proximité, décembre 2010)

La loi HPST du 21 juillet 2009 représente pour beaucoup d'acteurs de la santé et observateurs extérieurs, un grand chamboulement voire un grand pas en avant dans la tentative de réforme du système de santé menée depuis les années 1960-70. Le contexte désormais bien connu de baisse de la dépense publique et de réduction des déficits, « oblige » l'Etat et ses institutions à rationaliser et innover. Réformer, c'est avant tout prendre acte de l'existant et voir comment la transformation peut être envisagée pour rendre l'action publique efficace. Le constat dressé par les divers rapports et observations publiques depuis près de 20 ans est celui d'un système de santé en millefeuille, reposant sur une organisation en tuyaux d'orgues et un important cloisonnement entre les acteurs et les secteurs de la santé.

Le mot d'ordre est donc celui de la simplification et de la rationalisation. La création des Agences Régionales de Santé est à cet égard le principal marqueur de l'action publique en ce sens. Il s'agit, par la mise en place d'une agence unique dans chaque région de décroquer les différents acteurs et d'envisager la politique de santé de manière transversale et globale.

Le stage et l'observation participante menés pendant plus de sept mois dans les services de l'ARS Rhône Alpes a permis d'intégrer et d'analyser de l'intérieur les grands principes qui ont prévalu dans cette réforme, et la manière dont ils sont mis en œuvre sur le terrain.

J'ai été une fourmi dans la fourmilière de l'ARS, complexe et multiple, visionneuse de l'engrenage de la politique de santé dont le pilotage se joue désormais en région. La construction du sujet de ce mémoire se tricota et se détricota pendant de longs mois, étant donné l'amplitude de données à ma portée. Il fallait synthétiser et rendre compte de mon analyse au fil des jours, de manière à ne pas laisser de côté un pan essentiel de ce que j'avais vu et appris. L'évidence amena donc la construction de ce travail en trois parties s'emboîtant comme des poupées russes. Pour saisir les enjeux de la dernière, la PAPS, objet précis de mon stage, il était nécessaire de comprendre la place centrale récemment faite aux soins de premier

recours dans la réforme, et, plus haut, la structure de cette réforme du système de santé introduite par la loi HPST avec la création des ARS. Symbole visible de cette transformation du système, l'ARS en région apparaît comme une boîte noire, aussi bien pour les acteurs de la santé que pour ses personnels eux-mêmes.

L'objectif de ce travail visait donc à « ouvrir cette boîte noire » et à voir en quoi celle-ci était le témoin d'une action publique recomposée. Le constat le plus flagrant lorsque l'on ouvre la boîte noire est de se rendre compte à quel point l'intégration par les ARS et leurs dirigeants des principes du *New Public Management* font prioritairement de ces services déconcentrés de l'Etat, des acteurs de la réduction des dépenses publiques. On pourrait croire à un désengagement de la politique de santé de l'Etat à travers ces agences régionales ; au contraire, la nouvelle gestion publique qui accompagne la recomposition de l'action publique ne se traduit pas par un Etat distant et en retrait, mais par un Etat contrôleur de la bonne maîtrise de ses dépenses. Les ARS sont en réalité soumises à l'injonction de rendre des comptes sur la tenue des objectifs que le national – CNP et directions centrales – leur assignent. L'efficacité est le maître mot, à tous les niveaux. Disposer de moins de moyens signifie « faire mieux ». C'est tout d'abord décloisonner les acteurs et les faire travailler ensemble, au sein des ARS, de manière transversale sur l'hospitalier, le premier recours et l'ambulatoire, le médico-social, la prévention et la veille sanitaire. C'est ensuite réformer le système de santé en réorganisant l'amont et l'aval de l'hôpital, c'est-à-dire les secteurs du premier recours et de la prévention, et celui du médico-social, dans une plus grande coordination de ceux-ci. C'est enfin donner des outils à l'ARS et aux acteurs de santé pour permettre l'émergence de projets innovants.

L'efficacité passe aussi par une adaptation de la politique de santé aux besoins des territoires. La loi HPST marque en cela l'avènement du territoire comme élément d'organisation du nouveau système de santé que l'on tente de mettre sur pied. La proximité devient la nouvelle variable à respecter pour que l'équation d'un système de santé efficace soit résolue. Le premier recours et tout particulièrement son médecin généraliste sont affirmés comme les pivots structurant et soutenant l'architecture du système dans son ensemble.

Assez rapidement, les limites à ces principes apparaissent dans la réalité de ce que sont les ARS et des moyens dont elles disposent pour les appliquer.

La première lacune de la réforme introduite par la loi HPST, et non des moindres, est la non remise en cause des couches précédentes qui composaient le millefeuille des institutions. Certes la création des ARS fut vecteur de simplification dans l'organisation du système, mais

les cloisonnements entre les acteurs et à l'intérieur même de l'ARS entre les anciens acteurs, demeurent. Le national ne s'est pas réformé et la séparation des différents secteurs de la santé reste une réalité.

Alors on coordonne et on coordonne encore. La coordination est partout et on finit par se demander ce qu'elle veut dire concrètement. On recouvre le millefeuille de crème, mais les multiples étages qui le composent subsistent. Les PAPS, les maisons de santé, les réseaux de santé, les filières gérontologiques, les maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer, la DSPro, les ARS dans leur ensemble, le CNP, etc., ils sont tous des dispositifs de coordination.

De plus, l'ARS étant acteur de la réduction des dépenses, les moyens financiers et humains dont elle dispose ne sont pas suffisants et tendent à se réduire encore. Cela aboutit à une situation de *burn out* et d'incendie géant de cette institution disproportionnée dans ses moyens au regard de ses missions.

Le deuxième point de ternissement de la réforme est la question de la pertinence du niveau régional pour mener la politique de santé. Alors que tous les observateurs s'accordent à dire qu'il est l'échelon le plus pertinent pour conduire les politiques publiques de manière générale, et la politique de santé en particulier, nous osons ici remettre en cause cette affirmation unanime. Il apparaît en effet troublant que la région soit choisie comme élément structurant d'une politique que l'on souhaite territoriale. L'échelon régional est bien trop impersonnel et trop vaste pour mener une politique de proximité.

De surcroît, la régionalisation pose la question de l'égalité de traitement entre les régions et des inégalités de santé qui risquent de fait de s'installer dans les différentes orientations choisies par chacune. Le territoire, toujours le territoire. La politique de santé doit être adaptée aux besoins du territoire. Mais le territoire n'est-il pas la partie émergée de l'iceberg, et non la racine des problèmes ? Certes la dimension de proximité de l'accès aux soins est primordiale, mais ne faudrait-il pas également avant tout concentrer l'action publique sur les déterminants de la santé, c'est-à-dire sur la santé publique et la prévention, grandes laissées pour compte de la politique du premier recours ?

Il fut, tout au long de ce travail, difficile de ne pas inscrire les termes de « politique régionale de santé » mais de leur préférer ceux de « politique de santé en région » ou de « pilotage régional de la politique de santé ». Etant donnée la réalité des différences entre les régions, entre leurs problématiques de santé et les moyens qu'elles leur consacrent, il apparaît quand même jouer sur les mots que de se borner à ne pas dire qu'il existe des politiques régionales

de santé. Certes les orientations et le contrôle de la politique restent nationaux, mais il existe une cohabitation entre une politique nationale essentiellement centrée sur le respect et l'atteinte d'objectifs de gestion et d'efficacité, et des politiques régionales de santé.

La régionalisation des politiques publiques serait-elle une tentative de l'Etat de se rapprocher d'un système de gouvernement à l'allemande par exemple, où les régions disposent d'un fort pouvoir, mais où l'Etat reste toutefois maître du jeu et garant de la bonne gestion du système ?

Le troisième et dernier point de difficulté qui ressort de ce travail est celui de l'incapacité d'action de l'ARS sur le champ du premier recours que la loi HPST définit pourtant comme central dans l'organisation générale du système de santé. La conservation de ses prérogatives par l'assurance maladie à travers les mécanismes de régulation du premier recours dont elle dispose, via sa gestion du système conventionnel, est un premier obstacle. La position de l'ARS de simple contributeur à la mise en œuvre du service unique d'aide à l'installation des professionnels de santé, telle que définie par la loi, en est un deuxième. La difficulté à coordonner et impliquer l'ensemble des partenaires de la PAPS dans une définition commune et partagée d'une politique régionale de premier recours en est un troisième. Et la posture finale d'attente de l'ARS et des partenaires de la plateforme vis-à-vis des initiatives que le « terrain » veut bien mettre en œuvre en est un quatrième. L'ARS, sur le premier recours et par rapport à la PAPS, se retrouve finalement coincée entre quatre difficultés majeures.

La recomposition de l'action publique en santé poursuivie dans la loi HPST est réelle est fortement visible. C'est d'ailleurs ce que le gouvernement souhaitait. « Décider vite ». La vitesse et la volonté d'affichage de l'action n'en entraîne pas moins l'inaboutissement total de la réforme, avec les effets boomerang que l'on ne tardera pas à sentir, si ce n'est déjà le cas. Il est « une certitude en tout cas, [la loi HPST] appelle d'autres lois dans les années qui viennent » (Tabuteau, 2010, p. 89).

L'inachèvement de cette réforme ne saurait être une fin en soi. Espérons que l'Etat saura se défaire de sa casquette de grand contrôleur des dépenses publiques, pour oser retrouver son rôle de garant de l'intégrité des services publics. Il s'agit désormais pour l'Etat de se donner les véritables moyens de ses ambitions et de rompre avec les postures qui le caractérisent depuis ces dernières décennies ; celle de la culpabilisation de ses agents, et celle de la soumission sans alternative vis-à-vis de la conjoncture économique actuelle.



Réaffirmer le principe du service public comme inhérent au système de santé et soutenant son architecture toute entière ; réintroduire la négociation entre les financeurs du système comme principe à la base de son fonctionnement ; repenser la santé sur un mode communautaire avec l'ensemble des acteurs qui interviennent de près ou de loin dans les territoires – et notamment les élus – en se réappropriant les expériences passées, sont, à mon sens, des solutions et des enjeux de taille, auxquels aucun « pragmatisme » affiché, s'il n'est emprunt de réel courage politique, ne saura répondre.

## Bibliographie

### Ouvrages et chapitres

Bail Jean-Noël (coord.), *Régionalisation et performance du système de santé. 11<sup>ème</sup> journée d'économie de la santé*, John Libbey Eurotexte, Paris, 2010, 124 p.

Bezes Philippe, *Réinventer l'Etat. Les réformes de l'administration française (1962-2008)*, PUF, Paris, 2009, 519 p.

Bezes Philippe, « *New Public Management made in France* », Editions du Croquant, 2011, p. 39-59, in Mas Bertrand, Pierru Frédéric, Smolski Nicole, Torrielli Richard, *L'hôpital en réanimation*, Editions du Croquant, 2011, 366 p.

Bloy Géraldine, Schweyer François-Xavier, *Singuliers généralistes, Sociologie de la médecine générale*, Presses EHESP, Rennes, 2010, 424 p.

Bloy Géraldine, « Quand les étudiantes abordent la médecine générale », Presses EHESP, 2010 (a), p. 347-362, in Bloy Géraldine, Schweyer François-Xavier, *Singuliers généralistes, Sociologie de la médecine générale*, Presses EHESP, Rennes, 2010, 424 p.

Bloy Géraldine, « La constitution paradoxale d'un groupe professionnel », Presses EHESP, 2010 (b), p. 23-40, in Bloy Géraldine, Schweyer François-Xavier, *Singuliers généralistes, Sociologie de la médecine générale*, Presses EHESP, Rennes, 2010, 424 p.

Bonelli Laurent, Pelletier Willy (dir.), *L'État démantelé. Enquête sur une révolution silencieuse*, La Découverte, Paris, 2010

Carricaburu Danièle, Ménoret Marie, *Sociologie de la santé*, Armand Colin, Paris, 2004, 235 p.

Catrice-Lorey Antoinette, Steffen Monika, « La protection santé en France : vers quel nouveau modèle ? Un bilan 2007 », in Guillemard Anne-Marie (sld.), *Où va la protection sociale ?*, PUF, Paris, 2008

Chauvière Michel, *L'intelligence sociale en danger, chemins de résistance et propositions*, La Découverte, Paris, 2011, 272 p.

Clément Jean-Marie, *La nouvelle loi Hôpital Patients Santé Territoires, Analyse, critique et perspectives*, Les Etudes Hospitalières, Bordeaux, 2009

Crozier Michel, Friedberg Ehrard, *L'acteur et le système*, 1977, rééd. Seuil, coll. « Points essais », 1992

Dupagne Dominique, *La revanche du rameur. Comment survivre aux médecins, aux hiérarchies et à notre société*, Michel Lafon, Paris, 2012

Galant Henry, *Histoire politique de la Sécurité sociale française, 1945-1952*, Armand Colin, Paris, 1955

Gori Roland, Del Volgo Marie-José, *La santé totalitaire. Essai sur la médicalisation de l'existence*, Flammarion, coll. « Champs », Paris, 2009, 336 p.

Grossman Emiliano, Saurugger Sabine, *Les groupes d'intérêt. Action collective et stratégies de représentation*, Armand Colin, Paris, 2006, 251 p.

Hassenteufel Patrick, *Les médecins face à l'Etat. Une comparaison européenne*, Presses de Sciences Po, Paris, 1997, 364 p.

Hassenteufel Patrick, *Sociologie politique : l'action publique*, Armand Colin, 2<sup>e</sup> édition, Paris, 2011, 318 p.

Hassenteufel Patrick, « Le rôle de l'état dans la régulation de l'assurance maladie », Les Presses des Sciences Po, 2009, p. 369-377, in Bras Pierre-Louis, de Pourville Gérard,

Tabuteau Didier (sld.) *Traité d'économie et de gestion de la santé*, Les Presses des Sciences Po, 2009, 564 p.

Hatzfeld Henri, *Du paupérisme à la Sécurité sociale, 1850-1940. Essai sur les origines de la Sécurité sociale en France*, Armand Colin, Paris, 1971

Inglehart Ronald, *The Silent Revolution. Changing Values and Political Styles Among Western Democracies*, Princeton University Press, Princeton, 1977

Jobert Bruno, Muller Pierre, *L'Etat en action. Politiques publiques et corporatisme*, PUF, Paris, 1987, 242 p.

Jobert Bruno, Steffen Monika (sld.), *Les politiques de santé en France et en Allemagne*, Observatoire européen de la protection sociale, Paris, 1994

Johanet Gilles, « L'échec de la régulation », Les Presses des Sciences Po, 2009, p. 275-283, in Bras Pierre-Louis, de Pouvourville Gérard, Tabuteau Didier (sld.), *Traité d'économie et de gestion de la santé*, Les Presses des Sciences Po, 2009, 564 p.

Lancry Pierre-Jean, « L'assurance maladie en France : acteurs, rôles, responsabilités », Les Presses des Sciences Po, 2009, p. 379-386, in Bras Pierre-Louis, de Pouvourville Gérard, Tabuteau Didier (sld.), *Traité d'économie et de gestion de la santé*, Les Presses des Sciences Po, 2009, 564 p.

Lapeyre Nathalie, Robelet Magali, « Féminisation des groupes professionnels : en médecine générale comme ailleurs ? », in Bloy Géraldine, Schweyer François-Xavier, *Singuliers généralistes, Sociologie de la médecine générale*, Presses EHESP, 2010, p. 365-378

Lascoumes Pierre, Le Galès Patrick, « Introduction : l'action publique saisie par ses instruments », Presses de Sciences Po, Paris, 2005, p. 11-44, in Lascoumes Pierre, Le Galès Patrick, *Gouverner par les instruments*, Presses de Sciences Po, Paris, 2005

Le Galès Patrick, Lascoumes Pierre, *Sociologie de l'action publique*, Armand Colin, Paris, 2011, 124 p.

Olier Lucile, Chaleix Mylène, Guillaumat-Tailliet François, « L'offre de soins en France : évolution et perspectives », Les Presses des Sciences Po, 2009, p. 107-113, in Bras Pierre-Louis, de Pouvourville Gérard, Tabuteau Didier (sld.), *Traité d'économie et de gestion de la santé*, Les Presses des Sciences Po, 2009, 564 p.

Or Zeynep, « Pourquoi et comment évaluer la performance des systèmes de santé ? », Les Presses des Sciences Po, 2009, p. 75-82, in Bras Pierre-Louis, de Pouvourville Gérard, Tabuteau Didier (sld.), *Traité d'économie et de gestion de la santé*, Les Presses des Sciences Po, 2009, 564 p.

Pierru Frédéric, « Les agences régionales de santé : une bonne idée au service d'une mauvaise politique », Editions du Croquant, 2011, p. 113-128, in Mas Bertrand, Pierru Frédéric, Smolski Nicole, Torrielli Richard, *L'hôpital en réanimation*, Editions du Croquant, 2011, 366 p.

Rican Stéphane, Salem Gérard, « Inégalités spatiales de santé en France », Les Presses des Sciences Po, 2009, p. 181-184, in Bras Pierre-Louis, de Pouvourville Gérard, Tabuteau Didier (sld.), *Traité d'économie et de gestion de la santé*, Les Presses des Sciences Po, 2009, 564 p.

Sarradon-Eck Aline, « "Qui mieux que nous ?" Les ambivalences du "généraliste-pivot" du système de soins », in Bloy Geraldine, Schweyer François-Xavier, *Singuliers généralistes, Sociologie de la médecine générale*, Presses EHESP, 2010, 253-270 p.

### **Articles et études**

« Aide à l'installation et à la création de projets, Naissance du guichet unique virtuel », *Le Quotidien du médecin*, 30 juin 2011

Attal-Toubert Ketty, Vanderschelden Mélanie, « La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales », *Etudes et résultats*, DREES, n°679, février 2009

Baudier François, Thomas T. (dir.), « Les maisons de santé : une solution d'avenir ? », *Santé Publique*, 2009/07-08, suppl. n°4, 56 p.

Baudier François, Bourgueil Yann, Evrard Isabelle, Gautier Arnaud, Le Fur Philippe, Mousquès Julien, « La dynamique de regroupement des médecins libéraux de 1998 à 2009 », *Questions d'économie de la santé*, IRDES, n°157, septembre 2010

Benamouzig Daniel, Pierru Frédéric, « Le professionnel et le « système » : l'intégration institutionnelle du monde médical », *Sociologie du travail*, n°53, 2011, p. 327-333, in « *New Public Management* et professions dans l'Etat : au-delà des oppositions, quelles recompositions ? », Dossier-débat, *Sociologie du travail*, n°53, 2011, p. 293-348

Bezès Philippe, « Le renouveau du contrôle des bureaucraties. L'impact du new public management », *Informations sociales*, n° 126, 2005

Bezès Philippe, Demazière Didier, Le Bianic Thomas, Paraise Catherine, Normand Romuald, Benamouzig Daniel, Pierru Frédéric, Evetts Julia, « *New Public Management* et professions dans l'État : au-delà des oppositions, quelles recompositions ? », Dossier-débat, *Sociologie du travail*, n°53, 2011, p. 293-348

Bloy Géraldine, « Jeunes diplômés de médecine générale : devenir médecin généraliste... ou pas ? Les enseignements du suivi d'une cohorte d'une cinquantaine d'anciens internes (2003-2010) », *DREES*, Document de travail, n°104, février 2011

Bourgueil Yann, Marek Anna, Mousquès Julien, « Médecine de groupe en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec : quels enseignements pour la France ? », *Questions d'économie de la santé*, IRDES, n°127, novembre 2007

Bras Pierre-Louis, « Réforme des ARS : un aboutissement ou une étape pour un système de santé bien géré ? », *ADSP*, n°74, mars 2011 (a), p. 54-56

Bras Pierre-Louis, « Peut-on réformer l'organisation des soins de premier recours ? », *Les Tribunes de la santé*, n°30, 2011 (b), p. 113-126

Bras Pierre-Louis, Tabuteau Didier, « "Santé 2010", un rapport de référence pour les politiques de santé », *Les Tribunes de la santé*, n°25, 2009, p. 79-93

Chambaz Florent *et al.*, « Pour des agences régionales ayant la possibilité de pérenniser les offres de santé », *Santé Publique*, Vol. 20, 2008, p. 269-274

Chauvière Michel, « Trop de gestion tue le social. Essai sur une discrète chalandisation », *Pensée Plurielle*, n°17, 2008, p. 135-138

Cherasse Dominique, « Du bon usage des Urcam », *ADSP*, n°27, p. 16-18

Clément Marie-Caroline, Couralet Pierre-Emmanuel, Mousques Julien, Pierre Aurélie, Bourgueil Yann, « Les maisons de santé : un nouvel équilibre entre accessibilité, continuité des soins des soins et organisation des médecins libéraux », *Santé Publique*, 2009/07-08, suppl. n°4, p. S79-S90

Coldelfy Magali, Lucas-Gabrielli Véronique, « Le territoire, un outil d'organisation des soins et des politiques de santé ? Evolution de 2003 à 2011 », *Questions d'économie de la santé*, IRDES, n°175, avril 2012

Courrèges Cécile, « Réforme de la gouvernance régionale : quel impact sur le pilotage national ? », *ADSP*, n°74, mars 2011, p. 31-34

Damamme Dominique, « La jeunesse des syndicats de médecins ou l'enchantement du syndicalisme », *Genèses*, n°3, 1991, p. 31-54

De Lacaussade Gilles, « Les agences régionales de santé : missions et organisation », *ADSP*, n°74, mars 2011, p. 18-21

Douillet Anne-Cécile, Robert Cécile, « Les élus dans la fabrique de l'action publique locale », *Sciences de la société*, n°71, p. 2-24

Emery Yves, Martin Naomi, « Quelle identité d'agent public aujourd'hui ? Représentations et valeurs au sein du service public Suisse », *Revue française d'administration publique*, n°127, 2008, p. 559-578

Hassenteufel Patrick, « Syndicalisme et médecine libérale : le poids de l'histoire », *Les Tribunes de la santé*, n° 18, 2008, p. 21-28

Hassenteufel Patrick, Palier Bruno, « Les trompe-l'œil de la « gouvernance » de l'assurance maladie : contrastes franco-allemands », *Revue française d'administration publique*, n°113, 2005, p. 13-27.

Jakobovitch Steve, Bournot Marie-Christine, Cercier Elodie, Tuffreau François, « Les emplois du temps des médecins généralistes », *Etudes et résultats*, DREES, n°797, mars 2012

Le Fur Philippe, collab. Bourgueil Yann, Cases Chantal, « Le temps de travail des médecins généralistes. Une synthèse des données disponibles », *Questions d'économie de la santé*, IRDES, n°144, juillet 2009

Molénat Xavier, « Le nouvel esprit de l'action publique », *Sciences humaines*, n°228, juillet 2011

Moulière Monique, « A propos des interactions au guichet de l'Etat-social », *Mouvements*, n°15-16, 2001 p. 190-192

Olsen Johan P., « Maybe It Is Time to Rediscover Bureaucracy », *Journal of public Administration Research and Theory*, Vol. 16, 2006, p. 1-24

Palier Bruno, Bonoli Giuliano, « Phénomènes de *Path Dependence* et réformes des systèmes de protection sociale », *Revue française de science politique*, n°3, 1999, p. 399-420

Palier Bruno, Surel Yves, « Les « trois I » et l'analyse de l'État en action », *Revue française de science politique*, Vol. 55, 2005, p. 7-32



Pierru Frédéric, « Napoléon au pays du New Public Management. L'exemple de la « déconcentration » de la politique de santé », *Savoir Agir*, n°11, mars 2010, p. 29-37

Pierru Frédéric, Grimaldi André, Sedel Laurent, « D'autres pistes pour la santé publique », *Le Monde diplomatique*, n°699, juin 2012

Rouban Luc, « Réformer l'État : pourquoi et pour quoi ? », *Cahiers français*, n° 346, sept.-oct. 2008

Sambuc Roland, « Des programmes aux politiques régionales de santé », éditorial, *ADSP*, n°46, mars 2004

Schmitter Philippe C., "Still the Century of Corporatism?", *The Review of Politics*, n°36, janvier 1974, p. 85-131

Steffen Monika, « Les médecins et l'Etat en France », *Politiques et management public*, n°5, 1987, p. 19-39

Tabuteau Didier, « Loi « Hôpital, patients, santé et territoires » (HPST) : des interrogations pour demain ! », *Santé Publique*, Vol. 22, 2010, p. 78-90

Tabuteau Didier, « La décision en santé », *Santé Publique*, Vol. 20, 2008, p. 297-312

Thatcher Mark, "The third force? Independent regulatory agencies and elected politicians in Europe", *Governance*, n°18, 2005, p. 347-373

Thatcher Mark, "Regulatory agencies, the state and markets: a Franco-British comparison", *Journal of European public policy*, n°14, 2007, p. 1028-1047

Wieviorka M., « Subjectivité du malade et action collective », in S. Abtroun (coord.), *Vous avez dit santé ?*, Le Bord de l'eau, 2001, p. 75-88

## **Rapports officiels**

Baudier François, *Mission offre de soins ambulatoire et Agence régionales de santé*, Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports, mai 2010

Berland Yvon, *Rapport de la commission démographie médicale*, avril 2005

Berland Yvon, Cadet Danielle, Henart Laurent, *Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire. Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer*, Rapport remis à Xavier Bertrand, Valérie Pécresse, Nora Berra, Paris, janvier 2011

Bur Yves, *Rapport d'information, en conclusion des travaux de la mission sur les agences régionales de santé*, Assemblée nationale, Commission des Affaires culturelles, familiales et sociales, Paris, février 2008

Cour des Comptes, « Chapitre V : La répartition territoriale des médecins libéraux », p. 147-171, in Cour des Comptes, « Sécurité sociale », Paris, septembre 2011, 547 p.

Crachemore Bérengère, Juilhard Jean-Marc, Touba Annick, Vallencien Guy, *Le bilan des maisons et des pôles de santé et les propositions pour leur déploiement*, Rapport à la demande de Roselyne Bachelot-Narquin, Fadela Amara, Hubert Falco, 2009

Hubert Elisabeth, *Mission de concertation sur la médecine de proximité*, Paris, décembre 2010

Haut Conseil de la Santé Publique, « La santé en France », Rapport général, *La Documentation française*, Paris, 1994

ISNAR-IMG, *Enquête nationale sur les souhaits d'exercice des internes de médecine libérale*, Lyon, du 2 juillet 2010 au 1<sup>er</sup> janvier 2011

ISNAR-IMG, *Plateforme d'Appui aux Professionnels de Santé. Guide pratique à l'usage des Administrateurs de l'ISNAR-IMG*, Lyon, juin 2011

Milon Alain, *Rapport fait au nom de la commission des Affaires sociales sur le projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale après déclaration d'urgence, portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires*, Sénat, Commission des Affaires sociales, Paris, 2009

Organisation Mondiale de la Santé, *Rapport sur la santé dans le monde : travailler ensemble pour la santé*, OMS, Genève, 2006

Organisation Mondiale de la Santé, *The World Health Report: Primary Health Care. Now More than Ever*, Genève, 2008

Ritter Philippe, *Rapport sur la création des Agences régionales de santé (ARS)*, Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports, Paris, janvier 2009

#### **Autres**

Intervention Pierre-Louis Bras, Colloque « Organiser et prendre en charge la santé des français », 7 février 2011

Intervention Claude Evin et Mireille Faugère, Conférence « Deux ans d'ARS », Cycle « Rencontres d'Hippocrate », Faculté de médecine Paris-Descartes, 13 mars 2012

Loi n° 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie

Code de la santé publique

Convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie, signée le 26 juillet 2011

Convention d'objectifs et de gestion entre l'Etat et la CNAMTS pour la période 2010-2013, signée le 27 avril 2010

Décret n°2010-585 du 2 juin 2010 relatif aux unions régionales de professionnels de santé

Direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins, Observatoire national de la démographie des professions de santé, *Etats généraux de l'organisation de la santé (EGOS). Synthèse des travaux des 2 journées nationales (8 février et 9 avril 2008)*, Paris, 2008

Discours officiels et documents d'informations au public du Ministère de la santé

Documents internes à l'ARS Rhône Alpes

Ministère en charge de la Santé, « Améliorer la santé de la population et accroître l'efficacité de notre système de santé », dossier de presse de la création des Agences Régionales de Santé, 1<sup>er</sup> avril 2010.

Rapports d'activités des ARS élaborés par le Ministère en charge de la Santé

Vincent Fanny, *La nouvelle médecine libérale : les maisons de santé pluri professionnelles (MSP), une solution pour les soins de premier recours ?*, Mémoire en vue de l'obtention du diplôme de l'Institut d'Etudes Politiques de Grenoble, Master 2 Politiques Publiques et Changement Social – Spécialité « Politiques Publiques de Santé », Grenoble, 2011-2012, 36 p.

## Liste des sigles employés

ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation

ARS : Agence Régionale de Santé

CARSAT : Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail

CGSS : Caisse Générale de Sécurité Sociale

CGT : Confédération Générale du Travail

CIADT : Comité Interministériel d'Aménagement et de Développement du Territoire

CNAM(TS) : Caisse Nationale d'Assurance Maladie (des Travailleurs Salariés)

CNP : Conseil National de Pilotage

CNSA : Caisse Nationale de Solidarité et d'Autonomie

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

CRAM : Caisse Régionale d'Assurance Maladie

CROSS : Comité Régional d'Organisation des Soins

CRSA : Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie

DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

DGCS : Direction Générale de la Cohésion Sociale

DGME : Direction Générale pour la Modernisation de l'Etat

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DGS : Direction Générale de la Santé

DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins

DMP : Dossier Médical Personnel

DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales

DRJSCS : Direction Régionale de la Jeunesse des Sports et de la Cohésion Sociale

DRSM : Direction Régionale du Service Médical

DTD : Délégation Territoriale Départementale

EGOS : Etats Généraux de l'Organisation de Santé

EPCI : Etablissement Public de Coopération Intercommunale

ETP : Education Thérapeutique du Patient

FemasRA : Fédération des Maisons de Santé en Rhône Alpes

FIQCS : Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins

FIR : Fond d'Intervention Régional

GRSP : Groupement Régional de Santé Publique  
HPST : loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, ou « loi Hôpital Patients Santé Territoires »  
IFSI : Institut de Formations en Soins Infirmiers  
ISNAR-IMG : Inter Syndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale  
LOLF : Loi Organique relative aux Lois de Finances  
MRS : Mission Régionale de Santé  
MSA : Mutualité Sociale Agricole  
MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle  
OMS : Organisation Mondiale de la Santé  
PAPS : Plateforme d'Appui aux Professionnels de Santé  
PMI : Protection Maternelle Infantile  
PRAPS : Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux soins en faveur des personnes les plus démunies  
PRIAC : PRogramme Interdépartemental d'ACcompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie  
PRS : Projet Régional de Santé  
PRSP : Projet Régional de Santé Publique  
PSP : Pôle de Santé Pluriprofessionnel  
PSRS : Programme Stratégique Régional de Santé  
RGPP : Révision Générale des Politiques Publiques  
RSI : Régime Social des Indépendants  
SROS : Schéma Régional d'Organisation des Soins  
SROMS : Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale  
SSIAD : Services de Soins Infirmier A Domicile  
UNCAM : Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie  
URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie  
URML : Union Régionale des Médecins Libéraux  
URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé  
ZFU : Zone Franche Urbaine  
ZRR : Zone de Revitalisation Rurale

# Table des matières

<b>SOMMAIRE</b> .....	<b>4</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>6</b>
<b>PARTIE 1 : DES ARH AUX ARS, L'AMBIVALENCE D'UN SERVICE DECONCENTRE</b> .....	<b>18</b>
<b>Chapitre 1 : L'impératif de « transversalité décloisonnante », moteur de la création des ARS</b> .....	<b>20</b>
1. Garantir la transversalité du système par son décloisonnement : le principe de transversalité décloisonnante .....	20
2. Une transversalité inaboutie ? .....	24
2.1. Un cloisonnement persistant au niveau national .....	24
2.2. La dualité Etat/assurance maladie .....	26
3. Décloisonner pour rationaliser : l'empreinte du <i>New Public Management</i> .....	27
3.1. L'impératif de transversalité décloisonnante .....	28
3.2. Le <i>New Public Management</i> , nouvel avatar de l'action publique .....	29
<b>Chapitre 2 : ARS : désengagement de l'Etat ou gouvernement à distance ?</b> .....	<b>31</b>
1. L'Etat maître du jeu des agences : la « déconcentration » de l'action publique .....	31
1.1. L'Etat présent par le contrôle .....	31
1.2. Responsabiliser sans autonomiser .....	34
2. La déconcentration par la territorialisation .....	36
2.1. Le territoire, outil du décloisonnement .....	36
2.2. Le territoire, échelon démocratique ? .....	37
2.3. Le territoire face à la verticalisation du pouvoir .....	38
<b>Chapitre 3 : La complexe structuration de l'ARS Rhône Alpes</b> .....	<b>41</b>
1. De la préfiguration à la mise en marche .....	41
1.1. Le chantier contre la montre .....	42
1.2. L'édification en Rhône Alpes .....	44
2. Le casse-tête managérial .....	47
2.1. Le choc des cultures ou le zéro management .....	48
2.2. Le <i>burn out</i> de l'ARS .....	50
<b>Conclusion</b> .....	<b>54</b>
<b>PARTIE 2 : L'ENJEU CENTRAL DES SOINS DE PREMIER RECOURS OU L'INACHEVEMENT DE LA LOI HPST</b> .....	<b>55</b>
<b>Chapitre 1 : L'importance des soins de premier recours reconnue</b> .....	<b>57</b>
1. La lente émergence d'une politique française de premier recours .....	57
1.1. France, Royaume-Uni, deux modèles professionnels différents .....	57
1.2. L'enjeu de la coordination des soins .....	59
2. La place reconnue du premier recours dans la réforme .....	61
2.1. Définir les soins de premier recours .....	61
2.2. Afficher une action en faveur du premier recours .....	63
<b>Chapitre 2 : ...Mais une réforme inaboutie</b> .....	<b>65</b>
1. Le premier recours : une définition comme enjeu central du système de santé encore difficile .....	65
1.1. Des territoires de santé de proximité ? .....	65
1.2. L'assurance maladie, unique et traditionnelle régulatrice .....	66
1.3. Des mesures encore insuffisantes .....	68
2. Le sous-dimensionnement du service offre ambulatoire de l'ARS Rhône Alpes .....	71

2.1. Un manque d'ampleur et de visibilité.....	71
2.2. Un service peu aidé.....	73
<b>Chapitre 3 : La genèse d'un service unique.....</b>	<b>75</b>
1. Un constat d'éclatement des acteurs de premier recours.....	75
1.1. Le rôle évident de l'assurance maladie.....	75
1.2. L'importance des instances représentatives des professionnels de santé.....	76
1.3. Les collectivités territoriales, acteurs de terrain.....	77
2. L'idée d'un « service unique ».....	78
2.1. La formalisation de l'idée.....	78
2.2. Le déroulement en Rhône Alpes.....	79
<b>Conclusion.....</b>	<b>82</b>

### **PARTIE 3 : LA PLATEFORME D'APPUI AUX PROFESSIONNELS DE SANTE (PAPS), CRISTALLISATEUR DES ENJEUX DU PREMIER RECOURS ..... 83**

<b>Chapitre 1 : Définition des contours de la PAPS.....</b>	<b>85</b>
1. Simplifier le système pour lui rendre sa cohérence et lui donner une lisibilité.....	85
2. La PAPS : un projet collectif, une stratégie partenariale, une politique commune.....	87
3. Une couche de coordination supplémentaire ?.....	89
3.1. La légitime coordination.....	89
3.2. Le flou et les craintes des partenaires.....	90
<b>Chapitre 2 : La PAPS, un outil de politique publique ?.....</b>	<b>93</b>
1. Analyse critique de la structure et du contenu de l'information de la plateforme.....	93
1.1. L'enjeu du site Internet.....	93
1.2. La PAPS, outil visible de l'action publique.....	95
2. La PAPS ou comment tenter de transformer la médecine libérale.....	96
2.1. La place centrale de la médecine libérale dans le dispositif de premier recours.....	96
2.2. Des potentialités insuffisamment exploitées.....	98
3. La PAPS est une « arène ».....	99
3.1. La position de l'assurance maladie.....	100
3.2. Jeux d'acteurs dans l'arène : les instances représentatives des professionnels de santé.....	101
3.3. L'acteur Conseil régional.....	103
3.4. Les autres.....	103
<b>Conclusion.....</b>	<b>105</b>

### **CONCLUSION GENERALE.....107**

### **BIBLIOGRAPHIE .....112**

### **LISTE DES SIGLES EMPLOYES .....123**

### **TABLE DES MATIERES.....125**

### **ANNEXES .....127**



## **Annexes**

**Annexe n°1** : Organigramme de l'ARS Rhône Alpes

**Annexe n°2** : Schéma de la Tour Part-Dieu à Lyon et de la disposition des bureaux du 21<sup>e</sup> étage, lieu de l'observation participante

**Annexe n°3** : Liste des entretiens réalisés

**Annexe n°4** : Guides d'entretien

**Résumé :** Les Agences Régionales de Santé ont été créées le 21 juillet 2009 par la loi HPST – Hôpital, Patients, Santé, Territoires. Elles deviennent en région, les instances uniques de pilotage stratégique de la politique de santé, en absorbant totalement ou partiellement tout un panel d'institutions. C'est le passage des Agences Régionales d'Hospitalisation aux Agences Régionales de Santé, dans une logique de transversalité de la politique de santé et de décloisonnement des acteurs et des secteurs. Hôpital, premier recours, médico-social, prévention et veille sanitaire sont ainsi regroupés au sein des ARS.

Face à la « bipolarisation » historique du système de santé français qui prévaut entre l'hôpital et le premier recours, source de difficultés dans la gestion du système de santé, la consolidation d'une offre de soins de proximité apparaît essentielle pour assurer l'efficacité du système. Elle en est la clé de voute, aussi bien en amont qu'en aval de l'activité des établissements de santé et d'accueil des personnes âgées ou handicapées. Parmi les leviers d'action dont disposent les nouvelles ARS pour mener à bien leur mission, les Plateformes d'Appui aux Professionnels de Santé – PAPS, entendent simplifier le système et le rendre plus lisible pour les professionnels, afin d'inciter ceux-ci à s'organiser entre eux pour le transformer.

**Mots clés :** Agences Régionales de Santé, système de santé, efficience, *New Public Management*, déconcentration, action publique, territorialisation, premier recours, Plateformes d'Appui aux Professionnels de Santé, médecine libérale, médecin généraliste

---

**Summary:** The Regional Health Agencies were created July 21, 2009 by the HPST law - Hospital, Patients, Health and Territories. They become single regional instances of strategic management of health policy, totally or partially absorbing a whole range of institutions. It is the passage of the Regional Hospitalization Agencies to Regional Health Agencies, in a logic of transversality of health policy and opening up of health actors and sectors. Hospital, primary care, medico-social, prevention and health watch are grouped into the RHA.

Facing the "polarization" of the historic French health system that exists between the hospital and primary care – at the root of difficulties in managing the health system –, the consolidation of a range of proximity care is essential to ensure the efficiency of the system. It is the keystone, both upstream and downstream of the activity of health institutions and facilities for the elderly or disabled. Among the levers available to new RHA to complete their mission, the "Support Platforms for Health Professionals" intend to simplify the system and make it more readable for professionals, in order to encourage them to organize themselves to transform it.

**Keywords:** Regional Health Agencies, health system, efficiency, New Public Management, devolution, public policy, territorialization, primary care, Support Platforms for Health Professionals, private practice, general practitioner