



HAL
open science

La création des Agences Régionales de Santé comme nouvelle dynamique dans le changement des politiques publiques relatives aux services d'urgences. Les exemples des services d'urgences de Moûtiers (hôpital public) et de Cluses (clinique privée) : une fermeture encadrée par un transfert de statut juridique

Manon Durousset

► **To cite this version:**

Manon Durousset. La création des Agences Régionales de Santé comme nouvelle dynamique dans le changement des politiques publiques relatives aux services d'urgences. Les exemples des services d'urgences de Moûtiers (hôpital public) et de Cluses (clinique privée) : une fermeture encadrée par un transfert de statut juridique. Science politique. 2016. dumas-01431534

HAL Id: dumas-01431534

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01431534>

Submitted on 11 Jan 2017

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.

**La création des Agences Régionales de Santé comme
nouvelle dynamique dans le changement des politiques
publiques relatives aux services d'urgences**

*Les exemples des services d'urgences de Moûtiers (hôpital public) et de Cluses
(clinique privée) : une fermeture encadrée par un transfert de statut juridique*

Remerciements

Je tiens en premier lieu à remercier ma Directrice de Mémoire qui a fait preuve d'une très grande disponibilité et de beaucoup de pédagogie à mon égard tout au long de mon travail de recherche.

Je remercie tout particulièrement Doriane Argaud, Médecin inspecteur en charge de l'organisation régionale des urgences au sein de l'Agence Régionale de Santé (ARS) Auvergne-Rhône-Alpes, pour son accompagnement tout au long de mon stage et pour la confiance qu'elle m'a accordée en m'offrant l'opportunité d'effectuer ce stage à ses côtés.

Je souhaite adresser également mes remerciements à Angélique Grange, responsable du service premier recours pour son accueil au sein du service ainsi qu'à l'ensemble de l'équipe du service qui m'a fait découvrir les thématiques liées à l'offre de soins de premier recours et a fait en sorte que mon stage se déroule dans les meilleures conditions possibles. Je tiens donc à les remercier pour leur accueil et leur gentillesse.

Mes remerciements s'adressent enfin aux professionnels rencontrés au cours de la rédaction de mon mémoire, qui, par leurs témoignages lors des entretiens réalisés, et les documents qu'ils ont accepté de me transmettre, ont contribué à l'enrichissement de ce travail.

Sans oublier ma famille et mes amis pour leur soutien tout au long de ce travail et leurs précieuses relectures.

Liste des abréviations

ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation
ARS : Agence Régionale de Santé
CAM : Centre d'Accueil Médical
CCMU : Classification Clinique des Malades aux Urgences
CCRPS : Cahier des Charges Régionales de la Permanence des Soins
COG : Convention d'objectifs et de gestion
CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CPOM : Contrat Pluriannuelle d'Objectifs et de Moyens
CRAM : Caisses Régionales d'Assurance Maladie
CRSA : Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie
CSNP : Centre de Soins non Programmés
DDASS : Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales
DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins
DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
DMS : Durée Moyenne de Séjour
DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
ESPIC : Etablissement de santé privé d'intérêt collectif
FIR : Fonds d'Intervention Régional
GHT : Groupements Hospitaliers de Territoires
GIP : Groupement d'Intérêt Public
HPST : Hôpital Patients Santé Territoires
IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales
LOLF : Loi Organique relative aux Lois de Finance
MCS : Médecins Correspondants SAMU
MMG : Maisons Médicales de Garde
MSP : Maisons de Santé Pluridisciplinaires
OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Economique

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONDPS : Observatoire national de la démographie des professions de santé

PDG : Président Directeur Général

PRS : Projet Régional de santé

RPU : Résumé de Passages aux Urgences

SAE : Statistique annuelle des établissements

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SAU : Service d'Accueil des Urgences

SISA : Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires

SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

SROS : Schéma Régional d'Organisation des Soins

T2A : Tarification À l'Activité

URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

Sommaire

Introduction	8
Première partie : construction du travail de recherche	14
Deuxième partie : test des hypothèses	52
Discussion	93
Bibliographie	102
Annexes	105
Table des matières	113
Résumé	115

Introduction

Au regard des archives, il apparaît, de manière plutôt étonnante, que de nombreuses revendications émanant de la population française à travers les cahiers de doléances de 1789¹ sont déjà attenantes à la question des soins de proximité. La prise en charge sanitaire urgente intéresse donc particulièrement les populations depuis plusieurs siècles. Ce fait conduit à une mise à l'agenda récurrente et sensible d'une politique publique d'organisation des soins, aujourd'hui appelée, de premier recours.

Selon la même idée aujourd'hui, le 31 août 2015, le quotidien français *Le Monde*² alerte sur un rapport préconisant la fermeture de soixante-sept services d'urgences. Cette anecdote soulève un sujet sensible aux yeux de la société. Effectivement, l'organisation des services hospitaliers intéressent l'ensemble de la population et représentent pour des usagers une source de mobilisation. Les services d'urgences, sont particulièrement concernés par ce fait, composante essentielle d'un établissement de santé, ils sont souvent présentés comme la « vitrine » de la structure de soins.

En 1945, le système de soins français s'est construit selon un modèle d'hégémonie de l'hôpital. Effectivement l'hôpital est pensé au centre du système de santé avec une frontière hermétique entre les établissements et la médecine de ville. De grands hôpitaux sont créés selon cette logique. Une frontière culturelle entre praticiens de ville et praticiens hospitaliers s'est creusée. Depuis les années 1980, dans un contexte de contrôle de dépenses publiques, la médecine ambulatoire s'est développée. Il s'agissait d'abord de relier ville et hôpital dans la prise en charge des patients venant de subir une chirurgie afin de contrôler la durée moyenne de séjour (DMS).

Effectivement l'idée d'organisation territoriale de l'offre de soin, modèle de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) était entendue en France uniquement comme une régulation des établissements. L'offre libérale, basée sur la liberté d'installation des praticiens, était appelée à s'autoréguler. Petit à petit, les politiques publiques encouragent la refonte du lien entre les deux milieux. Le contexte de rigueur budgétaire influence ce rapprochement. Le législateur s'est intéressé aux praticiens de ville dans une vision plus globale du parcours du patient. La médecine dite de

¹ Archives disponibles en ligne sur le site galica.fr

² Le Monde, « Un rapport préconise la fermeture de 67 services d'urgences ». 31 août 2015

premier recours est mise en avant, les praticiens encouragés, il est alors mis en place des Maisons de Santé Pluridisciplinaire (MSP), des réseaux de santé...

Ces politiques publiques passent cependant dans un premier temps par les organismes de sécurité sociale, l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM), tandis que la médecine hospitalière est elle prise en charge et régulée par la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociale (DRASS) et par l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH). Avec la publication de la Loi Hôpital Patients Santé Territoires (HPST)³ du 21 juillet 2009, les pouvoirs publics, par l'article 118 de la loi, créent les Agences Régionales de Santé (ARS) de nouvelles entités publiques, autonomes, sous la tutelle du ministère de la Santé. Les ARS fusionnent alors plusieurs organismes dont les URCAM, les DRASS et les ARH. Le système de santé est alors pensé de manière plus globale.

Avec la naissance des ARS les politiques du premier recours prennent effectivement forme et deviennent une composante de l'offre de soins. La médecine de premier recours est donc envisagée dans un système global mêlant professionnels libéraux et système hospitalier. La permanence des soins ambulatoires, c'est à dire l'offre de premier recours lors de la fermeture des cabinets médicaux (soir, nuit, week-end et jours fériés) est alors repensée, un cahier des charges régional est mis en place en 2012 mêlant l'offre hospitalière (services d'urgences) et l'offre libérale (cabinet de garde). De nouvelles pratiques sont mises en place pour permettre cela, comme le renfort des Maisons Médicales de Garde (MMG), et la mise en place de régulateurs libéraux dans les centres 15.

En parallèle à cela, il est fait le constat d'un recours aux services d'accueil des urgences (SAU) de plus en plus important, dans un contexte de rigueur budgétaire et de raréfaction d'une ressource de professionnels. Des études scientifiques et professionnelles (rapport Grall, enquête DRESS, enquête ARS) montrent un recours aux SAU de patients qui pourraient médicalement être pris en charge par la médecine de ville sans recours hospitalier.

³ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

Le législateur s'intéresse alors à une rationalisation de la prise en charge des patients de manière à limiter les coûts en évitant les recours excessifs dans des structures hospitalières non adaptées. La transformation de certains SAU en centre de premier recours est abordée, le rapport Grall⁴ formule cette possibilité sans que le législateur concrétise formellement la mesure. Les centres de premiers recours seraient alors des services de médecine générale adaptés permettant une prise en charge non programmée de patients dont l'état de santé ne nécessite pas une prise en charge médicale lourde. Ce recours permettrait effectivement d'éviter des passages coûteux dans les services d'urgences équipés de matériaux lourds et fonctionnant avec du personnel hospitalier.

L'ARS de la région Rhône-Alpes, s'est saisie en amont de cette problématique et a entamé en 2012 une évaluation des services d'urgences en vue d'une éventuelle transformation. Cela a abouti à la réforme du Schéma Régional d'Organisation des Soins urgents (SROS) fin 2015. Celui-ci prévoit alors une évaluation des services d'urgences de la région à partir de leur nombre annuel de passages et de la gravité des patients reçus. Le volet réformé du SROS envisage la possibilité de transformer certains services en centres de soins non programmés (CSNP). La Région connaît par ailleurs déjà cinq exemples de transformation de services d'urgences : l'hôpital de Romans (Drôme), l'hôpital de Chamonix (Haute-Savoie), la Clinique du Val D'ouest (Rhône), la clinique et Cluses (Haute-Savoie) et l'hôpital de Moûtiers (Savoie).

Ces transformations de SAU en CSNP ne correspondent donc pas à un modèle normatif légal, mais à des ajustements locaux. Le contexte de ces transformations est différent pour chacune des structures. Cependant deux établissements se distinguent de manière atypique, l'hôpital de Moûtiers et la clinique de Cluses. Effectivement ces transformations se sont déroulées dans une situation de conflits et ont nécessité une prise de décision publique active là où les autres transformations sont moins illustrantes de cette construction.

Cependant, l'intérêt de ces établissements tiens également dans le fait que leurs services d'urgences sont visés depuis de nombreuses années par des critiques. Il leur est reproché un nombre de passages très faibles et une prise en charge de patients peu graves. Or, alors que ces constats amènent les pouvoirs publics à envisager depuis longtemps une fermeture, la concrétisation de cette politique intervient récemment et dans un laps de temps court. Il est dès lors intéressant de saisir ce

⁴ Jean-Yves Grall, *Rapport sur la territorialisation des activités urgences*, Juillet 2015, 29p.

qui pousse le décideur politique, en l'occurrence ici l'ARS Rhône-Alpes à concrétiser ce changement à partir d'un constat fait depuis de nombreuses années. Les cas empiriques étudiés seront ainsi le processus décisionnel public conduisant à la transformation des services d'urgences de l'hôpital public de Moûtiers et de la clinique privée de Cluses en centres de soins non programmés.

La littérature s'est beaucoup intéressée à la question du changement en politiques publiques. Des grilles d'analyse du processus décisionnel public sont proposées par les auteurs. De plus, l'étude des politiques publiques met en avant une mutation de l'Etat en Etat régulateur et amène les chercheurs à parler, de manière désormais courante, d'un phénomène d'agencification des services de l'Etat. Les ARS répondent sémantiquement à ce phénomène.

Il apparaît alors intéressant de se questionner sur la recherche éventuelle d'un lien entre cette évolution récente de la gouvernance de l'Etat et cette prise de décision rapide qui constitue un changement de politiques publiques.

Nous allons nous questionner sur la réflexion suivante, à savoir : ***Comment la création des Agences Régionales de Santé peut-elle être appréhendée comme une étape dans la diffusion d'une nouvelle idée permettant la concrétisation d'un changement ?***

Le travail réalisé ici vise à analyser les politiques publiques et leurs constructions qui ont permis ce changement. Il ne s'agit pas d'une évaluation professionnelle du fonctionnement ni de l'efficacité du fonctionnement de la filière urgences.

Le sujet de recherche est issu d'une réflexion au cours d'un stage au sein de la direction de l'efficacité de l'offre de soins à l'ARS Rhône-Alpes et plus précisément dans le service « Offre de soins de premier recours. » Ainsi le terrain de recherche a été abordé dans un premier temps par des observations à l'origine d'intuitions de recherche.

Ces intuitions appuyées des recherches existantes dans la littérature de sciences politiques sont à l'origine de deux hypothèses de recherche.

La première hypothèse consiste à penser que la création des ARS en 2010 est le fruit d'une construction historique des changements de pratiques qui va dans le sens de l'intégration de la médecine de premier recours. Ces changements de pratiques dans un sens constant permettent d'aboutir à la naissance de nouveaux modèles de pensée chez les décideurs publics et mènent à la concrétisation d'un changement à savoir la transformation des SAU en CSNP.

La seconde hypothèse se construit selon l'idée que la création des ARS, fruit d'une évolution progressive de politique publique, a concrétisé de nouveaux instruments de politiques publiques. Ces instruments permettent un changement. La saisie faite par les acteurs de ces instruments permet l'aboutissement d'une politique évaluée antérieurement comme nécessaire par la modification progressive des référentiels de pensée. Ainsi, les nouveaux instruments apportés par la création en 2010 des ARS permettent aux décideurs publics d'entériner la transformation de services d'urgences en centres de soins non programmés.

L'objet de ce travail de recherche sera alors de comprendre à partir des deux exemples empiriques du processus décisionnel de la transformation des SAU de Cluses et de Moûtiers en CSNP, comment l'influence de la gouvernance des services déconcentrés de l'Etat intervient et dans quelle mesure le processus de décision est influencé par le contexte institutionnel et historique. Il convient également d'observer les influences et éléments déclencheurs de ces transformations.

La méthode de recherche répond principalement à la technique de l'entretien. Quinze personnes, sélectionnées en fonction de leurs professions et positionnement dans la transformations des cas empiriques, ont été interrogées afin de comprendre les éléments du changement et leur vision de la transformation. Le travail de recherche a ainsi été mené de janvier à mai 2016.

Ce travail fait l'objet d'une présentation en trois parties :

Il s'agit de revenir sur le contexte historique et institutionnel de la création des ARS par la Loi HPST et l'intégration progressive de la médecine de premier recours à l'offre hospitalière d'urgence (chapitre 1). La construction des hypothèses est alors construite à partir de ce contexte et des recherches antérieures attenantes à l'étude du changement en politiques publiques et à l'influence de la forme de gouvernance des pouvoirs publics dans la conduite d'un changement (chapitre 2). Ainsi le phénomène d'agencification de l'Etat répond à une évolution des référentiels

politiques attendant à l'impulsion du courant de pensée du *New Public Management*. Celui-ci trouve une concrétisation dans la création des ARS qui apporte de nouveaux instruments de gouvernance. La méthode d'enquête permettant de vérifier les hypothèses proposées sera alors présentée (chapitre 3).

Les hypothèses seront testées dans une seconde partie à partir du travail de recherche effectué autour des deux cas empiriques des établissements de Cluses et de Moûtiers. Après avoir présenté les cas, les hypothèses seront une à une testées dans deux chapitres distincts.

Une dernière partie, intitulée « discussion » sera alors consacrée à une synthèse des résultats (chapitre 1) ainsi qu'à l'observation et le constat des limites du travail mené (chapitre 2). Cette dernière perception permettra de conclure la recherche (chapitre 3).

Première partie : construction du travail de recherche

L'intégration de la médecine de premier recours à l'urgence hospitalière par la création d'Agences régulatrices d'un service public de santé

Chapitre 1 Conceptualisation de la recherche

Le présent travail de recherche vise à comprendre la construction des politiques publiques qui ont conduit à la transformation de services d'urgences en CSNP à partir de deux exemples empiriques. Dès lors, ce premier chapitre revient sur le contexte entourant ces cas et implique une certaine socialisation des décideurs publics. La construction de la médecine de premier recours et la création des ARS (1.1) est un premier élément de construction historique ; il convient par la suite de s'intéresser au contexte géographique des cas (1.2), puis de réaliser un focus sur la révision du SROS de la région Rhône-Alpes dans son volet « Urgences » intervenue en décembre 2015 et déployant de manière formelle les CSNP sur la région (1.3).

1.1 La construction de la médecine de premier recours et la création des Agences Régionales de Santé

Un rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS)⁵ sur l'hôpital remis en 2012 au Président de la République et au Parlement rappelle que 35% des dépenses de santé sont consacrées, en France, au financement de l'hôpital contre 29% en moyenne dans les pays membres de l'Organisation de Coopération et de Développement Economique (OCDE). Le rapport dénombre 17,88 établissements publics de santé pour 1 000 habitants. Ce constat révèle le rôle fondamental de l'hôpital en France. Le système de soins français s'est effectivement construit sur l'hégémonie de l'hôpital public selon l'idée que celui-ci est au centre du système de santé avec une prise en charge globale des patients dans la structure et un ministère en charge de la santé, organisé autour du fonctionnement des établissements. Le système de santé français accorde donc une place centrale à l'hôpital marquant une frontière stricte avec la médecine de ville et menant à la construction de grosses structures immobilières.

Aujourd'hui, le terme « *hospitalocentrisme*⁶ », a une consonance péjorative pour dénoncer ce fait là. Le rapport IGAS rappelle que cette critique survient dans un contexte économique particulier de restriction budgétaire. Il est effectivement reproché à l'hôpital d'être coûteux, avec un coût de revient plus important que la prise en charge sanitaire en ville, donc sans hospitalisation. Il

⁵ Rapport IGAS, *L' hôpital*, La Documentation française, 2012. (En ligne). Disponible au lien suivant : http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/L_hopital_-_Rapport_IGAS_2012.pdf

⁶ Définition littérale : fait de placer l'hôpital au centre du système de santé

est alors envisagé des prises en charge de patients autres qu'hospitalière. L'hôpital est ainsi l'acteur central du système de soins français depuis 1945 et est aujourd'hui remis en cause au profit de la médecine sans hospitalisation. Afin d'amener les acteurs sanitaires vers ce « virage ambulatoire⁷ », les pouvoirs publics favorisent une logique de parcours de soins rassemblant l'hôpital et la médecine de ville ou de premier recours. Le terme hôpital désigne dans ce premier développement, l'ensemble des établissements de soins sanitaires sans distinction de statut que celui-ci soit privé ou public. La distinction retrouvera son sens dans un second temps.

L'hôpital a connu depuis la loi du 21 décembre 1941⁸, première législation structurelle du système hospitalier français, de grandes réformes, de gouvernance, de fonctionnement ou de financement. Ces transformations s'inscrivent dans un contexte institutionnel mais également scientifique. Les soixante dernières années ont constitué pour le monde médical une révolution technologique qui a, autant que les institutions de tutelle, obligé les hôpitaux à se restructurer. Jean de Kervasdoué⁹ invite à se questionner sur les transformations de l'hôpital au cours du temps et voit dans la gouvernance et le fonctionnement des hôpitaux en France, le reflet des enjeux sociaux contemporains d'une époque. Avant 1941, les hôpitaux étaient des structures d'accueil pour les personnes pauvres sans solution d'accueil, on parlait d'hospices. Depuis, l'Etat reconnaît dans l'hôpital un enjeu d'accès aux soins pour la population et se reconnaît une responsabilité dans cet accès. Les ordonnances de 1958¹⁰ marquent réellement la première politique nationale de l'hôpital. Le législateur se saisit des politiques de santé. Cette politique est marquée par une distinction entre la fonction de gestionnaire d'établissement confiée à l'Etat est celle de financeur du système de santé confiée aux acteurs paritaires de la Sécurité Sociale. L'hôpital moderne et le système de santé français sont donc issus d'une construction récente et ont connu des évolutions importantes dans un laps de temps restreint, s'inscrivant en parallèle de la politique de protection sociale.

⁷ Terme employé depuis la fin des années 1990 visant à définir une réforme importante du système de santé, dans le sens d'une prise en charge des patients sans hospitalisation et avec moindre recours aux services hospitaliers au profit des structures de premier recours.

⁸ Loi du 21 décembre 1941, réorganisation des hôpitaux et hospices civils

⁹ Jean de Kervasdoué, *L'hôpital*, 5^e éd., Paris, Presses Universitaires de France, « Que sais-je ? », 2015, 128 pages.

¹⁰ Ordonnance n°58-1373 du 30 décembre 1958 relative à la création de centres hospitaliers et universitaires, à la réforme de l'enseignement médical et au développement de la recherche médicale

En 1970, le législateur introduit les premières planifications, intégrant pour la première fois l'hôpital privé aux cotés de l'hôpital public. Les législateurs reconnaissent dans la politique de santé des acteurs multiples. La loi du 31 décembre 1970¹¹ crée dans ce sens la notion de service public hospitalier. Ce principe est renforcé par la loi du 31 juillet 1991¹² qui attribue aux gestionnaires des établissements publics et privés des missions communes, reconnaissant une unicité du système hospitalier. Cette même législation instaure un Schéma régionale d'organisation des soins, les Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire. Le décideur public s'intéresse alors à la multiplicité des acteurs offreurs de soins et se positionne non plus comme gestionnaire de l'offre de soins publique (l'hôpital) mais comme régulateur d'un système de soins complexe faisant intervenir différents acteurs. En 1996, le Plan Juppé¹³ renforce la tutelle régionale des établissements de soins en installant les Agences Régionales de l'Hospitalisation. A partir de 2003, les grands textes réforment la gouvernance et le financement des établissements. L'ordonnance du 2 mai 2005¹⁴ impose une organisation en pôles hospitaliers et instaure un financement à l'activité (Tarification à l'activité ou T2A) remplaçant le système antérieur de dotation globale (loi de 1983). Les gestionnaires d'hôpitaux publics se retrouvent alors face à une nouvelle culture du contrôle la gestion à égalité avec les gestionnaires privés. Les acteurs tutélaires n'ont donc plus les mêmes missions de supervision de la gestion hospitalière mais doivent se positionner comme régulateur de gestionnaires et connaissent un nouveau rôle de contrôleur de bonne gestion.

L'ensemble de ces réformes se situe dans un continuum historique de rationalisation des dépenses de santé, obligeant des agents à évoluer dans leur pratiques. Effectivement, la gestion d'un établissement de soin coûte chère, le décideur politique s'aperçoit d'une délégation possible vers d'autres gestionnaires. La loi Hôpital Patient Santé Territoire¹⁵ de 2009 substitut à la notion de service public hospitalier celle de mission de service public. Elle crée les Agences Régionales de Santé, en faisant de la nouvelle Agence le guichet unique régional des activités de santé. La dernière

¹¹ Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière

¹² Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière

¹³ Du nom du Premier Ministre de l'époque plan de réformes importante de la Sécurité Sociale légiféré par Ordonnance suite au vote de l'Assemblée Nationale du 30 décembre 1995

¹⁴ Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé

¹⁵ NBP n°3

loi de modernisation du système de santé de janvier 2016¹⁶ va dans le même sens de cette rationalisation en instaurant les Groupements Hospitaliers de Territoires (GHT).

La Loi HPST marque un tournant dans l'organisation des soins avec la création des ARS (article 118 de la loi) dans un rôle de « *territorialisation* » de l'action publique sanitaire. Les Agences réforment le système de tutelle des établissements sanitaires dans une logique plus globale. En effet, les hôpitaux sont des établissements autonomes encadrés légalement dans leur fonctionnement selon un système de tutelle. Depuis l'ordonnance du 1803, les établissements de soins sont effectivement soumis à autorisation de l'Etat. La tutelle supérieure hospitalière est le ministère de la Santé représenté sur les territoires par des autorités déconcentrées. Antérieurement à 2010, le ministère était représenté sur le territoire par les Directions Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales et les Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS). Les agents de ces Directions étant des fonctionnaires de l'Etat. En 1996 la création des ARH avait spécifié l'action publique hospitalière avec un rapprochement auprès du financeur, l'Assurance Maladie. Les ARH étaient des autorités publiques particulières, soumises à un statut de Groupement d'Intérêt Public (GIP), différent des statuts classiques des autorités déconcentrées. Ce statut permettait une intégration des gestionnaires dans les instances dirigeantes des organismes de sécurité sociale. Effectivement, financeur de l'offre de soins en France, la Sécurité Sociale bénéficie d'un statut particulier privé avec une gestion paritaire. Les salariés de l'organisme sont des agents de droit privés.

La Sécurité Sociale, représentée au niveau national par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM), est représentée sur le territoire par les Caisses Régionales d'Assurance Maladie (CRAM). Les dirigeants de ces organismes sont des personnes élues par les partenaires sociaux représentatifs. Les ordonnances Juppé de 1996, créés ainsi aux côtés des ARH, les Unions Régionales des Caisses d'Assurances Maladie (URCAM) en charge de la coordination et de la gouvernance de la médecine de ville. Ces URCAM ont pour mission de collaborer avec les ARH afin d'élaborer une politique commune et d'optimiser la liaison entre la ville et l'hôpital. Cette réforme marque la volonté politique du rapprochement de la gouvernance de la Sécurité Sociale par l'Etat. Ce rapprochement passe par une collaboration entre les agents de l'Etat des autorités déconcentrées et les acteurs paritaires des organismes de sécurité sociale. La Loi HPST par la

¹⁶ Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

création des ARS, poursuit cette logique et fusionne l'ensemble de ces organismes afin de créer un interlocuteur régional unique pour les questions sanitaires. L'ARS devient alors le guichet unique des politiques de santé reprenant les compétences de l'URCAM et certaines des CRAM. Les agents étatiques sont alors intégrés à la nouvelle entité aux côtés des salariés privés des caisses de Sécurité Sociale. Les agents des nouvelles ARS récupèrent les enveloppes financières sous un levier unique, le Fond d'Intervention Régionale (FIR). Les agents des ARS ont désormais en charge la gestion des politiques hospitalières, mais également leur lien avec la médecine de premier recours. Ce rapprochement passe par la création d'un interlocuteur unique pour l'aspect financier mais apporte également la rencontre de différences culturelles de gestion. Effectivement, le rapprochement des entités de tutelle antérieures à l'ARS amène les agents à partager leurs pratiques de gouvernance, différentes selon les acteurs en gestion.

Les ARS sont ainsi un nouvel acteur tutélaire, guichet unique des acteurs de santé rassemblant des agents de différentes socialisation. En parallèle à cette intégration financière et culturelle, les agents des ARS disposent de nouveaux outils juridiques. Reprenant les outils antérieurs, ils sont adaptés : le SROS, par exemple, intègre désormais la régulation du secteur du premier recours. Une logique de contractualisation remplace petit à petit les instruments classiques de gouvernance par prérogative de puissance publique. Effectivement, les agents mettant en oeuvre les politiques publiques bénéficient de nouveaux leviers d'actions.

La restructuration locale des pouvoirs publics apportent des éléments d'explication à la promotion de la médecine de premier recours, cette volonté se retrouve dans la structuration de l'acteur tutélaire central. Le ministère de la Santé est organisé en directions, la tutelle des services hospitaliers est la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) depuis le décret¹⁷ du 15 mars 2010 qui transforme effectivement la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS). La DGOS est divisée en différents services appelés bureaux. L'organisation de cette division bureaucratique est révélatrice d'un certain choix politique. Effectivement, en parallèle de la création des ARS, un bureau du premier recours a été créé au sein de la DGOS révélant de nouveau une volonté globale nationale des pouvoirs publics d'intégrer le premier recours à la politique hospitalière. Il y a alors bien une cohérence globale des décideurs publics accompagnant la création des ARS. La DGOS a effectivement pour mission la promotion d'une approche globale de l'offre de

¹⁷ Décret n°2010-271 du 15 mars 2010 portant organisation de la direction générale de l'offre de soins

soins et la garantie « *de l'efficience et de la qualité de l'offre de soins* ». De la même manière, les ARS retrouvent cette division des tâches et intègrent un service premier recours à leurs direction de l'offre de soins¹⁸. La direction de l'Offre de Soins dispose d'un service premier recours en charge : de la gestion des professionnels de santé libéraux notamment à travers leur syndicat représentatif, les Unions Régionales des Professionnels de Santé (URPS) ; de la gestion des Maisons de Santé (lieux d'exercice regroupé) ; de l'organisation de la permanence des soins ambulatoire et des services d'urgences. Les urgences sont le seul service hospitalier géré par le service de premier recours. Ce regroupement permet une politique de permanence des soins globale liant la porte d'entrée de la médecine non programmée hospitalière et la médecine de ville. Ainsi, les nouvelles ARS reprennent et renforcent les structures de premier recours mises en place. La Loi HPST définit réellement la médecine de premier recours reprenant les conclusions des états généraux de l'organisation de la santé, journée de réflexion organisée en 2008. Le terme de « soins de premier recours » vient alors remplacer celui de « soins primaire ».

L'idée de promotion et d'organisation des soins de premier recours est liée à l'idée d'organisation territoriale de l'offre de soins. Les premières réflexions autour de cette question sont issues d'une réflexion au Royaume-Uni, la notion a ensuite été reprise par l'Organisation Mondiale de la Santé et est considéré comme le modèle le plus efficient. Initialement en France, cette notion d'organisation territoriale trouve écho exclusivement sur l'offre de soin hospitalière, l'offre libérale est alors amenée à s'autoréguler selon le système de liberté d'installation.

Cette volonté de renfort du premier recours en France est la solution proposée par les pouvoirs pour faire face aux problème d'inégalités territoriales de santé et répondre aux problématiques liées au phénomène de déserts médicaux. Effectivement, selon l'observatoire national des professionnels de santé¹⁹, la France connaîtrait une diminution de 10% des médecins généralistes d'ici 2020, la densité médicale, une diminution de 16% due à l'augmentation et au vieillissement de la population. En réponse à cela, les directions des ARS par les orientation données aux agents de leurs services premier recours, agissent sur cette organisation. Des leviers financiers sont mis en place pour favoriser l'implantation des médecins. Effectivement, à travers les nouvelles enveloppes FIR, les agents peuvent développer des politiques d'appui financier aux

¹⁸ C'est notamment le cas au sein de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes

¹⁹ Rapport de l'observatoire national des zones urbaines sensibles, 2011.

acteurs de santé. Les pactes « territoire santé » peuvent être cités en exemple. Il s'agit d'une politique publique nationale visant à lutter contre le phénomène de déserts médicaux, la politique pilotée par le ministère de la Santé est laissée en libre développement régional aux Agences. Par le biais du FIR et des procédures d'appels à projets, les ARS déploient des politiques locales. L'exercice regroupé est également valorisé de manière à répondre aux nouvelles demandes et à l'évolution sociologique des jeunes praticiens. Cette politique semble représenter l'impulsion de l'intégration de la médecine de premier recours aux politiques traditionnelles des services déconcentrés du ministère de la Santé.

Les réformes peuvent donc se situer dans un environnement sanitaire et social plus global. De plus, elles se situent dans un contexte de crise économique importante avec des hôpitaux coûteux. Ainsi, le décideur public apporte une solution dans la mise en lien des services historiques de l'Etat avec le financeur, la Sécurité Sociale, doit alors permettre aux agents une vision plus complète et une plus grande autonomie d'action. Les agents des nouvelles ARS disposent effectivement de nouveaux outils financiers et juridiques pour renforcer les deux domaines en parallèle. L'outil financier est important, une enveloppe globale permet des transferts de fonds plus complets. Avoir la main sur les deux secteurs ambulatoire et hospitalier permet de mieux les connaître et de pouvoir transférer les charges de l'un vers l'autre. Le service premier recours de la direction de l'offre de soin des ARS a ainsi la charge de l'organisation de la permanence des soins ambulatoires²⁰. Il s'agit d'organiser une réponse sanitaire aux besoins de la population en dehors des heures ouvrées, d'ouverture des cabinets médicaux (offre libérale). Ainsi un système de régulation d'urgence est organisée en parallèle par le biais de la réorganisation des centres d'appels 15 des Services d'Aide Médicale Urgente (SAMU) et de l'ouverture de Maisons Médicales de garde.

De plus, d'autres dispositifs sont pensés pour répondre à la demande, tels que la promotion des cabinets de montagne ou le déploiement d'un dispositif de Médecins Correspondant SAMU (MCS). Ce dispositif composé de médecins généralistes exerçant dans des zones géographiques difficiles d'accès permet une formation des intervenants par des médecins des SAMU aux gestes de premier secours ainsi que le bénéfice de certains médicaments de la pharmacie hospitalière, de manière à pouvoir intervenir rapidement auprès de patients situés dans une zone éloignée de plus de

²⁰ Annexe 2 Extrait du CPOM Etat/ARS Rhône-Alpes 2015-2018 septembre 2015

30 minutes d'une antenne de Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR). Cet exemple illustre l'évolution de la médecine de premier recours. Effectivement ce dispositif est né d'une initiative de praticiens, il a connu une gestion par l'URCAM et connaît désormais, depuis 2012, une existence légale effective sous la tutelle de la direction de l'offre de soins des ARS.

Les services urgences sont parties intégrantes de cette logique là. En tant que service hospitalier, elles étaient antérieurement à l'ARS sous la tutelle de la DRASS. Par la création de l'Agence, les services d'urgences se sont donc rapprochés de la gestion de la médecine de premier recours. La prise en charge sanitaire durant les horaires de permanence des soins sont pensés de manière globale par les agents de tutelles. Concrètement, cette globalité passe par une gestion des réponses libérales et hospitalières par un même service et sous un même document juridique, le Cahier des Charges Régionales de la Permanence des Soins (CCRPS). Il convient par un court aparté de s'intéresser à l'histoire de la médecine d'urgence qui connaît un développement relativement récent.

Effectivement, les premiers SMUR connaissent une existence légale avec une reconnaissance en tant que service hospitalier depuis 1987 par le décret du 16 décembre 1987²¹. Le vote de celle-ci fait suite à la mobilisation de médecins généralistes constatant une pénurie de solutions aux besoins urgents des patients. Quant à la prise en charge de l'urgence à l'hôpital, c'est-à-dire l'arrivée de patients non programmés, leur structuration remonte au décret du 30 mai 1997²². L'accueil des urgences est organisé par des médecins généralistes, avant qu'une sur spécialisation par un Diplôme Etudes Spécialisé Complémentaire soit créée. Enfin la spécialisation d'urgentistes est reconnue depuis 2015 avec une entrée en vigueur pour la promotion des jeunes internes sortant en 2017.

²¹ Décret du 16 décembre 1987 relative aux missions et à l'organisation des unités participant au service d'aide médicale urgente appelées S.A.M.U

²² Décret n°97-615 du 30 mai 1997 relatif l'accueil et au traitement des urgences dans les établissements de santé ainsi qu'à certaines modalités de préparation des schémas d'organisation sanitaire et modifiant le code de la santé publique

Depuis une dizaine d'année, les observatoires professionnels dénoncent une augmentation exponentielle de la fréquentation des services d'urgences en parallèle d'une raréfaction d'une ressource professionnelle médicale²³. Ce sont ces derniers éléments, qui amènent les pouvoirs publics à se questionner sur la restructuration de la prise en charge de la médecine programmée. Récemment, Pierre-Yves Grall Directeur Générale de l'ARS Nord-Pas-de-Calais a publié un rapport²⁴ reprenant ces derniers éléments. Le statut de l'auteur du rapport crée bien le lien entre le questionnement et les nouveaux services de régulation médicale de l'Etat que sont les ARS. Suite à cela, la région Rhône-Alpes a entamé en décembre 2015 une révision du volet urgence de son SROS. Avant de s'intéresser à celui-ci qui amènera la réflexion de notre question de recherche, il est intéressant de se pencher sur les spécificités régionales de l'ancienne ARS Rhône-Alpes chef de file national de la restructuration des urgences et terrain de coordination des deux exemples empiriques.

²³ Rapport DREES, *urgences*, Etudes et résultats n°889, juillet 2014

²⁴ NBP n°4

1.2 La région Rhône-Alpes, un contexte favorable à une interrogation de l'organisation des soins d'urgences

La région Rhône-Alpes, devenue Auvergne-Rhône-Alpes, est la deuxième région de France, par son poids économique et démographique. Au 1er janvier 2012, la Région Rhône-Alpes comptait effectivement près de 6,3 millions d'habitants (soit 10 % de la population nationale). La région est attractive et connaît une forte natalité. La population est relativement jeune : un peu plus d'un quart est âgé de moins de 20 ans. L'indice de vieillissement est le 6ème en France. Les indicateurs sanitaires de la région la place parmi les régions les mieux dotée de France, avec des scores souvent supérieurs aux moyennes nationales. La région était constituée de 5 territoires de santé.

La région compte cependant des spécificités importantes. Bien que près de la moitié de la population régionale soit urbaine (le territoire Centre, tel que défini par l'ARS concentre à lui seul près d'un tiers de la population régionale), la région connaît une géographie atypique, avec des zones montagneuses et rurales importantes. De plus, il s'agit d'une région très touristique. Cela contribue à doubler la population de manière saisonnière notamment dans ces zones là. Ces caractéristiques induisent des contraintes fortes en termes d'organisation de la permanence des soins. Effectivement, les autorités sanitaires sont contraintes d'organiser l'offre de soins pour répondre à des populations éloignées avec un accès difficile et à une démographie saisonnière très importante. Ce contexte explique le positionnement de la région comme chef de file de nombreuses innovations. Notamment le dispositif de Médecins Correspondant SAMU ou le travail de restructuration des cabinets de montagne. De la même manière, les centres de soins non programmés jouissent d'un contexte rhône-alpin favorable. Le dispositif MCS et les cabinets de montagnes permettent une expérience et des évaluations intéressantes pour penser un modèle de restructuration des services d'urgences.

La labellisation des cabinets de montagne est effectivement à l'origine d'une telle réflexion par la direction de l'ARS de la région. A partir d'une demande émanant des professionnels de santé, les agents du service premier recours de l'ARS Rhône-Alpes ont établi un cahier des charges précis et lancé en 2015 un appel à projets ayant pour but de créer ou de renforcer des cabinets de montagne existants, dans le but d'améliorer leur capacité de prise en charge des patients, en particulier des blessés relevant de la traumatologie, et leur éviter ainsi de devoir se déplacer aux urgences. Cet appel à projets a donné lieu à une étude menée par le cabinet de conseils privé

Acsantis²⁵. Parallèlement, les services d'urgences de la vallée réduisent ainsi leur engorgement lors des périodes hivernales. Les médecins généralistes de ces structures sont médecins correspondants SAMU il travaillent en collaboration étroite avec le SU ou le SMUR le plus proche et bénéficient d'un petit plateau technique.

Autre élément de contexte régional important, la démographie médicale de la région. Une enquête conduite dans le cadre des travaux de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé²⁶ (ONDPS) a montré en effet qu'au 1er janvier 2015, 90 postes de médecins avec des compétences d'urgentistes étaient vacants ou disponibles. Les structures des urgences les plus concernées sont celles des établissements publics ou ESPIC avec 75 postes vacants ou disponibles, 60 % des établissements ont recours à des intérimaires et à du temps additionnel pour combler les postes vacants. Cette tension sur la ressource médicale a conduit à des fermetures partielles, voire totales de services dans la région.

En parallèle à cette tension de ressource médicale, un autre constat est fait, une augmentation constante des recours aux urgences. Le constat est fait au niveau national²⁷ mais fait l'objet d'une évaluation spécifique dans la région Rhône-Alpes. L'étude commandé par l'ARS²⁸ met en exergue un nombre de passages aux urgences de 2002 à 2012 en augmentation, de manière plus importante en Rhône-Alpes par rapport à la moyenne nationale (37 % pour la région contre 30 % au niveau national). La région a connu la 6ème plus forte évolution du nombre de passages aux urgences. Une croissance plus forte de la population en région Rhône-Alpes explique en partie cette augmentation par une démographie plus dynamique de la région, cependant, toute chose étant égale par ailleurs, le taux de recours aux urgences reste toujours supérieur à la moyenne nationale. La progression du taux de recours sur 10 ans est de 25 % en Rhône-Alpes (soit 296 passages pour 1000 habitants en 2012), il est de 23 % pour la France (soit 286 passages pour 1000 habitants).

²⁵ Rapport Cabinet Acsantis, *Etude sur les aides à apporter aux cabinets des stations de sports d'hiver avec petit plateau technique*, ARS Rhône-Alpes, Paris, juillet 2014, 46p

²⁶ Rapport ONDPS, *Etats de lieux des médecins urgentistes en Rhône-Alpes*, ARS Rhône- Alpes, 2012.

²⁷ NBP n°23

²⁸ Rapport ARS Rhône-Alpes, *urgences hospitalière en Rhône-Alpes : évolution des activités de 2002 à 2012*, indicateurs n°6, avril 2014.

La gravité des pathologies des patients arrivant aux urgences a également été évaluée par les agents de l'ARS. Deux indicateurs permettent d'analyser la justification du recours aux urgences : le taux d'hospitalisation et la classification des diagnostics selon la classification clinique des malades aux urgences, soit la classification CCMU²⁹. Il existe 4 niveaux principaux, un patient CCMU 1 ou 2 étant un patient relevant d'une prise en charge de Médecine Générale, un patient CCMU 4 constituant une urgence vitale. Ces indicateurs permettent de tirer les constats suivants : 86 % des patients sont jugés dans un état clinique stable (soit des patients classés CCMU 1 et 2 et 21 % des patients n'ont pas d'examens complémentaires. Seulement 13% des patients sont considérés dans un état instable. L'étude met également en avant une fréquentation des urgences beaucoup plus faible la nuit quelle que soit la gravité des pathologies. Les 3/4 des passages dans les services d'urgences de la région ont effectivement lieu entre 8 heures et 20 heures.

En termes d'offre de soins urgents, la région Rhône-Alpes dispose en 2012 de 66 sites de structures des Urgences et de trois sites spécialisés pédiatriques répartis dans 45 hôpitaux, 6 établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC) et 16 cliniques privées non ESPIC; 38 sites géographiques d'implantations de Service mobile d'urgence et de réanimation et 9 services d'aide médicale urgente pour 8 départements (dont 2 implantations dans la Loire). Ces activités ont eu un coût global de 214 millions d'euros.

Ces spécificités régionales ont positionné l'ARS Rhône-Alpes dans les réflexions de la refonte de la médecine de premier recours. Les décideurs de l'entité se sont alors penchés rapidement sur un rapprochement entre médecine de ville et médecine hospitalière à travers la création de centre de soins non programmés. La région connaît plusieurs transformations dont les services d'urgences de l'hôpital public de Moûtiers et la clinique de Cluses. Forte de cette expérience, la directrice de l'offre de soins de l'Agence rhône-alpine a entamé en décembre 2015 une révision du volet « Urgences » du SROS régional. L'étude de celle-ci permet de comprendre le rôle des outils juridiques, instruments de politiques publiques des ARS, et les enjeux de personnes entourant sa structuration.

²⁹ Annexe 1

1.3 La révision du SROS « Urgences » Rhône-Alpes élément structurant des exemples empiriques de Cluses et de Moûtiers.

Le législateur, à travers la loi HPST, a effectivement organisé la gestion sanitaire de manière à prendre en considération les spécificités des territoires et d’appréhender la santé selon un parcours patient global, ne se résumant pas aux soins. C’est la responsabilité confiée aux directeurs des Agences Régionales de Santé ayant compétence sur l’ensemble des champs : prévention, soins de ville et hospitalier, médico-social dans sa dimension sanitaire. Il leur est demandé d’assurer le décloisonnement entre ces champs, afin de remédier aux dysfonctionnements observés dans le parcours de prise en charge des personnes. La loi confie pour cela de nouveaux outils aux agents leurs permettant d’élaborer de manière concertée avec l’ensemble des acteurs producteurs de soin, un projet pour la région, qui permette de rassembler les ressources autour d’actions prioritaires. Les outils de gouvernance de l’ARS sont les suivants, l’ensemble constituant le Projet Régional de santé (PRS) :

- Le Plan stratégique Régional de santé (PSRS) qui définit, à partir d’un état des lieux, les orientations de la région pour les 5 ans à venir dans le domaine de la santé ;
- 3 schémas régionaux d’organisation du système de santé : prévention, organisation médico-sociale, organisation des soins ;
- L’élaboration de programmes d’actions dont : le programme régional d’accès à la prévention et aux soins pour les populations en situation de précarité (PRAPS), le programme interdépartemental d’accompagnement des handicaps et de la perte d’autonomie (PRIAC), le programme régional de gestion du risque (PR GDR), le programme régional télémédecine, les programmes territoriaux de santé.

Ces outils existaient auparavant mais n’étaient pas regroupés sous un seul document juridique. L’innovation apportée par la création des ARS consiste en la transversalité des parcours et la coordination de celui par un acteur unique.

La Loi HPST³⁰ apporte deux innovations majeures aux SROS (qui deviennent dès lors schémas régionaux d'organisation des soins et non plus sanitaire), avec, d'une part, leur intégration au sein des projets régionaux de santé et d'autre part, l'extension de leur champ d'application à l'offre de soins ambulatoires. Ainsi dès 2012, le SROS constitue un outil opérationnel de mise en œuvre des PRS, qui comporte notamment l'évaluation des besoins de santé, de l'offre de soins et la détermination des orientations stratégiques de la région en matière de santé. Effectivement, le SROS a pour objet³¹ de prévoir les évolutions nécessaires de l'offre de soins afin de répondre aux besoins de santé de la population selon des exigences d'efficience en tenant compte des contraintes d'accessibilité géographique. Le document se divise en un volet ambulatoire et un volet hospitalier. Le volet ambulatoire, non opposable, a vocation à diffuser les orientations et priorités définies dans le Plan stratégique régional de santé. Le volet hospitalier est quant à lui obligatoire et opposable, il prévoit les autorisations d'exercice sur le territoire conformément aux besoins de soins.

Les établissements sanitaires sont donc encadrés par le SROS comprenant plusieurs volets selon les spécialités. Il existe un volet « Urgences » qui encadre les autorisations d'ouvertures de services dans la région. Les autorisations sont données par arrêtés du Directeur Général de l'ARS tous les 5 ans.

Suite à une évaluation portant sur les pratiques des usagers face aux services d'urgences (voir résultats plus haut), la direction générale de l'ARS, à travers la direction de l'offre de soins a réalisé en décembre dernier une révision du volet « urgences » de son SROS en cours 2012 – 2017. En effet, compte tenu du recours croissant aux urgences par la population en parallèle de l'évolution des contraintes en termes de démographie médicale, il s'est avéré nécessaire de s'interroger sur l'adaptation de l'organisation de l'offre de soins en termes d'accès aux soins non programmés et accès aux soins urgents. Cette réflexion intervient également dans un contexte de consignes nationales de maîtrise des dépenses publiques.

³⁰ NBP n°4

³¹ Article L. 1431-7 du Code de la santé publique

Une réponse plus en adéquation aux besoins passe par un renforcement du premier recours en particulier de la médecine générale en ville et une adaptation de l'organisation de la médecine d'urgence. La place du premier recours est importante dans l'organisation des soins urgents avec notamment la participation des médecins correspondants SAMU à l'Aide Médicale Urgence ou l'organisation des soins non programmés en période de permanence des soins ou en journée. L'idée de la révision du SROS est de faire émerger des entités appelées "centre de soins non programmés", permettant de s'affranchir des normes légales de fonctionnement des services d'urgences (notamment relatives aux qualifications et aux horaires d'ouverture) et de transformer un certain nombre de structures d'urgences à faible taux d'hospitalisation en ces nouvelles entités.

Ces centres de consultations ont été anticipés par le service premier recours de l'ARS et la transformation de certains services d'urgences antérieurement à la révision. Effectivement, la réflexion s'accompagne d'actions menées par les agents du service premier recours. Différents services d'urgences sur la région ont été transformés en CSNP tels que le service de Saint Marcellin, Chamonix, Cluses et Moûtiers. La révision du SROS vient entériner ces premières transformations et apporter ainsi un cadre légal plus fort pour permettre aux agents de l'ARS de continuer ces transformations.

La conduite de la révision a été menée par la direction de l'efficacité de l'offre de soins et la mission inspection, évaluation et contrôle (MIEC) afin d'identifier au Programme Régional d'Inspection d'Évaluation et de Contrôle 2015 (PRIEC) et d'appuyer la révision sur des éléments quantitatifs. La direction a travaillé sur un état des lieux des services d'urgences de la région à partir des données Résumé de passages aux urgences (RPU) et a élaboré un tableau récapitulatif de la situation des 30 structures d'urgences dont l'activité est inférieure à 20 000 passages par an d'après la Statistique annuelle des établissements 2013 (SAE). À partir de ce tableau, ont été ciblées 8 structures à soumettre à évaluation.

Ce travail de révision a été mené durant un an afin d'aboutir fin décembre 2015 à la publication du volet « Urgences » du SROS. Outre les évaluations menées par les agents inspecteurs de l'ARS, les organisations professionnelles de démocratie sanitaire ont été impliquées. La révision a ainsi été soumise à l'avis de la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA).

Ce travail concerne le volet technique de la révision du SROS. Cette compétence technique apportée par les agents du premier recours de l'ARS appuie la direction générale dans son rôle politique. La présentation à la CRSA a été facilitée par cela. Les représentants des différents corps professionnels ont adopté sans difficultés réelles la révision. Cependant, les élus ont refusé la publication d'établissements ciblés à la transformation et ont demandé une évaluation technique impartiale. Se révèle un attribut de l'ARS, un gage technique d'appui à la décision.

La révision du SROS « urgences » Rhône-Alpes intervient en anticipation des renouvellements d'autorisations des services de médecine d'urgence. Une très grande majorité des activités de soins de médecine d'urgence, a été accordée par délibération du 14 mars 2012 pour une durée de 5 ans à compter de la notification. Ces autorisations arrivent donc à échéance le 14 mars 2017 et devaient faire l'objet d'un dossier d'évaluation au plus tard le 14 janvier 2016.

Le SROS dans son volet « Urgences » révisé propose comme plan d'orientation :

- Action 1 : renforcer le rôle du SAMU-Centre 15, comme plateforme d'orientation des demandes de soins urgents et des demandes de soins non programmés.
- Action 2 : adresser les urgences vitales directement vers les plateaux techniques spécialisés.
- Action 3 : diminuer le nombre de consultations non programmées dans les structures des urgences en assurant en amont par les partenaires du premier recours et du médicosocial, une prise en charge de qualité.
- Action 4 : poursuivre l'amélioration de la qualité de la prise en charge aux urgences.
- Action 5 : assurer la cohérence entre le SROS et le schéma départemental d'analyse et de couverture du risque (SDACR) et permettre aux structures des urgences de répondre aux crises sanitaires.
- Action 6 : renforcer le rôle des urgences dans le système d'alerte et de veille sanitaire et fédérer les acteurs de l'urgence et de la permanence des soins ambulatoire autour d'un observatoire des urgences (PDSA).

Cette révision intervient dans un cadre national de réflexion amorcé par le rapport Grall, cependant le ministère ne se prononce pas vis à vis de ces centres et ne propose pas de modélisation nationale. Une réflexion relative à la modélisation financière des services d'urgences est actuellement en cours. Celle-ci doit permettre un décloisonnement entre les financements

forfaitaires des services d'urgences hospitalier et le FIR, fonds de financement des structures ambulatoires. Cependant, ce modèle n'est toujours pas défini. Le ministère ne vient donc pas en appui à l'Agence régionale dans cette réflexion, laissant la direction générale autonome.

C'est en parallèle de ce chantier de restructuration juridique que l'ARS Rhône-Alpes a été le terrain de transformation de services d'urgences en centres de soins de premiers recours, dont la clinique privée de Cluses et l'hôpital public de Moûtiers. Ainsi, gardant à l'esprit ce contexte, il est intéressant de se focaliser sur ces deux cas afin de répondre à la question de recherche suivante : Quelle construction du processus décisionnel public a conduit l'ARS Rhône-Alpes à mener des travaux de fermeture de services d'urgences de manière relativement rapide alors même que les constats en termes d'efficience qui ont justifié l'action, sont les mêmes depuis de nombreuses années ?

L'objectif est de comprendre en quoi la création des ARS a introduit une nouvelle dynamique permettant un changement dans la politique publique de santé et induisant une évolution des pratiques guidées par une volonté de rompre avec l'hospitalo-centrisme en allant vers l'intégration de la médecine de premier recours.

Chapitre 2 Construction de la question de recherche et des hypothèses

A partir de l'étude de la littérature existante, il convient de positionner le travail de recherche et de construire ainsi une problématique de départ (2.1). Deux hypothèses seront proposées, guidant la recherche menée pour y répondre (2.2).

2.1 Construction de la problématique et positionnement de la recherche

La question de recherche est ainsi issue d'une première approche lors d'un stage en Agence Régionale de Santé au sein du service premier recours de la direction de l'offre de soin. Les missions réalisées dans le service ne correspondaient pas directement à la question, et les cas empiriques n'y ont jamais été abordés. Cependant, un passage dans l'Agence a permis une observation des services en charge de dossiers, du fonctionnement de l'institution et des instances de représentation utiles au travail de recherche. Ainsi, une première approche observatoire du terrain de recherche a anticipé les réflexions sur la question. L'observation de la révision du SROS urgences à travers les travaux préparatoires des agents de l'ARS, ainsi que le déroulement des commissions paritaires de démocraties sanitaires de décisions, montrent un changement important pour les acteurs sur un sujet particulièrement sensible.

Il apparaît que les évaluations des services d'urgences réalisées, sur lesquelles s'appuie l'ARS pour justifier la révision du SROS, fournissent des résultats similaires depuis une quinzaine d'année. Les agents en poste depuis de nombreuses années, confirment des constats de longue date. Or, les actions en faveur du changement sont relativement récentes, les premières datent de 2012 avec les évaluations des cliniques en vue de la fermeture de certains services. Il convient de s'intéresser à l'existant dans la littérature de recherche sur la construction et l'aboutissement d'un changement en politique publique.

Les chercheurs se sont intéressés à la construction de la prise de décisions en politique publique. Herbert Simon³² est le premier à avoir démontré que la rationalité de la décision ne peut pas être absolue. Une politique publique est issue d'un processus complexe avec une prise de décisions intervenant en différents temps et selon des influences multiples. Comprendre une

³² Simon Herbert, *Models of Man: Social and Rational. Mathematical Essays on Rational Behavior in a Social Setting*, New York, Wiley, 1957

politique publique revient ainsi à analyser la manière par laquelle la prise de décisions s'est organisée et selon quels processus décisionnels la politique est mise en place. Charles Jones³³ propose ainsi une grille d'analyse séquentielle en six séquences successives. Avoir celle-ci en tête permettra de réaliser une analyse pertinente des exemples empiriques. Il convient de s'intéresser d'abord, à deux grilles d'analyse classique de l'étude des processus décisionnels publics : la construction des politiques publiques et le choix des outils de mise en oeuvre d'une politique publique.

La notion de changement dans la littérature d'analyse des politiques publiques est centrale. Elle est effectivement omniprésente dans les discours politiques. Cependant, l'observation tend à nuancer cette importance du changement dans l'action. Beaucoup de travaux montrent en effet l'existence d'un certain nombre de freins et d'obstacles à l'irruption du changement. Etudier une politique publique revient ainsi à étudier son apparition dans un cadre déjà existant. Dans les cas empiriques de fermeture de services d'urgences, la question se situe bien là. Rose et Davies³⁴ sont les premiers à s'intéresser aux changements de politiques publiques à travers la notion d'héritage historique et l'idée que « gouverner revient à hériter ». Cette théorie a été adaptée par la notion de *Path Dependancy* développée par Paul Pierson³⁵. Celui-ci met en avant le fait qu'une politique publique s'inscrit dans un contexte précis et qu'une volonté politique de changement connaît nécessairement des conséquences importantes qui reviennent à bloquer son déploiement. Ainsi un changement brutal ne peut pas intervenir en politique publique. Bruno Pallier³⁶ a en partie atténué cette thèse à travers l'exemple des réformes sociales relatives aux politiques des retraites. Il montre alors que malgré une tradition française marquée par un système de retraite par répartition, un système par capitalisation en complément du premier vient s'imposer petit à petit. L'auteur explique ce phénomène par les instruments de politique publique.

³³ Charles O. Jones, *An Introduction to the Study of Public Policy*, Belmont, Duxbury Press, 1970

³⁴ Patrick Le Gales, Richard Rose et Philip L. Davies, *Inheritance in Public Policy. Change Without Choice in Britain*. In: Revue française de science politique, 47^e année, n°6, 1997. pp. 835-838.

³⁵ Paul Pierson, *Increasing Returns, Path Dependence, and the Study of Politics*, The American Political Science Review 94, no. 2 (2000): 251-67.

³⁶ Bruno Palier, *les instruments, traceurs du changement. La politique des retraites en France*. In Pierre Lascoumes, et Patrick Le Galès, *gouverner par les instruments*, Paris, Presses de Sciences Po, pp. 273-300.

Cette idée s'accompagne de la théorie des référentiels développée par Pierre Muller³⁷ à partir de la première conception de Peter Hall³⁸ selon laquelle les acteurs décisionnels sont porteurs de cadres cognitifs et donc normatifs, qui ont une prégnance et qui sont ainsi difficiles à modifier. Ils le sont d'autant plus si ces cadres sont partagés et s'imposent de façon dominantes dans la société. Effectivement, les politiques publiques s'inscriraient dans un cadre culturel d'influence. Les penseurs comme les applicateurs de celles-ci, seraient influencés par une culture partagée. Le changement de politique publique intervient alors par l'évolution de ce cadre normatif. Selon l'exemple empirique de la création des ARS, la fusion des institutions étatiques et des organismes de sécurité sociale induit la rencontre entre deux cadres normatifs pouvant amener la construction d'un nouveau référentiel et donc un changement. Stefan Svallfors³⁹ à travers l'exemple de la réunification de l'Allemagne met également en avant l'influence institutionnelle de l'opinion publique et un phénomène de résistance aux changements. Charles Lindholm⁴⁰ s'est également intéressé à la manière dont le changement en politique publique intervient, il développe la théorie du changement par incrémentalisme. Cette idée repose sur une observation selon laquelle, il est rare de voir en politique publique de vraies ruptures. Cependant, sur le long terme les changements sont parfois profonds. Nombreux sont ainsi les chercheurs à se positionner et à étudier l'interruption d'un changement dans une politique publique. Ces théories développées apportent une grille de lecture à l'analyse empirique de la politique publique étudiée. Les différentes théories peuvent être testées sous le prisme des cas de Moûtiers et de Cluses. Il s'agit de comprendre de quelle manière se construit la réflexion autour des CSNP mais également ce qui amène les auteurs du changement à se saisir de cette problématique et à l'analyser d'un certain point de vue.

L'autre grille d'analyse de politique publique, complémentaire de l'approche par le changement, est celle des instruments de politiques publiques. Il s'agit en effet de comprendre l'influence de l'emploi d'un instrument de gouvernance, la conséquence du choix de cet instrument par les décideurs de la politique et l'appropriation qui en est faite par les acteurs de mises en oeuvre de la politique publique. Cette grille de lecture permet de saisir une part d'explication du processus

³⁷ Pierre Muller Que sais-je *Les politiques publiques*, 9e édition, 2011

³⁸ Peter Hall, *Policy Paradigms, Social Learning, and the State : The Case of Economy Policy-Making in Britain*, 1993

³⁹ Stefan Svallfors, *Policy Feedback, Generational Replacement, and Attitudes to State Intervention: Eastern and Western Germany, 1900-2006*, *European Political Science review* 2014 pp. 119-135.

⁴⁰ Charles E. Lindholm, *The Science of "Muddling Through"*, *Public Administration Review*, Vol. 19, No. 2 (Spring, 1959), pp. 79-88

décisionnel public. Hall⁴¹ a ainsi défini l'étude des instruments de l'action publique comme outil d'observation et d'analyse du changement. Pierre Lascoumes et Louis Simard⁴² se sont intéressés dans un article de 2011 paru dans la *revue française de sciences politiques* à l'apparition de l'étude des instruments en théorie des politiques publiques et proposent une synthèse des recherches relatives à la question. Celle-ci montre avant tout une volonté politique dans le choix de l'emploi d'un instrument et un usage des décideurs comme outil technique légitimants. Les auteurs démontrent également que l'appropriation faite des outils par les acteurs d'application des politiques publiques est aussi importante que le choix de l'usage. L'approche de Pierre Hassenteufel⁴³ va dans ce sens. Il attribue à la création et l'usage des instruments dans la phase de mise en oeuvre du processus décisionnel un rôle sur la modification du positionnement des acteurs et la reformulation des objectifs.

Le centre de l'étude et de l'emploi⁴⁴ s'est intéressé à cette question du changement par les instruments de gouvernance face aux grandes réformes de la gouvernance des hôpitaux. Les auteurs réalisent une enquête par questionnaire auprès des directeurs d'établissement et des salariés pour comprendre les enjeux liés aux choix des instruments. Cette étude porte sur le management et la mobilisation des outils informatiques et de gestion. Les auteurs mettent en avant la forme de la légitimation du changement de gestion par les outils techniques. Cette publication apporte un cas empirique d'étude à la théorie de grille de lecture d'analyse des politiques publiques à travers l'étude des instruments. Dans le cas empirique des transformations de services d'urgences, les premiers changements passent par une évaluation du fonctionnement des services, transformant l'approche antérieure de l'inspection. De la même manière, la révision du SROS est présentée pour validation auprès de la CRSA après un travail technique amorcé. De plus, cette révision intervient alors que des services d'urgences ont déjà été transformés en CSNP, le nouveau SROS vient appuyer légalement ces transformations. Ces exemples révèlent un usage conscient d'outils d'appuis au changement.

⁴¹ NBP n°38

⁴² Pierre Lascoumes et Louis Simard, *L'action publique au prisme de ses instruments. Introduction*, *Revue française de science politique* 1/2011 (Vol. 61), p. 5-22

⁴³ Joseph Fontaine et Patrick Hassenteufel, *To change or not to change, les changements de l'action publique à l'épreuve du terrain*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 2002

⁴⁴ Mihai Dinu Gheorghui, Danièle Guillemot et Frédéric Moatty, *Préparation de l'enquête COI Les changements organisationnels et leurs outils : Entretien avec les dirigeants d'hôpitaux*, DREES, Série Études n°72, novembre 2007.

Ces deux grilles de lecture permettront d'analyser par la suite le cas empirique de la politique publique de santé relative aux services d'urgences en Rhône-Alpes et la fermeture des services d'urgences de l'hôpital de Moûtiers et de la clinique de Cluses. Alors que la littérature relative au changement permet de comprendre la construction de la réflexion par les décideurs, celle concernant les instruments apportent des éléments d'explication dans sa mise en oeuvre. En effet, l'analyse des instruments a deux apports : l'emploi fait par les décideurs pour légitimer un changement et l'usage des administrés dans l'application réelle de la politique publique. Avant cela, il est intéressant de se pencher sur l'analyse en littérature des grands changements de positionnement de l'Etat à travers une restructuration de celui-ci et un changement de paradigme.

Béatrice Van Haeperen⁴⁵, à travers l'exemple de l'administration wallonne analyse comme principal critère structurel du phénomène de *New Public Management* la déconcentration des services de l'Etat vers des entités autonomes. On parle alors d'Agences, celles-ci rompent avec les services déconcentrés antérieurs. Elles disposent d'une plus grande indépendance opérationnelle et d'un domaine de compétence technique. L'auteure parle alors d'un phénomène d'agencification qu'elle définit par la création en nombre important d'organismes autonomes. Ceux-ci se voient confier des fonctions opérationnelles techniques en opposition aux responsabilités stratégiques concernées au niveau de l'Etat central. Les Agences Régionales de Santé en France répondent entièrement à ce phénomène notamment de manière sémantique. L'auteure apporte alors une analyse critique de ce phénomène. En effet, une complexité due à leur multiplication ainsi qu'une difficulté d'adaptation des mécanismes traditionnels de contrôles entraînent, selon l'auteure, des difficultés de pilotage des politiques. Van Haeperen montre également un changement de gouvernance des politiques publiques par la création des agences avec la légitimation de nouveaux instruments de gestion et le passage d'un contrôle *a priori* à un contrôle *a posteriori*. Cela entraîne l'apparition de nouveaux outils d'analyse comme les tableaux de bords, les évaluations ... Ainsi, il existe un phénomène d'agencification issue de la diffusion de la culture du *New Public Management*. Celui-ci implique une restructuration de la gouvernance de l'Etat et de ses entités déconcentrés ainsi que l'apparition de nouveaux instruments de politiques publiques. Ainsi, l'agencification de l'Etat issue d'un nouveau référentiel théorique engage des changements dans la manière de construire les politiques publiques. Or, la création des CSNP de Cluses et de Moûtiers intervient suite à la création de l'Agence sanitaire de régulation. Il apparaît, dès lors, intuitif que la

⁴⁵ Béatrice Van Haeperen, *Que sont devenus les principes du New Public Management ? Le cas de l'administration régionale wallonne*, Reflets et perspectives de la vie économique 2/2012 (Tome LI), p. 83-99

construction politique des centres et le changement apporté trouvent son origine dans la création des Agences.

Selon l'idée de l'influence sur les politiques publiques de la vision et de la forme de gouvernance de l'Etat, Renaud Epstein⁴⁶ s'intéresse à la construction des politiques de la ville. L'auteur démontre l'influence de la restructuration de l'organe central étatique sur la construction des politiques publiques locales. Il s'intéresse à la recomposition moderne de l'Etat par l'instauration de nouvelles règles budgétaires impulsées par la Loi Organique relative aux Lois de Finance (LOLF) qui instaure une culture de la performance et l'impulse de nouveaux outils de gestion. L'auteur montre que contrairement à la volonté du législateur d'accompagner les politiques de décentralisation des politiques budgétaire, la loi a conduit à un renforcement du fonctionnement vertical et hiérarchique de l'administration centrale. L'auteur aborde également le phénomène d'agencification des services de l'Etat qu'il analyse comme une volonté de décharge de l'Etat envers ces services déconcentrés historiques au profit d' « *une gouvernance à distance* ». Epstein s'intéresse par la suite à l'influence de ce phénomène sur l'autonomisation des pouvoirs décentralisés locaux et notamment les villes. Ici encore, le lien est fait avec la question de recherche quant à l'autonomie laissée à l'Agence Rhône-Alpine dans la création des CSNP. Aucun modèle national n'est proposé. La législation est suffisamment floue pour permettre les transformations sans modélisation. Cette liberté d'action permet aux directions d'Agences de négocier directement avec les acteurs le modèle et de les amener vers la transformation. Le niveau national se contente de la diffusion des idées et des outils. Ce que l'on peut constater par exemple avec le rapport Grall ou les publications d'évaluations menées par la DRESS.

⁴⁶ Renaud Epstein, *L'éphémère retour des villes. L'autonomie locale à l'épreuve des recompositions de l'État*, Esprit 2/2008 (Février), p. 136-149

Daniel Benamouzig⁴⁷ s'intéresse également au phénomène d'agencification sur les institutions françaises traditionnelles. Celui-ci pose le questionnement « *de l'articulation entre décision, science et démocratie* ». Il met également en avant l'usage récurrent de l'expertise comme instrument de décision légitimant l'action publique menée. L'auteur met en exergue un apport des Agences dans le développement d'intervention de l'Etat dans des champs intermédiaires, où les Agences vont intervenir auprès des communautés professionnelles là où l'Etat historique n'intervenait pas. Effectivement, l'intuition de recherche appelle une influence de l'agensification de la santé dans l'intégration des professionnels de médecine libérale sur les politiques de santé. Cela permet de penser les transformations de services hospitaliers.

On constate ainsi dans la littérature, une part importante à une analyse partagée d'un phénomène d'agencification de l'Etat issu du courant de pensée du, *New Public Management*. Ce dernier est à l'origine de la restructuration de la gouvernance des politiques publiques, notamment cette nouvelle forme de déconcentration et l'apparition de nouveaux instruments de gouvernance. Ceux-ci révèlent une gestion différente par la performance et l'évaluation. Cette nouvelle gouvernance conduit à une modification du rôle de l'Etat et l'apparition d'un Etat régulateur. Annick Valette⁴⁸ s'est intéressée à ce phénomène en se questionnant sur la relation entre les nouveaux modes de régulation et le changement d'organisation. L'auteure se concentre plus particulièrement sur les Agences Régionales de l'Hospitalisation, ancêtres des ARS et premières entités du ministère de la Santé sous forme d'Agences selon une volonté politique de régulation des acteurs des territoires. Valette étudie la pertinence des ARH à des fins de régulation. Elle montre que la réforme de création des Agences a permis une facilitation du pilotage des acteurs de santé par interaction, soit la coopération et contractualisation des acteurs. Les ARH font naître une nouvelle forme de pilotage par leadership : l'apparition d'une entité de l'Etat capable du déploiement d'une dynamique sur les autres acteurs. L'ARH devient un entrepreneur régulateur capable d'impulser une dynamique faisant naître un changement de politique publique issu des acteurs eux-mêmes. Valette cite notamment le SROS, dont la construction a été citée en contextualisation, et montre un apport de l'instrument dans l'élaboration d'une représentation commune de l'offre de soins, inexistante auparavant et permettant une cohérence des acteurs entre eux.

⁴⁷ Daniel Benamouzig, *Agence*, in Emmanuel Henry et al., *Dictionnaire critique de l'expertise*, Presses de Sciences Po (P.F.N.S.P.) « Références », 2015 (), p. 25-33.

⁴⁸ Annick Valette, *Fallait-il une nouvelle organisation pour changer les modes de régulation ? L'expérience des agences régionales de l'hospitalisation*, *Revue française des affaires sociales* 4/2001 (n° 4), p. 69-75

Il existe dans la littérature un questionnement important sur la notion de changement en politiques publiques. De manière générale, corroboré par de nombreuses études de sociologie historique de l'Etat, un changement de paradigme dans la forme de l'Etat est accepté. Le phénomène de *New Public Management* et d'évolution de l'Etat en régulateur des acteurs a fait l'objet de nombreuses publications, et amènent les auteurs à parler désormais d'agencification de l'Etat. Cette théorie littéraire est appuyée dans l'étude du cas empirique par une littérature professionnelle étudiée sur le terrain de stage. Effectivement, il existe des documents professionnels notamment des évaluations internes et des publications de recherches professionnelles visant à évaluer la pertinence d'une politique précise. Il ne s'agit pas de cela dans le présent travail mais bien de mettre en perspective la littérature relative aux théories de politiques publiques avec les cas empiriques d'étude. Afin de comprendre : ***Comment, la création des Agences Régionales de Santé peut-elle être appréhendée comme une étape dans la diffusion d'une nouvelle idée permettant la concrétisation d'un changement ?***

Ainsi, l'analyse rapide des observations des cas en lien avec un contexte institutionnel et des publications littéraires existantes amène à proposer deux hypothèses de recherche :

Hypothèse 1 : La création de l'ARS en 2010 est le fruit d'une construction historique qui va dans le sens de l'intégration de la médecine de premier recours, ce qui permet des changements de pratiques.

Hypothèse 2 : La création des ARS a concrétisé de nouveaux instruments de politiques publiques qui ont permis aux acteurs de s'en saisir afin d'entériner la transformation de services d'urgences en centres de soins non programmés.

2.2 Construction des hypothèses

Hypothèse 1 : La politique publique de création des ARS par la loi HPST de 2010 est issue d'une construction historique des changements de pratiques qui va dans le sens de l'intégration de la médecine de premier recours, cette évolution permet de nouvelles pratiques.

On constate par l'étude du contexte institutionnel une évolution des politiques de santé depuis 1945 qui vont dans le sens d'une recherche de rationalisation des deniers publics. Ces évolutions semblent être marquées par une dynamique constante d'évolution dans un même sens et ce malgré les alternances politiques rencontrées dans l'histoire. Il s'agit alors de revenir sur ces éléments afin de comprendre la construction des politiques publiques au cours du temps qui ont permis d'aboutir à la naissance des ARS. Cela permettra de mettre en exergue les changements intervenus. Il s'agit d'employer les grilles de lectures proposées par la littérature d'analyse des politiques publiques afin de comprendre la construction de la politique publique de santé aboutissant à la Loi HPST et la création des ARS. La construction des ARS serait donc issue d'un changement constant de politiques publiques par incrémentalisme et marquée par une volonté de recherche de rationalisation des fonds publics.

Cette recherche de rationalisation marque les politiques nationales de santé qui cherchent à travers chaque axe de déploiement cet objectif. Ainsi, la politique relative à la médecine de premier recours répond à celui-ci. Cependant, les politiques de santé sont particulièrement marquées par l'influence de ses propres acteurs. Ainsi la construction d'une politique publique s'inscrit dans ce double contexte de recherche de rationalisation des fonds et d'influences professionnelles qui conduit à la construction d'une politique particulière. Les ARS connaissent de multiples influences qui légitiment leurs formes et compétences d'attributions dans le sens d'une rationalisation de l'action publique selon une construction collective.

L'hypothèse sera testée selon deux axes :

- L'analyse de l'évolution de la perception des acteurs des différentes politiques à travers des entretiens
- L'analyse des différences de perception et de mise en oeuvre entre l'hôpital public de Moutier et la clinique privée de Cluses ; et cela également à travers la technique des entretiens

L'hypothèse pourra être validée dans le cas où l'on constatera un fil conducteur dans l'évolution des politiques publiques à travers une vision similaire des acteurs à travers le temps et leurs différentes fonctions. Il s'agira d'essayer de comprendre les événements clefs qui ont conduit à la création des ARS et les motivations qui ont constitué la prise de décision. Il pourra être montrée une continuité professionnelle selon une évolution relativement constante. La politique publique de premier recours et la prise de décision de la fermeture des services d'urgences des cas empiriques seront étudiées selon la grille de lecture d'analyse décisionnelle publique.

L'autre élément de validation de cette première hypothèse tient dans la différence de perception des acteurs de l'hôpital de Moutiers, public, et ceux de la clinique de Cluses privée. Effectivement, s'il existe une réelle continuité dans la conception des politiques publiques, les services publics seront plus habitués aux changements. A l'inverse, les acteurs de la clinique privée doivent avec l'arrivée de l'ARS et la loi HPST, théoriquement, avoir constaté une évolution importante de leur positionnement auprès des autres acteurs de santé. La Loi HPST a pour objet d'intégrer l'ensemble des établissements sanitaires dans un même service public de santé et de positionner l'Agence comme régulateur de ce système. La gouvernance de l'offre de soins passe donc d'un système de prérogative de puissance publique à un système de régulation par négociation et contractualisation. La fermeture par arrêté semble donc contre intuitive dans ce contexte. Aux premiers abords l'inverse semble s'imposer, une fermeture rendue possible plus facilement par la gouvernance selon des réelles prérogatives de puissances publiques. Il est alors intéressant d'observer la perception des acteurs face à cela.

C'est ainsi que la seconde hypothèse trouve son sens, il convient d'observer si le changement et la prise de décision de fermeture n'est pas le fruit de l'apparition de nouveaux instruments de politiques publiques du fait de la création de l'ARS et qui aurait rendu possible la concrétisation de ces fermetures.

Hypothèse 2 : La création des ARS a concrétisé de nouveaux instruments de politiques publiques qui ont permis aux acteurs de s'en saisir afin d'entériner la transformation de services d'urgences en centres de soins non programmés

Effectivement, les services d'urgences de Cluses et de Moûtiers ont été fermés en 2013 pour le premier et en 2015 pour le second. Du fait du terrain de stage, il est fait le constat que ces fermetures se justifiaient par une activité faible et un manque de professionnels. Ainsi cela entraîne une perte d'efficacité importante. La réponse proposée consiste en l'instauration d'un système de graduation des urgences. Ces arguments ont donc conduit à la fermeture des services d'urgences et leur transformation en centre de soins non programmés. Or, au regard des données objectives d'activités et selon les conclusions de rapports d'évaluations, les données sont les mêmes depuis une vingtaine d'années ainsi que les conclusions politiques. Effectivement, en 1993 un rapport⁴⁹ préconisait déjà un fonctionnement gradué des services d'urgences. Ce système n'a jamais été en fonctionnement. Il existe, aujourd'hui, une volonté des organismes de tutelle des établissements de conduire à cette fermeture. Or, celles-ci ne sont pas intervenus durant vingt ans et surviennent de manière rapprochées et rapides suite à la création des Agences. Si la construction de celles-ci est le fruit d'un changement par incrémentation au cours du temps et l'intégration progressive de la médecine de premier recours, un fait plus particulier semble constituer un élément déclencheur.

Il est fait l'hypothèse que cet élément tiendrait dans les nouveaux instruments déployés par les Agences mais surtout à travers leurs saisies par les acteurs. Ces nouveaux instruments sont, le montre l'analyse littéraire, issus d'une culture du contrôle à posteriori à partir d'indicateurs d'activités chiffrés et selon une démarche de contractualisation. Effectivement, les Agences ont modifié le fonctionnement des SROS intégrant une partie relative au premier recours et une démarche de contractualisation. Les ARS ont également bénéficié de nouveaux instruments de déploiement avec une vision large tenant dans la récupération des services de premier recours gérés jusqu'alors par les organismes de Sécurité Sociale. Les ARS bénéficient donc d'une palette d'actions plus large ainsi que d'un spectre d'observation plus transversal. De plus, avec une certaine technicisation du service déconcentré du ministère de la Santé, les Agences se sont dotées d'instruments jusqu'alors employés uniquement par des structures privées, comme le recours à des cabinets de conseil. Effectivement, l'ARS a fait appel à un cabinet privé pour réaliser une étude sur

⁴⁹ Rapport sur la médicalisation des urgences, professeur Adolphe Steg, septembre 1993

la gouvernance des cabinets de montagne, celle-ci ayant conduit à la modélisation par la suite des centres de soins de premier recours de Moûtiers et Cluses.

De la même manière, l'hypothèse sera testée selon deux axes :

- L'analyse des effets des « nouveaux » instruments de l'ARS dans la transformation des urgences de Moûtiers et de Cluses en Centre de Soins Non Programmés. L'analyse d'effectuera par la comparaison des documents de contractualisation et de politique générale des ARS (CPOM / SORS / PRS).
- L'analyse de l'emploi par les différents acteurs de ces nouveaux outils à travers des entretiens

L'hypothèse pourra être validée dans le cas où une réelle différence de politique serait constatée par l'analyse des instruments avec une conceptualisation de la transformation des services d'urgences à travers l'étude des CPOM et du SORS. Les entretiens menés auprès des agents ARS, notamment, confirmeront également cela par une facilitation des changements grâce à ces outils. Il s'agirait alors d'un processus décisionnel simple où l'essentiel de l'explication tiendrait dans la première hypothèse et la construction de l'ARS.

L'hypothèse sera également validée, de manière plus probable, par la manière dont les acteurs se sont saisis de ses instruments. Il s'agit de comprendre d'abord comme les instruments se sont imposés aux acteurs institutionnels les employant, et de quelle manière ils s'en sont saisis pour mener une politique. Il est intéressant d'observer si pour eux cela à constituer un réel changement ou si celui-ci s'est imposé au cours du temps par une impulsion et une adhésion progressive. Ensuite il est judicieux d'étudier comment les acteurs de terrain perçoivent ces instruments et la politique menée. Les acteurs peuvent théoriquement également se saisir de ces nouveaux éléments de contractualisation. Il s'agit alors d'observer la réalité derrière ces éléments sur la réelle marge de manoeuvre de chacun des acteurs et leur positionnement par rapport à cela. Il pourra également être observée une approche différente des acteurs privés et publics. Pour les acteurs privés il est intéressant de comprendre comment ils ont perçu ce nouveau rôle de régulateur de l'ARS, comme une plus grande contrainte ou à l'inverse une possibilité de négociation.

Chapitre 3 Méthodologie de l'enquête

La question de recherche s'est développée au cours d'un terrain de stage au service premier recours de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes auprès du Docteur Argaud en charge de la planification des services d'urgences et de la permanence des soins ambulatoires au niveau régional. Les missions de stage n'étaient pas en lien direct avec la question de recherche mais ont cependant soulevé la question de l'intégration récente de l'offre de soins de premier recours principalement libérale et les services hospitalier notamment d'urgences. Effectivement, les missions de stage ont constitué, pour partie, en un état des lieux de l'offre de soins non programmés de manière à réaliser une campagne d'information auprès du public. Le stage a également été l'occasion d'assister à une commission des soins d'urgences, entité de la Conférence de Santé et de l'Autonomie, instance de démocratie sanitaire, représentante des acteurs de santé et usagers d'un territoire. Cela a permis d'observer une volonté de discussion et d'intégration des acteurs aux politiques de santé menées dans la région. La période de stage a également coïncidé avec la révision du « SROS urgences » sur lequel le Docteur Argaud a travaillé. La construction de celui-ci, son approbation et ses ajustements ont ainsi pu être observés. L'intérêt issue de cette observation a conduit à rechercher l'historique de cette réflexion régionale. Ce travail a permis de prendre connaissance de l'existence de centres de soins non programmés à Cluses et à Moûtiers suite à des fermetures de services d'urgences récentes. Ces centres fonctionnent selon des statuts différents et sont encore en construction. De ces observations, sont construites des intuitions de recherche qui ont donné lieu à une question de départ. Un lien entre la création des Agences et la possibilité de créer de telles structures s'est imposé et a suscité des questionnements.

Deux entretiens exploratoires ont pu être menés afin de corroborer ces intuitions. Depuis le terrain de stage, la responsable à l'ARS du Programme Régionale de Santé (PRS), outil de pilotage principale de l'ARS et, qui plus est, a la double casquette d'ancienne directrice de l'URCAM (entité de la sécurité sociale responsable de l'organisation de la médecine de premier recours et ayant fusionné pour créer les ARS en 2010) a pu être rencontrée. Cette rencontre qui n'a pu être enregistrée a cependant permis de confirmer les intuitions de départ et susciter l'intérêt d'approfondir cette idée de lien entre la création des ARS et le rapprochement de la médecine hospitalière avec la médecine de premier recours engageant la création de centres de soins non programmés et la révision du « SROS urgences ». Par la suite, un second entretien exploratoire a

pu être conduit auprès d'un médecin généraliste exerçant en cabinet de montagne et travaillant avec les urgences de Cluses.

Ces deux entretiens ont permis de faire un lien important entre le terrain de stage professionnel et les approches théoriques de politiques publiques, conduisant à l'établissement de premières hypothèses plus précises.

Deux approches d'enquêtes sont alors menées en parallèle :

- Une étude et analyse documentaire des instruments de politiques publiques : les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens de Cluses et celui de Moûtiers ; avenant du volet urgences du Schéma Régional de l'Offre de Soins ; le guide diagnostique territorial effectué en vue de la transformation des services d'urgences ; le Projet Régional de Santé ; et l'évaluation du service d'urgences de Cluses ayant conduit à la décision du retrait de l'autorisation d'ouverture. Cette analyse permet de réaliser une comparaison entre ces instruments et ceux antérieurs à la création des ARS. Il s'agit de comprendre comment ces outils sont construits afin de développer par la suite la manière dont les acteurs s'en sont saisis.
- La technique de l'entretien est alors la seconde approche, avec quinze entretiens menés. Les entretiens réalisés répondent à la technique de l'entretien semi-directif, il s'agit en effet de construire une grille d'entretien solide avec des questions précises, laissant toutefois la possibilité à l'enquêté de compléter et de s'exprimer plus librement. Pour Stéphane Beaud⁵⁰, l'entretien est employé non comme un simple moyen d'obtenir des informations, mais de comprendre le rôle des interactions et de la socialisation des individus dans leurs pratiques. Cela est rendu possible par une analyse plus profonde de l'entretien.

Le présent travail de recherche est accompagné d'un livret d'entretien⁵¹ dans lequel figure l'ensemble des retranscriptions des entretiens réalisés au cours de l'enquête. L'analyse du matériel empirique renvoie donc vers ce livret en annexe du document de publication.

⁵⁰ Stéphane Beaud, *L'usage de l'entretien en sciences sociales. Plaidoyer pour l'entretien ethnographique*. in Politix, vol 9, N°35, 1996. pp 226-257

⁵¹ Répondant à des contraintes de confidentialité, le livret référencé ne peut toutefois pas faire l'objet d'une publication pour l'ensemble de la diffusion

3.1 Guide d'entretien et profils des enquêtés

Quatre axes de questionnement ont été choisis pour mener les entretiens :

Parcours professionnel

Objectifs	Questions
<p>Comprendre les missions exactes de l'enquêté et son positionnement dans sa structure professionnel.</p> <p>Connaitre sa formation et son évolution professionnelle.</p> <p>Connaitre sa socialisation et ainsi son profil qui peut influencer son positionnement dans la structure.</p>	Poste actuel / missions
	Formation (s)
	Pourquoi avoir choisi ce poste / cette structure ?
	Evolution professionnelle
	Lieux d'exercice
	liens hiérarchiques
	Organisation interne de la structure
	Positionnement dans cette organisation
	Manière de concevoir le poste et de réaliser les missions

Evolution du métier

Objectifs	Questions
<p>Connaitre le ressenti de l'enquêté sur les évolutions de sa profession et de la structure professionnelle dans laquelle il évolue.</p> <p>Analyser la manière par laquelle l'enquêté décrit les changements.</p>	Evolution du métier
	Evolutions des acteurs pris en charge (patients pour les soignants / professionnels de santé pour les ARS)
	Evolution des liens hiérarchiques
	Evolution de la structure
	Avis sur les nouveaux dispositifs / fusion de la structure professionnelle
	Volume d'activité
	Evolution de la vision du métier
	Evolution des législations encadrant le métier

Le site en question (Moûtiers ou Cluses)

Objectifs	Questions
Connaitre le rôle de l'enquêté dans la fermeture des urgences et son rôle dans les nouvelles structures.	Quelles connaissances avant / après ?
	Quels changements professionnels personnels ?
	Quelle implication / participation ?
	Quelle attitude adoptée ?
	Avis sur la transformation

Les pratiques actuelles

Objectifs	Questions
Comprendre le fonctionnement des nouvelles structures mises en place.	Comment fonctionne la structure ?
	Quelle prise en charge des patients ?
	Quelles activités (quali et quanti) ?
	Quelles fonctions personnelles dans la structure ?

L'intégration à un réseau professionnel

Objectifs	Question
Quelles connaissances l'enquêté a du réseau dans lequel sa structure est intégrée ?	Lien avec la direction de la structure professionnelle
Comment se positionne-t-il dans ce réseau ?	Lien avec la tutelle administrative
	Travail avec la tutelle / consigne
Quel regard sur les autres acteurs ?	Evolution des liens dans le temps

Les profils des enquêtés ont été sélectionnés en fonction de leur appartenance précise à des entités, selon cinq groupes :

ARS : Tutelle administrative des établissements pour une approche à partir du discours officiel. L'objectif est alors d'obtenir une vision des coordonateurs des fermetures. On retrouve un aspect juridique et organisationnel important.

- Docteur Doriane Argaud, médecin inspecteur référent régional urgences siège de l'ARS
- Angélique Grange, cheffe de service premiers recours siège de l'ARS
- Marie José Communal, médecin inspecteur à la direction départementale 73 de l'ARS
- Henry Berthelot, gestionnaire, inspecteur à la direction départementale 74 de l'ARS
- Sandrine Ducaruge, responsable de la planification sanitaire et de l'établissement du SROS, ARS siège

Médecins urgentistes dans les services et dans les centres 15 du SAMU pour une vision de terrain et une approche du changement des pratiques au quotidien.

- Docteur Françoise Champly, médecin urgentiste du SMUR de Sallanches, antenne du SAMU 74, département de la Haute-Savoie où est située la clinique de Cluses
- Docteur Marc Haesosevoets, chef de pôle du service d'urgences de l'hôpital d'Albertville-Moùtiers
- Docteur Daniel Habold, chef de service du centre d'appel 15 de l'hôpital de Chambéry, référent du département de la Savoie où est situé l'hôpital de Moûtiers.

Professionnels des centres pour une connaissance des pratiques et une vision personnelle de la transformation et du fonctionnement actuel dans la mise en oeuvre de la politique publique.

- Docteur Jean Louis Durafour, responsable du CNSP de Moûtiers
- Médecin exerçant au sein des CNSP de Moûtiers
- Docteur Frédéric Marchand, médecin exerçant au CNSP de Cluses
- Sylvaine Millat, cadre de santé de l'hôpital de Moûtiers, responsable du CNSP

Maire de la commune de Moûtiers pour une vision des politiques locales, analyse d'un éventuel élément de blocage en évolution depuis la Loi HPST et la réforme de gouvernance des hôpitaux. Analyse également du rôle du pouvoir décentralisé sur la politique publique.

- Rémy Vidili, Maire de la commune de Moûtiers

Direction des établissements de Cluses et de Moûtiers pour comprendre dans quelle mesure il existe un accompagnement ou une soumission au changement selon le lien avec la tutelle et le statut privé ou public de l'établissement

- Jean-Loup Durousset, PDG du groupe Noalys ayant repris la gestion de la clinique de Cluses suite à sa liquidation judiciaire
- Laurence Bernard, directrice de l'hôpital d'Albertville-Moûtiers

3.2 Contexte et difficultés liées à la conduite des entretiens

La prise de contact avec les enquêtés a été différente selon leurs profils. En effet, l'accès aux «administratifs» de l'ARS a été relativement facile par le biais du stage effectué. Les entretiens ont pu se faire de manière ciblée avec les personnels directement concernés sans nécessairement passer par la voie hiérarchique, ce qui peut constituer un éventuel biais. De plus, les entretiens ont été réalisés à la suite du stage après un certain laps de temps écoulé afin d'éviter le biais important de la trop grande proximité. Peu de difficultés ont été rencontrées pour l'accès aux informations si ce n'est avec la directrice de l'offre de soins et le maire de Cluses dont les sollicitations sont restées sans réponse.

L'accès aux professionnels de santé est très différent, il s'est fait principalement par corporation, recommandations des praticiens entre eux au fur et à mesure de l'enquête. Les entretiens avec les professionnels sont réalisés de manière beaucoup plus libre. La prise de contact avec les directions d'établissements a également été assez simple du fait d'une cible précise. L'entretien le plus difficile a mené a été celui avec les mairies. Le Maire de Cluses n'a jamais pu être interrogé et le Maire de Moûtiers s'est montré très froid en entretien, ce n'est finalement pas un entretien très pertinent. Il peut effectivement exister un biais dans le fait d'interroger des personnalités publiques ayant un intérêt politique important à laisser sous silence certains éléments.

Les terrains d'études sont éloignés sur la région et n'ont donc pas permis des déplacements systématiques, beaucoup d'entretiens ont dus être menés par téléphone. Cela représente un certain biais d'analyse par l'absence de possibilité d'observation connexe à l'échange oral. Les entretiens ont pu en partie être enregistrés et retranscrits. En revanche, les entretiens menés par téléphone n'ont pas toujours pu être enregistrés mais ont été retranscrits de manière libre à partir de notes très précises et complètes. L'observation sur le terrain a également été très réduite du fait de cet éloignement des sites d'études. Une observation des Agences seulement a pu être effectuée.

Le lien de parenté existant entre l'auteur de ce mémoire et le repreneur de la clinique de Cluses, directeur du groupe de Noalys, constitue un biais éventuel dans la démarche d'enquête et surtout d'accès au terrain. Cependant le biais est très limité du fait d'un positionnement du CSNP de Cluses indépendant de la Clinique et de la question de recherche axée sur le processus de décision

publique et l'influence de la gouvernance des Agences et non sur le fonctionnement des centres. De plus la décision de reprise s'est effectuée de manière en aval d'une grande partie du travail d'enquête.

L'autre difficulté au cours des entretiens réside dans le positionnement de chercheur en sciences politiques par rapport aux professionnels engagés dans la fonction publique. Il faut être conscient de la manière dont l'enquêteur se présente, cela peut influencer sur la relation établit avec l'enquêté. Les conclusions de l'enquête dépendent de l'établissement de cette relation. Il est toujours question de relation sociale, il faut arriver à mettre en confiance l'enquêté. Il faut être conscient de la relation établie et analyser les résultats en conscience de cela, Pierre Bourdieu parle de « *réflexivité réflexe*⁵²».

⁵² Pierre Bourdieu, *Comprendre*, in Pierre Bourdieu (éd.), *La misère du monde*, Paris, Seuil, 1993, p. 903-939.

Deuxième partie : test des hypothèses

Les exemples empiriques de la transformation des services d'urgences de la clinique de Cluses et de l'hôpital de Moûtiers en centres de soins non programmés

Chapitre 1 Présentation des exemples empiriques

En premier lieu, il convient de revenir sur une courte présentation des exemples empiriques. Effectivement les hypothèses proposées en réponse à la question de recherche seront testées à partir de deux exemples empiriques de transformation de services d'urgences : le Centre de Soins non Programmés (CSNP) de la clinique de Cluses (1.1) et le Centre d'accueil médical (CAM) de l'hôpital de Moûtiers (1.2). Les deux structures ont pour élément de contexte commun, un positionnement géographique atypique. Ce sont des structures situées dans des communes de vallées montagneuses à la jonction de plusieurs stations touristiques. Ce positionnement engendre également une socialisation et des pratiques atypiques des habitants locaux. Les communes de Cluses et de Moûtiers connaissent également une problématique de recrutement de médecins généralistes conduisant à un déficit de soins de premier recours sur les territoires.

1.1 Le centre de soins non programmés de la clinique de Cluses

Le centre de soins non programmés de la clinique de Cluses est une structure privée sous la forme d'une Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires (SISA) dont cinq médecins généralistes libéraux sont propriétaires à part égale. Ces médecins sont des anciens urgentistes de la clinique de Cluses. Effectivement, le centre a été monté dans les locaux de l'ancienne clinique suite à la décision de fermeture en 2013 par l'ARS du service d'accueil des urgences. La clinique appartenant au groupe privé gestionnaire KAPPA a depuis fait l'objet d'une liquidation judiciaire pour difficultés financières et a été reprise, au tribunal de commerce en 2015, par le groupe gestionnaire de cliniques privées, Noalys. La clinique est située sur la commune de Cluses dans le département de la Haute-Savoie. L'hôpital public le plus proche de la structure est celui de Sallanches. Le centre 15 du SAMU départemental est situé à Annecy. Le centre fonctionne officiellement depuis le 11 avril 2013, il est ouvert tous les jours de 8h à 22h, il a dans un premier temps était ouvert 24h sur 24 avant fermeture en nuit profonde puis à 22h. Les cinq médecins propriétaires de la structure exercent à tour de rôle. Un seul médecin est présent à la fois.

La fermeture du service d'urgences par l'ARS Rhône-Alpes est intervenue sous la direction générale de M. Jacquinet suite à une évaluation menée par le siège en 2012. Celle-ci a été menée par un médecin inspecteur et un inspecteur de l'action sanitaire et sociale dans un contexte de crise économique et financière pour la structure. Une évaluation est différente d'une inspection en ce qu'elle ouvre un dialogue entre l'entité de régulation et de tutelle, c'est à dire l'ARS et la structure de soins.

Le centre est financé par une subvention de l'ARS issue du FIR. Cette subvention est destinée à prendre en charge le fonctionnement du centre notamment en termes de charges du personnel infirmier et administratif. Le centre est ainsi lié à l'ARS par un Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM). Les médecins sont rémunérés à l'acte par l'Assurance Maladie au prix d'une consultation de médecine générale majorée selon les heures et la technicité de certains actes plus complexes. Le premier CPOM du centre a été négocié entre la clinique de Cluses et le siège de l'ARS Rhône-Alpes en 2013, il a été signé officiellement en mai 2016 avec la direction départementale de Haute-Savoie de l'ARS et la nouvelle structure professionnelle SISA.

Les médecins font exclusivement de la médecine non programmée, ce sont principalement des actes de petites urgences, type CCMU1 ou 2. Les patients les plus graves sont transférés à l'hôpital de Sallanches. Le centre pallie le manque de médecins généralistes et les médecins voient beaucoup de pathologies de médecine générale.

1.2 Le centre d'accueil médical de l'hôpital de Moûtiers

Le CAM de Moûtiers est un service de l'hôpital d'Albertville-Moûtiers situé sur le site de la commune de Moûtiers. Sa construction durant l'été 2015 fait suite à la décision de la direction de l'hôpital de fermer le site d'accueil des urgences de Moûtiers. Le centre a ouvert en octobre 2015. Le personnel du centre est ainsi un personnel hospitalier. Les médecins sont salariés de l'hôpital selon un contrat de praticien contractuel. Ce sont des médecins généralistes libéraux recrutés en vue de faire fonctionner le centre. Celui-ci est coordonné par le Dr. Durafour chargé de mission par l'ARS pour construire le nouveau service. Une cadre de santé hospitalière est également responsable du service. Le centre est situé sur la commune de Moûtiers dans le département de la Savoie, il est ouvert tous les jours 24h/24. Les médecins sont en charge de gardes journalières, un seul médecin est présent à la fois. Le centre est situé dans les locaux de l'ancien service d'accueil des urgences à côté de l'antenne du SMUR. Le centre 15 du SAMU de référence est l'hôpital de Chambéry. Le service d'urgences le plus proche est le centre hospitalier d'Albertville.

La fermeture du service d'urgences du site de Moûtiers est issue d'une réflexion plus historique avec un projet sur le long terme, cependant la décision de fermeture intervient dans un contexte de pénurie de médecins urgentistes pour faire fonctionner le site. La fermeture du service d'urgences est concomitante à la fermeture du service de chirurgie et fait suite à la fermeture progressive de plusieurs services de l'hôpital.

Le centre est financé par l'hôpital, il continue de recevoir les financements traditionnels d'un service d'urgences, soit un financement forfaitaire, FAU et un financement à l'acte, ATU, les deux étant calculés à partir d'un même indicateur, le nombre de passages. Pour l'instant la transformation juridique du service d'urgences n'est pas entérinée, l'hôpital bénéficie toujours d'une autorisation de services d'urgences pour le site de Moûtiers. La direction ne devrait pas déposer de demande de renouvellement d'autorisation en 2017, de fait celle-ci ne sera plus existante. Le financement selon les modalités d'un service d'urgences ne sera alors plus possible. Ainsi la direction départementale de Savoie de l'ARS travaille actuellement avec le Docteur Durafour et la direction du centre hospitalier à une nouvelle forme juridique pour le centre.

Le centre réalise environ vingt-cinq consultations par jours, les médecins réalisent principalement des actes de médecine générale. Les médecins exerçant n'ont effectivement aucune qualification en médecine d'urgence. Les patients nécessitant des interventions urgentes sont transférés vers Albertville. Les patients viennent de manière exclusivement non programmée et les pathologies correspondent à une classification CCMU1 et 2.

En dernier élément de contexte, le site hospitalier de Moûtiers est situé dans la région de la Tarantaise, celle-ci connaît une forte restructuration hospitalière avec une réflexion de longue date impliquant les centres hospitaliers d'Albertville, Moutiers et Bourg-Saint-Maurice. En 2005 les centres hospitaliers de Moûtiers et d'Albertville ont fusionné.

Chapitre 2 Première hypothèse

La création de l'ARS en 2010 est le fruit d'une construction historique des changements de pratiques qui va dans le sens de l'intégration de la médecine de premier recours permettant la diffusion de nouvelles pratiques

La première hypothèse sera testée sous le prisme de deux angles : la perception des acteurs de l'évolution globale des politiques de santé ayant conduit à la création des ARS (2.1) ; et la perception selon l'analyse de la littérature relative au changement en politiques publiques, du contexte aboutissant à la transformation des services d'urgences des cas empiriques (2.2). Les résultats seront présentés dans une troisième sous-partie (2.3)

2.1 La perception des politiques publiques hospitalières sous le prisme de ses acteurs

A travers les entretiens, les différents acteurs ont été interrogés sur leur perception de l'évolution des politiques de santé en fonction de leurs expériences d'interaction avec l'acteur de tutelle mais aussi en lien avec le contexte social plus global. La différence de profil des enquêtés permet d'avoir un panel important de points de vue selon différentes socialisations. Malheureusement, peu d'enquêtés ont une longue expérience professionnelle continue permettant une vision complète des changements de pratiques dans le temps. Cependant leur description des institutions et des politiques apportent des éléments d'analyse intéressants. De plus, la manière de présenter l'évolution des institutions et des politiques publiques représente un intérêt même si l'enquêté n'a pas réellement vécu le changement.

Une seule enquêtée, Madame Malboss, rencontrée lors du premier entretien exploratoire a une vision très évolutive de part ses fonctions dans le temps. L'entretien a pu confirmer une intuition de départ selon laquelle il existe une continuité d'action dans les politiques de santé⁵³. Madame Malboss est responsable du Projet régional de santé à l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes. Antérieurement à la construction de l'Agence elle était directrice de l'URCAM du Rhône. Elle a ainsi cette vision continue en amont et en aval de la création de l'Agence. L'entretien permet ainsi de mettre en avant ce continuum de la politique institutionnelle avec une volonté de rapprocher les

⁵³ Entretien de Madame Malboss page 4 du livret d'entretiens

services de la Sécurité Sociale, des services étatiques déconcentrés du ministère de la santé. Effectivement, depuis la fin des années 1990, les professionnels de l'URCAM sont appelés à travailler avec ceux de l'ARH et de la DRASS dans des réunions communes et d'aboutir à un premier projet régional de coopération à minima. Selon cet objectif, les SROS de 3ème génération, ceux précédant les SROS PRS pensés avec la création de l'ARS, ont été construits à partir d'un « diagnostic partagé ARH-URCAM ».

La construction de l'ARS n'est donc pas un ovni politique mais bien une politique publique pensée et amorcée en amont. Madame Malboss met en avant l'aspect important du FIR, instrument financier principal de ARS, issue des différents fonds des organismes ancêtres de l'Agence. Pour l'enquêtée cet instrument représente la symbolique de la fusion des organismes. Madame Malboss insiste enfin sur le changement de culture introduit par l'Agence dans la manière de mener les politiques de santé territoriales. Selon elle, les organismes déconcentrés de l'Etat répondaient à une culture régaliennne de contrôle des acteurs publics territoriaux. A l'inverse, les organismes de Sécurité Sociale travaillaient avec les acteurs privés selon une logique de contractualisation.

Effectivement, les DRASS étaient en charge de la régulation de l'offre de soin à travers les autorisations délivrées, et les URCAM travaillaient avec les professionnels libéraux et les cliniques privées sur leur seul aspect financier. Ce que confirme Monsieur Durousset, Président Directeur Général (PDG) du groupe Noalys qui répond au sujet de ses relations antérieures avec la Sécurité Sociale « *Nous on aimait bien parce qu'en fait on avait avec la sécu un rapport qui était financier et qui en fait était pratiquement une contractualisation*⁵⁴. ». La création des ARS a alors réuni sous une même institution la régulation et le paiement de l'offre de soins.

Le premier entretien réalisé avec Madame Malboss confirme alors bien l'intuition de départ et pose des pistes de réflexion. Cependant, l'enquêtée occupe un poste hiérarchiquement important au sein de l'ARS, la vision transmise au cours de l'entretien s'apparente à une vision très institutionnelle et donc théorique. Elle est intéressante pour démarrer ce travail et construire les entretiens. Cependant il convient de confronter cette théorie à la vision des autres acteurs.

⁵⁴ Entretien de Monsieur Durousset page 125 du livret d'entretien

A travers les autres entretiens il est à noter que malgré le profil et la socialisation très différentes des enquêtés, des points communs reviennent souvent lorsqu'ils sont interrogés sur leurs perceptions de l'évolution. Les enquêtés analysent effectivement leur perception du changement à travers des points précis, éléments de descriptions des ARS.

Le premier point récurrent est celui d'une Agence qui apporte une technicisation et une hiérarchisation importante. Ce point est soulevé par deux enquêtées⁵⁵ : Le Docteur Communal, médecin inspecteur à la délégation de Savoie de l'ARS et Madame Bernard, directrice générale du Centre Hospitalier d'Albertville-Moutiers.

Le Docteur Communal note : « *Il y a eu quand même de profonds changements oui, je pense que le passage en ARS s'est accompagné de beaucoup de technicisation avec l'utilisation de façon plus systématique de procédures, de certains outils techniques. Nous ne disposions pas en DASS et en DRASS, il y a eu une montée en charge mais qui s'est largement accentuée lors du passage en Agence régionale de santé, c'est une première chose.* » ; « *Une seconde chose est sans doute davantage de hiérarchisation des relations* ».

Madame Bernard souligne de son côté : « *La technocratisation des structures ! On a des structures beaucoup plus lourdes, beaucoup hiérarchisées, beaucoup plus techniques ce qui fait les décisions se prennent beaucoup plus lentement.* »

Il apparaît que le passage de services déconcentrés en Agence apporte une volonté de technicisation de la structure, ce point souligné par la littérature relative au phénomène d'agencification⁵⁶ est corroboré par l'impression des enquêtés. De plus, il répond à la description théorique des Agences. Cette technicisation entraîne une culture de l'évaluation et des chiffres. Les agences se donnent les moyens d'obtenir des données de fonctionnement très précises. Ainsi, elles ont une vision plus précise des réalités de terrain et peuvent donc penser de nouveaux fonctionnements.

⁵⁵ Entretien Docteur Communal page 48 du livret d'entretiens + entretien de Madame Bernard page 133

⁵⁶ *Supra* partie 1 chapitre 2

Le second point soulevés par les enquêtés, l'amplification du phénomène de hiérarchisation apparait à l'inverse contre intuitif. Effectivement la volonté politique et l'analyse sociologique du phénomène d'agencification amène à penser des structures fortement découpées par services avec une autonomie de gestion de ceux-ci suffisante pour permettre une contractualisation avec les acteurs régulés. Or les entretiens menés semblent montrer l'inverse. Effectivement, selon la même idée, le Docteur Argaud, médecin inspecteur en charge des urgences au siège de l'ARS appuie cette idée : « *Non non enfin c'est devenue très hiérarchique. A l'ARH c' était des rôles de chargés de missions, chacun avait ses trucs et puis nous dans les DDASS aussi, mais là c'est devenue vraiment un truc ... militaire hein (rire)* »⁵⁷.

L'entretien du Docteur Argaud permet de creuser cette idée, il apparait alors un système pensé selon l'idée théorique et idéale d'une Agence mais avec un fonctionnement différent. Ainsi, le Docteur Argaud souligne à propos des CSOS qui nécessitent un avis technique d'un professionnel spécialiste, que la directrice de l'offre de soins de l'ARS ne souhaite pas un avis de la personne mais un « *avis de l'Agence*⁵⁸ ». Il semble que dans le fonctionnement réel de l'ARS Rhône-Alpes, l'avis technique existe, il y a bien une technicisation conformément à la volonté politique de l'agencification mais celle-ci est modulée, dans les faits, par un renfort de la hiérarchisation.

Effectivement, le Docteur Argaud explique : « *Si tu veux c'est ce côté, mais vous les jeunes vous êtes habitués je pense que ça vous posera pas de problème, c'est plus de morceler une tâche, chacun un petit bout personne ne voit la grande photo tu vois.*⁵⁹ ». Il y a donc bien cette division des tâches conforme à une agence technocratique rendant des avis experts mais cela est atténué par une volonté des directeurs de garder la main. Cela peut s'analyser de deux manières : selon les éléments de socialisation des organisations, un agrandissement de la structure, a pu engendrer des difficultés dans le partage des tâches ; selon les éléments d'analyse de politiques publiques, les agents de directions ont du mal à mettre en oeuvre un changement de pratiques du fait d'habitudes ancrées.

⁵⁷ Entretien du Docteur Argaud page 35 du livret d'entretiens

⁵⁸ Entretien du Docteur Argaud page 33 du livret d'entretiens

⁵⁹ Entretien du Docteur Argaud page 34 du livret d'entretiens

L'idée d'écart entre la volonté politique dans la création de l'Agence de santé et la réalité dans le fonctionnement de l'ARS Rhône-Alpes est encore appuyée par Monsieur Durosset qui analyse ainsi la différence entre l'ARH et l'ARS : « *Nous la Fédération des hôpitaux privés on était très favorable à la création des ARS parce qu'on trouvait que les ARH avaient été très positives et que si on rajoutait le volet de la médecine ambulatoire c'est-à-dire la médecine de ville, ça allait donner encore une dynamique aux ARS. Ce qu'on n'avait pas mesuré c'est que l'Agence allait se transformer en même temps que les ARS.*»⁶⁰. On peut effectivement penser, que la volonté politique était un renfort des ARH construite selon une volonté d'évolution des politiques publiques de santé, la différence entre elles et les ARS constitue bien une variable de fonctionnement de ces dernières. Monsieur Durosset propose une hypothèse tenant dans la socialisation des acteurs de directions avec selon lui des agents nouveaux n'ayant pas participé à la construction à travers l'ARH.

Il apparaît bien avec le discours des acteurs une évolution des pratiques à travers la construction des ARS. Celle-ci tient dans une volonté politique de technicisation des orientations avec une expertise de la décision. Cependant, cette volonté caractéristique des agences est modérée par un phénomène d'amplification de la hiérarchisation des pratiques propres plutôt à des services classiques de l'Etat. Cette différence tient dans l'organisation elle-même de la structure et dans l'adaptation des agents de direction.

L'autre élément d'évolution soulevé par les acteurs est celui de l'intégration progressive du privé. L'évolution des administrations de la santé s'est traduite par un rapprochement des caisses de Sécurité Sociale avec les fonctions régaliennes déconcentrées de l'Etat : cela a conduit dans un même temps au rapprochement de la gestion des acteurs privés de la santé avec ceux du publics. Ces éléments d'observation sont corroborés par les entretiens⁶¹.

Ainsi, Monsieur Durosset explique : « *Oui ... Quand on rejoint les rangs de l'Etat on a obtenu plein d'autorisations mais on a perdu la capacité de négociation.* ». « *Mais ça a été l'effet positif du rapprochement, on s'est comporté comme des établissements publics et on a obtenu des autorisations qu'on n'avait pas avant.*».

⁶⁰ Entretien de Monsieur Durosset page 119 du livret d'entretiens

⁶¹ Entretien du Docteur Argaud page 19 du livret d'entretiens + entretien de Monsieur Durosset page 125

Le Docteur Argaud confirme : « *Et même les cliniques privées je sais pas si c'était pas aussi ... C'était pas l'URCAM mais la CRAM* » ; « *Donc si tu veux quand on a fusionné en ARS, on a fusionné la CRAM, heu l'ARH du coup on a récupéré les cliniques privées aussi.* »

La création des ARS a mis sous une même entité les deux aspects de gestion financière et régulatrice. Or la négociation auprès des établissements publics répondait à des relations régaliennes, mettant en jeu uniquement des prérogatives de puissances publiques, autorisations, contrôle ... L'aspect financier n'entraîne que peu en jeu, les financements étant votés principalement au niveau national. Les CRAM, dans leur négociation avec les acteurs privés de la santé n'avaient à l'inverse aucune gestion de régulation assurée par les services de l'Etat mais uniquement un aspect de négociation financier. Cela conduit à deux types de relations à l'origine de deux cultures très différentes. La création des ARS oblige à l'intégration de ses deux cultures et impose aux établissements privés et publics d'être sous la tutelle des mêmes agents gestionnaires. Cela implique des ajustements de gestion ayant des conséquences pour les acteurs et pour les gestionnaires.

Ce dernier point, met finalement en avant une évolution construite des ARS ayant intégré des nouveaux fonctionnements issus des pratiques des différentes entités absorbées. Les acteurs interrogés constatent cette évolution. Cependant, au delà de cette réalité, l'évolution de la tutelle de l'ARS tient dans l'image qu'en ont les acteurs. L'enquête a révélé une construction de ce qu'est l'ARS chez les professionnels. Ainsi, cette construction intellectuelle conduit les acteurs à mener des actions de politiques publiques autour de la vision qu'ils se font de la tutelle. Ainsi, les enquêtés⁶² ont une approche critique de l'ARS, celle-ci conduit à une construction de ce qu'est l'ARS et amène les acteurs à agir en fonction de cette image.

Effectivement, là où l'ensemble de l'entretien n'a pas permis de montrer des liens directs entre les professionnels et les gestionnaires de l'ARS, les médecins interrogés ont une idée très précise du fonctionnement de l'institution. Ainsi, le Docteur Habold, chef du service du centre 15 du département de la Savoie dénonce que : « *L'ARS n'est jamais là pour assumer sa décision. Elle crée les problèmes et laisse les acteurs se débrouiller.* » De la même manière, le Docteur Haesevoets, chef du service des urgences de l'hôpital d'Albertville-Moùtiers interrogé sur les

⁶² Entretien du Docteur Habold page 100 du livret d'entretiens et entretien Docteur Haesevoets page 89

conséquences de la création de l'ARS dans ses relations avec la tutelle répond : « *heu non ... c'est peut-être plutôt pire encore si ...* ».

A travers l'enquête il apparaît la naissance d'une dynamique accompagnant la création des ARS. Le phénomène d'agencification apporte de réels changements par la fusion d'entités différentes conduisant à un mélange de pratiques. Cependant le changement véritable tient dans la pratique des acteurs qui accompagnent la création de l'Agence. Ainsi, les professionnels construisent une vision de l'acteur de tutelle qui impulse des changements de pratiques de leur part. Cette structuration tient dans l'aspect progressif et continue de l'évolution de l'institution mais également dans l'image collective professionnelle construite par les acteurs.

Le Docteur Argaud appuie cet élément de manière empirique⁶³ en montrant à travers la transformation des centres de soins non programmés qu'il n'existait aucune politique concrète menée mais que celle-ci est issue d'une impulsion provoquée par le travail en groupe suite à la création des ARS. Interrogée sur les consignes du ministère sur la transformation des services d'urgences en CSNP, le Docteur Argaud déplore : « *Non et justement tout reste en stand by ... On a l'impression que tout est un peu .. On a eu une .. Une vraie impulsion de 2010 à ... heu on est en 2016 il me semble que depuis 2015 y a beaucoup de freinage du ministère. Donc la politique qu'on a senti de 2010 à 2015, où on était tous en phase là heu ... ça s'est un peu freiné.* »

Les acteurs rencontrés au cours de l'enquête ont également exprimé leur point de vue sur des évolutions plus larges que celle de la création des ARS et la construction dans le temps des acteurs tutélaires. Ces changements représentent des éléments de contexte qui sont également importants à prendre en compte dans la construction de la transformation des services d'urgences en centres de soins non programmés.

Le Docteur Lamy⁶⁴ au cours du second entretien exploratoire revient sur le changement de socialisation des jeunes médecins et l'attrait du salariat pour eux. Interrogé sur les changements de pratiques professionnelles générés par l'exercice regroupé, le médecin répond : « *Ha ouais énormément, ben déjà si on n'avait pas ça, les deux jeunes médecins ne seraient pas venus*

⁶³ Entretien du Docteur Argaud page 23 du livret d'entretiens

⁶⁴ Entretien du Docteur Lamy page 8 du livret d'entretiens

s'installer avec nous donc aujourd'hui on serait plus que trois alors qu'il y a quelques années on était dix alors ça aurait été invivable ! ».

La création de l'ARS a des conséquences mais répond également à des causes, celles-ci tiennent à une évolution sociale. L'exercice professionnel des médecins libéraux évoluent sur la demande des jeunes médecins, l'ARS doit s'adapter à cela. Sa création rapprochant les services de gestion des groupements sanitaires et ceux intervenant auprès des acteurs libéraux est aussi issue de cette évolution. L'intégration de la médecine de premier recours a été rendue nécessaire par cette évolution de la société, cette intégration rend effectivement possible la transformation des services d'urgences. Ainsi, il existe bien un aspect temporel dans la création de cette Agence et un contexte qui l'entoure.

Enfin, avant d'analyser les éléments concrets de la mise en oeuvre du changement, consistant en prise de décision en tant que telle de la fermeture des services d'urgences des des exemples empiriques choisis, il convient de s'arrêter rapidement sur un dernier élément de contexte, la construction de l'hôpital d'Albertville-Moutiers.

Le Docteur Communal, médecin inspecteur à l'ARS de Savoie revient sur la construction historique de l'établissement⁶⁵ : *« Il y a trois hôpitaux dans la vallée de la Tarantaise, initialement il y avait trois hôpitaux : Albertville, Moûtiers et Bourg saint Maurice. Heu il y a eu pendant quelques années, c'était au début des années 2000, un syndicat inter-hospitalier de Tarantaise qui regroupait les trois hôpitaux. C'était pas une direction commune mais c'était un syndicat inter-hospitalier. Et au bout de quelques années, bourg saint Maurice a quitté le syndicat inter hospitalier et Albertville et Moutiers ont fusionné leur direction. Et il y a eu la fermeture de la maternité de Moutiers au début des années 2000 (...) Ca devait être en 2004 ou 2005 je crois. Et donc actuellement persiste le Centre hospitalier de Bourg saint Maurice qui a un directeur et l'hôpital Albertville / Moûtiers qui a une direction qui a fusionné en une seule entité juridique. »*

La construction de l'établissement est un élément de contexte important en parallèle de la création de l'Agence. Il s'observe bien une évolution lente de la structure puis une fusion relativement récente.

⁶⁵ Entretien du Docteur Communal page 49 du livret d'entretiens

Finale­ment, l'état actuel des établissements et de l'acteur de tutelle est à inscrire dans le temps. Un contexte précis encadre les changements. L'ARS semble être le fruit d'une évolution historique intégrant progressivement les acteurs du premier recours, ce qui est l'hypothèse de départ. Cette hypothèse doit toutefois être corroborée par l'analyse de la mise en oeuvre réelle de transformation des urgences de Cluses et de Moutiers. Il s'agit d'analyser si cette concrétisation du changement est en lien avec la transformation progressive constatée.

2.2 La mise en oeuvre de la transformation des services d'urgences

Il s'agit ici de réaliser un focus sur les cas empiriques afin de comprendre comment les transformations des services d'urgences de Cluses et Moûtiers sont effectivement intervenues et dans quelle mesure elles s'inscrivent dans l'évolution structurelle de l'acteur de tutelle et ainsi la création des Agences.

Tout d'abord il convient de revenir sur le contexte général des services d'urgences qui répondent à une construction récente. C'est ce qu'explique le Docteur Haesevoets⁶⁶ : « *En 20 ans, tout a changé, il a fallu tout construire. Les internes se sont spécialisés, ils vont vite maintenant.* ». Le métier d'urgentiste est donc une spécialisation récente. La construction des services d'urgences est un apport contemporain des politiques de santé. Cet élément est essentiel il met en avant le fait que la transformation intervient sur une construction relativement récente, avec des acteurs qui le perçoivent comme tel. Ce qui peut-être un élément d'explication à une transformation possible.

L'autre élément de contexte souligné par les professionnels eux-mêmes est une montée en charge progressive et continue des services d'urgences avec un recours de plus en plus important du public aux services. Les médecins soulignent ce point là⁶⁷. Le Docteur Haesevoets note : « *Là ça s'est tassé c'est +6% je dirais maintenant, mais par an quand même ... Après cette année y a eu pas mal d'activité en plus mais c'est l'effet nouveau service d'urgence.* ». De la même manière, le Docteur Habold souligne « *Puis la mentalité des médecins est plus la peine ils ont moins de disponibilité pour recevoir des patients ... Du coup les patients vont plus facilement aux urgences.* »

Ce qui est important ce n'est pas tant les chiffres de recours mais le fait que le constat viennent des professionnels. Ceux-ci dans leur cadre normatif de pensée ont intégré cet élément, accepté par tous.

⁶⁶ Entretien du Docteur Haesevoets page 84 du livret d'entretiens

⁶⁷ Entretien du Docteur Haesevoets page 85 du livret d'entretiens + entretien du Docteur Habold page 96

Enfin un dernier élément de contexte entourant les transformations est l'appui sur des entités locales existantes, notamment les cabinets de montagne. Ceux-ci sont nombreux sur la région du fait des spécificités géographiques de celles-ci⁶⁸. Madame Grange, cheffe du service premier recours à l'ARS explique : « *Alors on a engagé la dynamique avec les cabinets de montagne en 2012 - 2013, on a travaillé avec Acsantis là dessus et on avait, on était parti des problématiques du cabinet de montagne sur lesquelles il y avait la prise en charge de beaucoup de non programmés pour le déployer par la suite sur la ville, sur les vallées* ». Madame Bernard, directrice du Centre Hospitalier d'Albertville-Moutiers fait également référence à l'étude : « *On était pas là, on était sur l'idée d'une première étude par un cabinet...* »

Au delà de l'élément de contexte, l'étude du cabinet Acsantis sur les cabinets de montagne met en avant un recours à un appui technique fort avec une légitimation de la transformation selon une construction très technocratique de la transformation des services d'urgences de Cluses et de Moûtiers. Effectivement, outre le recours à un cabinet de conseil, la transformation pilotée politiquement par la direction de l'Agence a été dans les faits conduite de manière très technique.

Ainsi, le CAM de Moutiers a été construit par le Docteur Communal, médecin inspecteur à l'ARS en appui du Docteur Durafour, chargé de mission pour la transformation et connu de l'ARS pour sa participation à la Fédération des maisons de santé. De la même manière, le CSNP de Cluses a été conduit par le Docteur Argaud en lien avec les médecins du centre et à partir d'une évaluation technique du service d'urgences.

Un double constat est fait, une réelle technicisation de la tutelle conformément aux attributs d'une Agence et un recours à des professionnels que l'on peut supposer connus de l'Agence dans son rapprochement avec la gestion du premier recours.

L'autre élément commun entourant les transformations des services d'urgences est une volonté politique qui semble être un constat de longue date. Les différents enquêtés laissent entendre que depuis longtemps les deux services sont visés par des volontés de restructuration.

⁶⁸ Entretien de Madame Grange page 41 du livret d'entretiens + entretien Madame Bernard page 137

La clinique de Cluses connaît depuis de nombreuses années des pertes d'activités et une instabilité forte avec plusieurs reprises, ce qu'explique Monsieur Durousset⁶⁹ : « *Donc je la connaissais et au fur et à mesure du temps, au moment où son propriétaire historique a voulu laisser la clinique et prendre sa retraite. Il a essayé de chercher son successeur, il a vendu d'abord à des médecins d'Annecy qui eux ont perdu l'autorisation de cancérologie et petit à petit .. La maternité d'abord puis l'autorisation de cancéro .. Ils ont déposé le bilan ça a été repris par un groupe qui s'appelait KAPPA a qui ont retiré l'autorisation d'urgences donc ils ont redéposé le bilan. Ca a été repris par un médecin qui s'appelait Martinez a qui on a retiré l'autorisation de médecine, il a redéposé le bilan* ». De plus le Docteur Champly, chef de service des urgences de Sallanches⁷⁰, dénonce le fait qu'« *ils n'ont jamais fait d'urgences* ».

De même l'hôpital de Moutiers fait l'objet d'un constat de sous fonctionnement de son service d'urgences depuis longtemps⁷¹. Madame Communal reconnaît « *enfin je vais peut-être revenir un petit peu en arrière, heu déjà lors du directeur précédent il y avait eu la volonté d'utiliser le site en fonction de la réalité et les besoins.* ». Le Docteur Haesevoets de la même manière : « *ola! au moins 15 ans, c'est une longue et douloureuse histoire* », tout comme le Docteur Habold : « *He ben si ça fait 3 ans qu'on en entend parler, on nous dit qu'y a pas une activité complète d'urgence. Mais ça fait 3 ans que personne ne prend la responsabilité, on laisse la situation se dégrader et on prend des conclusions rapidement sur un coup de tête sans consulter personne...* ». Enfin le Docteur Durafour poursuit : « *Heu non enfin on entendait plein de chose sur l'hôpital de Moutiers mais rien de précis puis moi je m'en occupais pas trop. Ca a toujours fais pas mal de bruit..* ». Dans le même sens, un dossier de presse en date de novembre 2014, cible déjà la volonté de mettre en place sur le site de Moutiers un CSNP⁷².

Deux éléments communs caractérisent alors le moment de prise de décision concrète qui permet la transformation ciblée depuis plus longtemps : la saisie d'un contexte atypique et le rôle de personnalités précises.

⁶⁹ Entretien de Monsieur Durousset page 115 du livret d'entretiens

⁷⁰ Entretien du Docteur Champly, page 81 du livret d'entretiens

⁷¹ Entretien du Docteur Communal page 50 du livret d'entretiens + entretien du Docteur Haesevoets page 87 + entretien médecin du CAM du Moutiers page 93 + entretien du Docteur Habold page 99 + entretien Docteur Durafour page 102

⁷² Annexe 3 : Extrait du dossier de presse « La santé en Tarentaise » novembre 2014

La saisie d'un contexte atypique

Concernant la clinique de Cluses, l'élément déclencheur semble être la fragilité de la clinique due à son dépôt de bilan auprès du tribunal de commerce. Cependant, la vision des faits varies légèrement selon les enquêtés⁷³. Le Docteur Argaud, médecin inspecteur explique : « *Ben c'est à dire qu'on l'a fait dans un dialogue et une ouverture totale (...) Après en tout cas, Cluses, donc la clinique a coulé* ». A l'inverse, le Docteur Mauchamps urgentiste dans le service dénonce l'ARS qui aurait profité de la fragilité de la clinique qui aurait déjà déposé un bilan avant la prise de décision. Monsieur Berthelot inspecteur à l'ARS et Monsieur Durousset⁷⁴ reviennent également sur la décision de fermeture en lien avec le dépôt de bilan. Pour le premier, la fermeture fait suite au dépôt, pour le second, la décision de fermeture conduit à la liquidation de la structure. Malgré la confrontation des points de vue il apparaît une situation compliquée pour la clinique qui peut être interprétée comme un élément déclencheur de la décision de fermeture.

Pour ce qui est de l'hôpital de Moutiers, tous les acteurs interrogés s'accordent à dire que l'élément déclencheur est le recrutement de médecins urgentistes⁷⁵. Madame Grange insiste : « *Non non Moutiers ce qui s'est passé c'est qu'ils n'arrivaient plus à faire tourner le service d'urgences. parce qu'il n'y avait pas de médecins.* » De même que la Directrice du centre hospitalier d'Albertville-Moutiers⁷⁶ : « *La vraie vie c'est qu'à un moment donné on n'a plus eu suffisamment d'urgentistes pour faire tourner les deux sites. Et on a été condamné à fermer le centre de Moutiers parce que je pouvais pas fermer celui d'Albertville.* » ou « *Ben encore une fois la décision y en a pas eu, c'est la crise qui a fait la décision. Y a un moment donné on a du fermer le services d'urgences à défaut d'urgentistes ... j'ai pas décidé de fermer les urgences de Moûtiers j'y ai été contrainte. C'est pas tout à fait la même chose.* » L'absence d'urgentistes est un réel élément déclencheur, il nécessite une accélération de la prise de décision mais également une justification importante pour celui qui prend la décision.

⁷³ Entretien du Docteur Argaud page 25 du livret d'entretiens + entretien du Docteur Mauchamps page 107

⁷⁴ Entretien de Monsieur Berthelot page 68 du livret d'entretiens et entretien de Monsieur Durousset page 116

⁷⁵ Entretien de Madame Grange page 42 du livret d'entretiens

⁷⁶ Entretien de Madame Bernard page 134 + 136 du livret d'entretiens

Le rôle des personnalités

Au cours des entretiens un autre élément apparaît comme déclencheur de la fermeture, le rôle de personnalités. Ainsi, Monsieur Durousset⁷⁷ explique que la gestion des ARS et la relation entretenue avec les acteurs est : « *très directeur dépendant* ». De plus, il insiste sur le nom du Directeur Général de l'ARS au moment de la fermeture. « *Ca a du être fermé en 2013 je pense c'était sous le régime du prince Jacquinet* ».

Le Docteur Argaud⁷⁸ va dans ce même sens elle souligne la personnalité de Monsieur Jacquinet et interrogée sur l'essoufflement de la dynamique de transformation, elle déplore : « *les gens ont changé ...* ». Cela semble se confirmer à travers l'entretien du Docteur Mauchamps⁷⁹ qui explique qu'au moment de la transformation beaucoup d'évaluations étaient demandées au centre puis que le suivi des chiffres a connu un essoufflement. Une dynamique semble alors bien influencée par le rôle d'une personnalité.

Toujours selon cette même idée, Madame Communal revient sur le rôle qu'a joué le président du Conseil départemental sur le redécoupage hospitalier de la vallée de la Tarentaise : « *Enfin du président du conseil départemental de Savoie qui est Hervé Guaymard qui est originaire de Bourg-Saint Maurice ou entre Bourg Saint Maurice et Moutiers et qui a toujours beaucoup soutenu l'existence des trois hôpitaux* ».

D'autres éléments entourent la prise de décision et sont révélateurs d'une certaine gestion de l'ARS. Une fois la décision de fermeture des services d'urgences et leur transformation en CSNP prise, l'Agence organise son déploiement. Par exemple on constate au cours des entretiens que les horaires de fermetures du service font l'objet d'une stratégie de la part de l'ARS⁸⁰ et joue un rôle important. Les amplitudes horaires du service sont stratégiques. En effet, un service d'urgences légalement doit être ouvert 24h/24. Transformer un service d'urgences en CSNP sur les mêmes horaires constitue une stratégie de communication pour minimiser la transformation.

⁷⁷ Entretien de Monsieur Durousset page 116 et 122 du livret d'entretiens

⁷⁸ Entretien du Docteur Argaud page 31 du livret d'entretiens

⁷⁹ Entretien du Docteur Mauchamps page 109 du livret d'entretiens

⁸⁰ Entretien du Docteur Argaud page 21 du livret d'entretiens et entretien du Docteur Communal page 51

Le Docteur Communal explique en effet : « *Et l'été 2015 il avait déjà été envisagé de fermer le service d'urgences à minuit. C'était le souhait de l'établissement localement et du côté ARS je crois que techniquement, nous en DD⁸¹ en tout cas on pensait aussi que c'était une bonne solution. Mais en tout cas pour des raisons plus politiques ils ont gardé le service d'urgences de Moutiers en nuit profonde* ». De même, le Docteur Argaud reconnaît : « *Non mais l'idée c'est de fermer la nuit. Ce qu'il y a c'est que pour la population et pour les politiques on ne peut pas expliquer qu'on ferme tout de suite. Donc Cluses on a fait pareil, ça reste ouvert au début les nuits profondes, puis jusqu'à 24h puis finalement 22h je crois ...* ».

De la même manière, Monsieur Durousset explique que lors des CSOS où le renouvellement des autorisations de services d'urgences est soumis au vote, la Fédération des établissements privés, jouait sur le fait que l'hôpital de la Croix-Rousse entité des Hospices Civils de Lyon a une autorisation d'urgences sans ouverture la nuit. Le représentant de la Fédération met alors l'Agence face à ces contradictions et s'en sert comme axe de négociation. L'amplitude horaire du service et des nouveaux centres représente alors une symbolique forte.

Autre élément de déploiement, le centre de Moutiers a été construit très rapidement sans comité décisionnel réel⁸². « *y a pas de comité dédié au centre d'accueil médical.* » Dans la pratique, les décisions publiques font l'objet de comité de pilotage. Pour Moutiers cela n'a pas vraiment eu lieu, la mise en oeuvre a été très rapide et pilotée par l'Agence.

Le Docteur Durafour⁸³ revient sur sa sollicitation de l'ARS « *Puis fait le 15 septembre y a l'ARS qui me contacte avec la directrice de l'hôpital d'Albertville pour me parler du projet de centre de soins non programmés et me demander de travailler la dessus pour une ouverture le 15 octobre.* » « *Puis y a eu une réunion avec le siège de Lyon. J'ai rencontré Madame Wallon, la directrice du l'hôpital aussi et le maire. Et là on a une autre réunion jeudi d'ailleurs de bilan avec les mêmes.* ». De la même manière, Madame Millat, cadre de santé responsable du CAM confirme la rapidité de la décision : « *y a eu un élément déclencheur, le problème de RH et on a eu*

⁸¹ Direction Départementale

⁸² Entretien du Docteur Communal page 64 du livret d'entretiens

⁸³ Entretien du Docteur Durafour page 102 et 103 du livret d'entretiens + entretien du médecin généraliste du CAM page 93 + entretien de Madame Millat page 112

l'information réelle une semaine pour la prochaine ! ». Element corroboré également par le médecin salarié du centre et recruté par le Docteur Durafour.

Cependant, à l'inverse, le Docteur Habold⁸⁴ chef du service centre 15 du département de Savoie parle d'un comité de pilotage : *« oui y a eu une sorte de comité de pilotage... »* composé de *« Heu ben nous au centre 15, y a l'ARS, la Préfecture, ... c'est une grande messe ... Y a la direction des hôpitaux d'Albertville et de Chambéry je crois.. Y a les sociétés d'ambulance, les SAMU, des médecins généralistes ... »* avant de se rétracter partiellement : *« ce n'était pas un comité de pilotage de mise en place c'était plus de l'information »*

De plus, la gestion du centre apparaît relativement floue⁸⁵, ainsi, alors que le Docteur Durafour semble être chargé de mission par l'ARS pour le déploiement et la gestion du centre et se comporte comme tel, le Docteur Haesevoets, chef de service des urgences du CH Albertville-Moutiers souligne : *« En fait j'ai pas de responsabilité officielle mais en interne, vis à vis de la direction c'est moi gère le centre ... »*.

Ainsi, la politique de déploiement du CAM de Moutiers est peu claire, cependant, il apparaît peu probable que cela soit dû à un flottement de l'ARS involontaire mais cela répond plutôt à une volonté stratégique de l'ARS. La recherche aura l'occasion de corroborer cette intuition dans le prochain chapitre, cependant cela marque déjà une spécificité des nouvelles Agences qui avec l'intégration du premier recours joue sur les deux formes de négociation des différentes cultures : acteurs libéraux et acteurs d'établissements publics.

Enfin, le dernier élément de contexte entourant la transformation des centres est la résistance aux changements des professionnels dans leurs pratiques. Ainsi la cadre de Santé de Moûtiers, Madame Millat⁸⁶ explique que *« c'est difficile de faire le deuil des urgences pour les infirmières. Elles ont une formation particulière, des habitudes ... »*.

⁸⁴ Entretien du Docteur Habold pages 97 et 98 du livret d'entretiens

⁸⁵ Entretien du Docteur Haesevoets page 89 du livret d'entretiens

⁸⁶ Entretien de Madame Millat page 113 du livret d'entretiens

Dans le même ordre d'idée, le Docteur Harold⁸⁷, reconnaissant un fonctionnement correct du CAM souligne que « *c'est toujours mieux un service urgences !* ».

De même, au cours du travail d'observation, sans élément confirmant dans les entretiens, le constat a pu être fait d'une retissante forte des professionnels à répondre à la problématique des urgences. Effectivement, la réflexion engagée par l'ARS Rhône-Alpes et ainsi la mise à l'agenda de la politique, répond à une volonté d'efficience des services d'urgences et ainsi d'une diminution des recours.

Or, ce point sera développé à travers la seconde hypothèse, le financement des services intervient en fonction du nombre de passages dans le service. Ainsi, un chef d'établissement n'a pas forcément intérêt aujourd'hui à diminuer son nombre de passage. L'intérêt à agir peut-être contradictoire pour les acteurs de la mise en oeuvre et expliquer alors un flottement dans le déploiement de la politique.

⁸⁷ Entretien du Docteur Habold page 99 du livret d'entretiens

2.3 Résultats

En analysant la construction de l'Agence dans le cas rhône-alpin on constate bien un fil conducteur dans l'évolution des politiques publiques à travers une vision similaire des acteurs dans le temps et leurs différentes fonctions. L'ARS répond à une dynamique engagée antérieurement et visant au rapprochement des services ambulatoires et hospitaliers. Ce rapprochement permet une mutualisation de cultures et conduit l'entité à pouvoir proposer de nouvelles actions.

C'est ce que l'on constate avec les cas empiriques de Moûtiers et de Cluses. A partir des grilles d'analyses proposées par les auteurs de sciences politiques, un diagnostic stable durant plusieurs années sans changement réel s'impose. Le changement se fait par incrémentation pour aboutir à une évolution. Les acteurs du changement se saisissent d'une fenêtre d'opportunité pour mettre en oeuvre une politique publique construite en amont. On constate à travers l'enquête que la transformation visible de services d'urgences en centre de soins non programmés marque certes un changement mais ne constitue pas une transformation substantielle.

La perception des acteurs privés de Cluses et de Moûtiers est également intéressante. Il apparait une similarité dans la conduite de la fermeture. Alors que les premières observations laissaient penser à des conditions de fermeture différentes, l'analyse de la conduite de la politique montre que l'idée pilote était la même. Ce qui va changer, selon le cas, est l'usage des instruments de politique publique.

La création des ARS permet alors un nouveau dialogue avec l'intégration d'une nouvelle culture impulsée par les services de Sécurité Sociale et la gestion des acteurs du premier recours. Cela permet aux gestionnaires de se saisir plus facilement d'opportunités pour effectuer le changement.

L'hypothèse est alors validée mais à ajuster, l'intégration du premier recours avec la gestion commune en lien avec les structures sanitaires permet un transfert de culture conduisant à penser la politique de création des CSNP. Cependant, contrairement à ce qui a pu être pensé au départ, l'aspect d'acceptation du changement dans l'établissement public par un continuum de l'action publique ne peut pas être démontrée ici.

De plus, si la politique de transformation des services d'urgences en centre de soin non programmés répond à une impulsion de nouvelles idées en lien avec la création des ARS, cela n'explique pas entièrement le lien entre la création des Agences et la transformation des services d'urgences. Et cela n'explique pas l'acceptation relative des acteurs. Effectivement, l'enquête permet alors de constater la saisie par les agents de l'ARS d'un élément déclencheur mais celui-ci ne suffit à expliquer l'adhésion des acteurs.

Il convient alors de s'intéresser aux instruments de politiques publiques employés à travers les cas empiriques et de les mettre en relation avec la création des ARS. Cela nous conduit à notre seconde hypothèse selon laquelle le changement aboutirait par l'apport de nouveaux instruments de politique publique confiés aux agents des ARS.

Chapitre 3 Seconde hypothèse

La création des ARS a concrétisé de nouveaux instruments de politiques publiques qui ont permis aux acteurs de s'en saisir afin d'entériner la transformation de services d'urgences en centres de soins non programmés; outils juridiques pour la transformation du SROS

La seconde hypothèse appelle également à être testée sous deux angles : les effets des nouveaux instruments de politiques publiques (3.1) et l'appropriation des acteurs notamment dans leur différence entre acteurs publics et privés (3.2). Les résultats seront présentés par la suite (3.3).

3.1 Les effets des nouveaux instruments de politiques publiques apportés par la création des ARS

En 2010, la création des ARS a modernisé et introduit de nouveaux instruments juridiques pour les acteurs. Il convient de comprendre dans ce premier temps l'apport de ces nouveaux instruments et leurs liens avec la fermeture des services d'urgences de Cluses et de Moûtiers et leur transformation en CSNP.

Les ARS disposent d'une certaine indépendance dans leur fonctionnement, pour cela elles contractualisent avec l'Etat des grands objectifs de fonctionnement en lien avec les orientations nationales du ministre de la Santé. Il s'agit d'orientations larges. Il est intéressant de noter que ces objectifs d'orientations sont intégralement repris dans un tableau récapitulatif⁸⁸ reprenant des objectifs quantifiés précis. Les CPOM introduisent alors une culture de l'évaluation *a posteriori*. Cela est conforme à l'analyse faite par la littérature relative au phénomène d'agencification. De plus, il est à noter qu'alors que les services déconcentrés de l'Etat ne contractualisaient pas avec lui, les services de la Sécurité Sociale le faisaient à travers les Conventions d'objectifs et de gestion (COG). Le rapprochement des deux entités au sein d'une seule permet cette nouvelle contractualisation.

Outre la contractualisation avec l'Etat, l'apport principal en termes d'instrument des ARS est l'existence d'un Projet Régional de Santé. Celui-ci reprend et poursuit l'héritage du diagnostic partagé mis en place entre l'URCAM et l'ARH. Il s'agit de réaliser un seul document global

⁸⁸ Annexe 4 extrait du CPOM Etat-ARS, tableaux récapitulatif des objectifs quantifiés de l'ARS Rhône-Alpes

reprenant les orientations du CPOM avec l'Etat en les déclinant en projets régionaux. Le document est issu d'un travail de l'ensemble de l'Agence, englobant les projets de l'ensemble des services dans un document unique. C'est là que tient l'innovation de l'instrument. L'ensemble des instruments : SROS, programmes d'actions et CPOM avec les établissements se réfèrent à ce document. Le travail de rédaction du document est piloté par la direction de la stratégie au sein de l'ARS Rhône-Alpes, il est rédigé pour 5 ans. Madame Malboss, rencontrée au cours de l'enquête est responsable du pilotage de ce PRS.

Madame Malboss au cours de son entretien⁸⁹ revient sur ce document unique et explique que selon elle, le travail de rédaction constitue un exemple révélateur du changement de pratiques impulsé par la création des ARS. Effectivement, la rédaction du PRS a impliqué l'ensemble des agents issus des services de l'Etat comme des organismes de Sécurité Sociale. Il s'agissait d'instaurer rapidement, à partir de pratiques différentes, un partage de cultures. De plus, Madame Malboss explique que le PRS répond à une logique de contractualisation avec les acteurs de l'offre de soins selon un principe d'égalité entre eux. Or les agents de l'Etat travaillant selon une logique de prérogatives de puissance publique ne sont pas habitués à ce fonctionnement. Enfin, Madame Malboss confirme l'instauration de cette culture nouvelle d'évaluation impulsée par les nouvelles ARS.

Le PRS de la région Rhône-Alpes a été arrêté pour la période de novembre 2012 à novembre 2017. Il est ensuite décliné en SROS puis en programmes d'actions. Les CPOM signés avec les établissements y font également référence. La politique de l'ARS revient alors à une déclinaison de documents à partir de grandes orientations, chaque document faisant référence au cadre.

Ce dernier point est essentiel à signaler. Au cours du travail de recherche il apparaît que les documents juridiques sont des instruments de légitimation de politiques publiques, cadre d'action publique, sans contraintes excessives. Avant de revenir sur l'exemple illustrant de la révision du SROS, il est utile de s'intéresser tout d'abord à la construction des CPOM.

⁸⁹ Entretien de Madame Malboss page 4 du livret d'entretiens

Ceux-ci répondent également à la logique de transversalité de l'approche auprès des établissements. C'est ce qu'explique Madame Ducaruge⁹⁰ responsable des autorisations et du déploiement du SROS à l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes : « *le CPOM c'est un peu la pierre angulaire en fait de la rencontre avec l'établissement* » ; « *parce qu'à travers un CPOM on aborde plein plein de sujets* » ; « *l'objectif était de retrouver quelque chose qui permette, à un moment donné de réunir autour de la table, et en amont d'avoir travaillé sur un document qui permettent d'avoir sur la table un document unique, un point de situation à un moment t sur la situation globale de l'établissement. voila!* ».

Les CPOM permettent effectivement une vision décloisonnée de l'établissement et plus transversale à travers les différents services de l'ARS. L'idée est d'apporter à tous les agents travaillant auprès de l'établissement une vision commune de l'établissement afin d'imbriquer les politiques les unes avec les autres. Cet aspect répond à l'objectif du CPOM Etat-ARS. C'est un élément de réponse à l'intégration réelle des services de premier recours et la liaison entre la médecine de ville et les structures sanitaires.

De plus, le CPOM est un acte juridique qui permet d'acter une décision relative à l'établissement. Il s'agit d'un document contractuel mais les éléments y figurant ne sont pas directement opposables à l'établissement tel qu'on l'entend en droit civil privé.

Les CPOM ne sont pas une innovation des ARS, cependant la création des Agences a multiplié leur déploiement. Madame Grange explique que les CPOM vont être encore étendus, notamment aux maisons de santé⁹¹ : « *Oui aujourd'hui, et ça va s'étendre, surtout avec les maisons de santé avec lesquelles on veut contractualiser par rapport à la qualité de la prise en charge en fait* ».

⁹⁰ Entretien de Madame Ducaruge page 76 du livret d'entretiens

⁹¹ Entretien de Madame Grange page 41 du livret d'entretiens

Le CPOM⁹² de la clinique de Cluses avec l'ARS Rhône-Alpes illustre bien cela. On constate un document unique faisant référence au SROS et imposant le CSNP selon une logique contractuelle avec des obligations réciproques de l'établissement et de l'Agence ainsi que des indicateurs d'évaluation. L'entretien avec Monsieur Berthelot⁹³ confirme cet aspect. Effectivement, le CSNP de Cluses est en cours de signature d'un nouveau CPOM, le gestionnaire à l'ARS de Haute-Savoie en charge du suivi de l'établissement explique alors que le document contient des éléments de négociation financière et des évaluations.

Toutefois, au cours de l'enquête, d'autres acteurs⁹⁴ ont critiqué les CPOM remettant notamment en cause le réel aspect de contractualisation. Ainsi Monsieur Durousset dénonce la réelle évaluation des CPOM : « *Donc ils ont fait un espèce de truc qui ne ressemble à rien, qui n'est pas vraiment un contrat y a pas de punition possible si tu fais pas, c'est juste une évaluation qu'on fait et qu'on fait des fois pas* ». Ainsi que le réel aspect contractuel : « *Je dis « non parce que quand j'ouvre ma clinique je signe pour un tarif, le lendemain la ministre elle a baissé les tarifs et personne me lui dit ben on a contrat* ». Dans ce sens, Madame Bernard, directrice du centre hospitalier d'Albertville-Moûtiers soulève également : « *On peut enlever le C (NDLR C de CPOM) y a pas de contrat c'est un acte unilatérale !* ».

Il semble que dans la pratique le CPOM ne fonctionne pas tel qu'il est décrit dans ces attributions. Cela s'explique par la marge d'application des agents, ceux-ci étant issus d'une culture différente à celle de la contractualisation. Cependant la nature du document et ses attributions théoriques révèlent une volonté politique et permet de mener certaines actions. Il ne faut pas non plus exclure une volonté des agents d'user du CPOM dans un certain sens.

Il apparait également au cours de l'enquête que les CPOM ne sont pas toujours signés avant l'ouverture d'une structure. Ce qui légalement devrait être le cas. Ainsi, Monsieur Durousset⁹⁵ faisant référence à un autre établissement en gestion du groupe Noalys explique : « *On a tout, l'autorisation d'ouverture, la conformité, on a pas de contrat ...* ».

⁹² Annexe 5 extrait du CPOM de Cluses avec l'ARS Rhône-Alpes

⁹³ Entretien de Monsieur Berthelot page 68 du livret d'entretien

⁹⁴ Entretien de Monsieur Durousset page 123 et 124 du livret d'entretiens + entretien de Madame Bernard page 134

⁹⁵ Entretien de Monsieur Durousset page 124 du livret d'entretiens

C'est également le cas à Moûtiers où la fermeture du service d'urgences et l'ouverture du CAM n'ont pas été entérinées légalement, par un CPOM notamment. Madame Communal déplore : « *alors il n'y a pas de document juridique ...* » « *Alors je ne sais pas comment on a fait pour entériner cette fermeture mais il n'y a pas eu de passage en CSOS...* ».

Les ARS disposent ainsi d'une marge de manoeuvre importante, le document juridique est un instrument de légitimation d'une action publique mais n'est pas nécessairement un outil de mise en oeuvre. Les CPOM impulse une culture avec l'aspect unique du document et la notion d'évaluation mais il implique une saisie par les acteurs.

Selon la même idée, les CSNP ne font pas l'objet d'une commande nationale et d'un modèle fixe. Ils répondent à l'impulsion d'une diffusion d'idée, amenant la direction de l'Agence à se saisir de ce modèle pour répondre aux problématiques qu'elle rencontre sur son territoire. C'est ce qu'explique le Docteur Argaud⁹⁶ : « *Le problème c'est qu'il n'y a aucun modèle vu (...) si tu veux les consignes c'étaient « faites expérimenter et nous on verra après, on modifiera les textes éventuellement* » ».

La construction des CSNP relève d'un travail technique qui a été entériné juridiquement par la suite. C'est ce que l'on constate à travers les entretiens des Docteurs Communal et Argaud. Effectivement en tant que médecins inspecteurs ARS, elle ont réalisé, sur Moûtiers et Cluses, un travail de construction technique. Partant d'une consigne et d'une impulsion générale, les deux médecins ont construit un travail sur le terrain en appui des professionnels.

On constate alors dans les outils de l'ARS une distinction forte entre le politique, le juridique et le technique. Le travail semble se diviser en trois temps : une volonté politique ; un travail technique et un entérinement juridique qui vient légitimer la solution technique trouvée. Cela a pu être constaté également par un travail d'observation au cours de l'enquête.

⁹⁶ Entretien Docteur Argaud pages 16 et 24 du livret d'entretiens

Les instruments de politiques publiques de l'ARS apportent un cadre de pensée, des orientations et une légitimation mais ce ne sont pas des instruments intervenant réellement dans la mise en oeuvre. Madame Ducaruge confirme cet aspect⁹⁷ : « *Dans l'absolu c'est moi, c'est mon service qui coordonne la révision avec les administratifs des services plus techniques* ».

Dans ce sens, l'ARS Rhône-Alpes a eu recours dans son travail de modélisation des CSNP à un cabinet de conseil Acsantis. Ce recours peut être perçu comme un nouvel instrument technique des ARS. Effectivement, Madame Grange⁹⁸ explique que c'est la première fois que l'Agence a recours à ce type d'étude, et que ce recours est une nouveauté des ARS. Le travail d'observation en stage dans l'Agence a confirmé un recours fréquent à des cabinets d'études.

L'autre instrument juridique des ARS est le SROS. Son étude confirme cet aspect de légitimation d'une solution technique.

Madame Ducaruge⁹⁹ indique que le SROS est un document unique dans lequel figure les autorisations d'exercice et de fonctionnement des structures : « *Alors en fait le SROS est un document opposable, il a un aspect objectif quantifié* ». Théoriquement, il s'agit d'un document juridique encadrant les décisions et les actions publiques en déclinaison du PRS. Les SROS, ont une finalité commune mais leurs contenus est laissé à la liberté de chaque ARS : « *ben y avait un guide d'élaboration du schéma régional mais il n'y a pas une maquette type ...* »¹⁰⁰ explique Madame Ducaruge.

Dans le cadre du travail de transformation de services d'urgences en centres de soins non programmés, l'ARS Rhône-Alpes a réalisé une révision du volet¹⁰¹ urgences de son SROS en décembre 2015. Elle a ainsi intégré la possibilité de « *faire évoluer certaines structures d'urgences en centres de soins non programmés* ». Or à travers les cas empiriques on constate que des transformations ont eu lieu avant la révision du volet du SROS. Ainsi juridiquement, les

⁹⁷ Entretien Madame Ducaruge page 78 du livret d'entretien

⁹⁸ Annexe 6 extrait rapport Acsantis « étude de modélisation de structure de 1er recours avec petits plateau technique + entretien de Madame Grange page 41 du livret d'entretiens

⁹⁹ Entretien de Madame Ducaruge page 70 du livret d'entretiens

¹⁰⁰ Entretien de Madame Ducaruge page 73 du livret d'entretiens

¹⁰¹ Annexe 7 Extrait volet urgences du SROS révision de décembre 2015

transformations ont pu être réalisées sans l'existence dans le document antérieur des centres de soins non programmés. Ce n'est pas lui qui a permis concrètement les transformations.

La révision intervient en aval du travail de transformation de plusieurs services d'urgences. L'instrument juridique est adapté en fonction du travail technique réalisé, répondant à des orientations politiques. Madame Grange¹⁰² questionnée sur ce fait là explique : « *Ça nous aide mais ... C'est un appui, ça nous aide en fait dans la structuration mais c'est pas non plus .. enfin .. c'est pas ... c'est que des orientations c'est pas ...* ».

Le SROS vient alors bien entériner le travail technique réalisé en amont en apportant une légitimation sur un déploiement à plus grande échelle des CSNP. Madame Ducaruge¹⁰³ explique cet aspect : « *Et bien ... Là ça a permis, un ... heu ... de revoir, outre ça, ça a donné une légitimité pour les orientations ...* ».

Le travail d'observation réalisé durant la construction du SROS confirme cela. Le SROS est construit avec les acteurs de terrain selon le fonctionnement de démocratie sanitaire soumettant le document à l'avis de la CSOS. L'enquête a permis d'assister aux débats entourant la CSOS. Il est à noter l'importance des termes choisis dans la présentation aux acteurs. Le premier projet de révision intégrait des établissements ciblés pour une transformation, celui-ci a été rejeté par les représentants au profit d'une version plus neutre. Ce rapport de force est intéressant pour constater l'appropriation réelle de l'instrument SROS, l'exemple sera repris dans la seconde sous-partie.

Enfin, on constate également dans ce sens, à travers l'outil financier, que les agents de l'ARS vont utiliser les instruments par ajustement, pour mettre en oeuvre la politique publique souhaitée.

Ainsi, le financement des CSNP de Cluses et de Moûtiers est flou. Effectivement, les services classiques d'urgences sont financés par l'application d'un texte légal selon des modalités précises de fonctionnement d'un service. Il y a un financement par passages dans les services, les « ATU » et un financement forfaitaire les « FAU ». Dans les cas des CSNP de Moûtiers et Cluses on

¹⁰² Entretien Madame Grange page 46 du livret d'entretiens

¹⁰³ Entretien Madame Ducaruge page 73 du livret d'entretiens

ne se situe plus dans un fonctionnement de services d'urgences. Les agents ARS expliquent alors que cela pose problème dans le financement des centres.

Effectivement, la fermeture d'un service d'urgences implique l'arrêt des financements. C'est ce qui c'est passé pour Cluses où le financement est désormais un financement par le FIR. Le FIR finance traditionnellement les structures de premier recours. Pour Moutiers, la transformation intervient dans un contexte de baisse des moyens et de la dotation FIR des Agences. Ainsi les agents ont pris la décision de ne pas entériner la transformation légalement afin de maintenir le financement de service d'urgences pour le fonctionnement du CAM de Moûtiers. Ce qu'explique Madame Grange¹⁰⁴ : « *C'est ça, c'est une problématique financière qui fait qu'on maintient l'autorisation service d'urgences* ». On constate de nouveau un usage modulé des outils.

De plus, Le Docteur Argaud¹⁰⁵ nous explique alors que le ministère de la Santé réfléchit actuellement à une nouvelle modélisation des services d'urgences : « *L'idée c'est de redonner un peu moins de ... de donner plus de marge aux Agences pour faire une sorte de MIG services d'urgences* ». On constate alors bien une construction des instruments en fonction des politiques menées.

Finalement, l'ARS semble apporter non pas des nouveaux instruments de politiques publiques mais une capacité à moduler ses propres instruments créés à partir d'un travail de technicisation. Les instruments ont alors surtout un rôle de diffusion d'une culture à travers la globalisation des politiques sous un document unique. Il convient de confirmer cela par l'étude de la manière dont les acteurs se sont saisis de la mise en oeuvre de la transformation des services d'urgences de Cluses et de Moûtiers.

¹⁰⁴ Entretien Madame Grange page 43 du livret d'entretien

¹⁰⁵ Entretien Docteur Argaud page 17 du livret d'entretiens

3.2 L'appropriation des instruments par les acteurs de la mise en oeuvre

La création des Agences a impliqué l'apparition de nouveaux instruments de politiques publiques. Les Agences ont alors en charge la régulation des professionnels producteurs de soins. Dans cette mission, l'orientation des politiques publiques déployées répond à des logiques de rationalisation des deniers publics. Les nouveaux instruments vont dans le sens d'une contractualisation avec l'instauration d'objectifs chiffrés dans un contrôle *a posteriori*.

Il convient maintenant d'observer de quelle manière les acteurs, de tutelle ou producteurs de soins, se saisissent des instruments et en quoi cela influence les politiques. Cela se retrouve sur deux aspects : une influence passive par la socialisation des acteurs dans l'usage des instruments et une influence active par l'instauration d'un rapport de force constaté par le choix des instruments déployés par la tutelle.

Une influence passive : la répercussion de la socialisation sur l'usage

D'abord dans la construction de la solution, on constate chez les décideurs de l'ARS un usage influencé par un contexte. Ainsi, Madame Malboss¹⁰⁶ expliquant les changements de pratiques induits par la création de l'ARS, souligne une résistance interne au changement au niveau des agents. Effectivement, les Agences répondent à une nouvelle logique de contractualisation et d'évaluation. Or les agents étatiques ne sont pas habitués à ces pratiques. Malgré le changement incrémental avec la diffusion durable d'idées, certains agents ont du mal à se saisir des nouveaux instruments.

Cela se retrouve sur le terrain, où le Docteur Mauchamps¹⁰⁷ explique que lors de l'ouverture du CSNP de Cluses, l'ARS demandait un suivi régulier de l'activité, suivi qui s'est essoufflé avec le temps. L'agencification des services déconcentrés du ministère de la Santé semble avoir impulsée cette nouvelle culture et de nouveaux instruments, mais les agents ne s'en saisissent pas forcément.

¹⁰⁶ Entretien de Madame Malboss page 4 du livret d'entretiens

¹⁰⁷ Entretien du Docteur Mauchamps page 109 du livret d'entretiens

Le contexte local influence également des pratiques. Le Docteur Argaud¹⁰⁸ explique effectivement qu'antérieurement aux ARS le partage des missions entre la DDRASS et l'ARH était peu clair dans le Rhône : « *Il n'y avait vraiment pas de clarté mais en particulier sur le Rhône* ». L'enquêté explique que cela est dû en partie à des enjeux forts du fait de la présence dans le département, des Hospices Civiles de Lyon. Théoriquement il existait un fonctionnement répondant à un découpage précis des attributions, fonctionnement issu d'une politique publique nationale précise. Or, cette volonté est contrariée par une réalité contextuelle s'expliquant ici par des jeux d'acteurs locaux.

De la même manière, les acteurs qui appliquent les décisions publiques répondent à une socialisation particulière qui influence leur appropriation des instruments. Deux exemples sont à souligner à travers les cas empiriques : la saisie des éléments chiffrés et le rôle des centres 15 dans l'orientation des patients.

Selon une logique de gouvernance par des indicateurs chiffrés, il est demandé aux urgentistes de coder les passages aux urgences selon le niveau de gravité des patients qu'ils reçoivent. Ce sont les CCMU. Un patient peu gravement malade sera codé CCMU 1 ou 2 un patient plus grave sera codé entre CCMU3 et CCMU 7. Ce codage permet aux agents de l'ARS d'évaluer la charge de travail du service d'urgences. Dans le cas de la volonté de l'Agence de rationalisation des services d'urgences, l'évaluation CCMU est un indicateur intéressant pour la possibilité de transformer un service hospitalier en CSNP.

Or, à travers les entretiens, deux médecins urgentistes¹⁰⁹ reconnaissent ne pas saisir ce codage et semblent avancer que ce manquement est généralisée à l'ensemble des urgentistes.

Le Docteur Habold dénonce dans ce sens : «*Non mais ça veut rien dire les CCMU. On ne les rentre même pas à Chambéry. C'est un outils informatique compliqué ça prend du temps. Puis son utilisation est remise en cause. On demande de rentrer la classification à l'arrivée mais rentrer une fois qu'on a vu le patient. Rentrer une classification avec le diagnostic déjà fait c'est quand même plus facile* ».

¹⁰⁸ Entretien du Docteur Argaud page 20 du livret d'entretiens

¹⁰⁹ Entretien du Docteur Haesevoets page 85 du livret d'entretiens + entretien du Docteur Habold page 96

Le Docteur Haesovoets semble confirmer cette tendance : « *Alors ça les CCMU c'est nul (rire), ça veut rien dire, c'est une classification de l'administration, ça veut rien dire !!! Les administratifs ils aiment bien les chiffres, ça les rassurent, ils ont peu de confiance des gens sur le terrain, ils préfèrent les chiffres qui ne représentent rien !! (rire).* Il n'y a pas 5% des urgentistes qui connaissent les classifications CCMU. Le codage se fait à la sortie et pas à l'entrée alors que c'est pas comme ça qu'il faudrait le faire, ça ne sert à rien, ça veut rien dire. (rire) Non mais c'est vraiment ridicule, j'avais un chef de service qui m'était systématiquement CCM1 à chaque fois... (rire). A Chambéry ils ne le font plus, ils me l'ont dit en réunion l'autre fois ... comme ça .. enfin bon ... ».

Le Docteur Argaud¹¹⁰ de l'ARS confirme également, interrogée sur la pratique : « *Ha oui mais on le voit bien, quand tu croises les données* » « *Par contre si on s'en sert jamais ça ne leur parle pas .. Ils ne voient pas l'intérêt ...* ».

Un outils est alors développé par l'ARS, sans saisie par les acteurs. Un autre exemple de cela, celui des centres 15.

Les centres 15 des SAMU, sont des centres départementaux, recensant les appels urgents et orientant selon une régulation médicale le patient vers une structure de soins avec ou sans un transport médicalisé. Ces centres apparaissent donc au centre du processus de désengorgement des services d'urgences souhaité par la tutelle. Les CSNP ou maisons de santé ne peuvent être fréquentés et utiles que si des patients y sont orientés. Le cahier des charges régional de la PDSA positionne en effet le SAMU au centre du dispositif de premier recours. Cependant, les acteurs ne se saisissent pas toujours de l'outil comme le souhaiterait la tutelle.

Il apparaît effectivement au cours des entretiens, que la régulation médicale répond certes à l'urgence du patient mais également à une culture et socialisation des praticiens exerçant dans les centres. On constate une certaine réticence des urgentistes à orienter les patients peu graves vers des structures autres qu'un service d'urgences traditionnel.

¹¹⁰ Entretien du Docteur Argaud page 18 du livret d'entretiens

Monsieur Durousset¹¹¹, gestionnaire d'établissements privés de santé dénonce ce fait là, avec une orientation très publique des urgentistes. Il raconte ainsi une anecdote sur un centre de garde issu d'une initiative de médecins généralistes privés qui a fermé suite à l'absence de patients, dû, selon lui, à l'orientation faite par les urgentistes : « *ben non c'est à cause du 15 qu'ils ont arrêté c'est pas la faute aux généralistes* ».

Cette critique semble se confirmer par les entretiens auprès des médecins¹¹². Le Docteur Haesevoets interrogé sur l'orientation, par des médecins de son service, des patients vers le CAM de Moutiers répond : « *Oula alors, le 15 a du mal à travailler avec des généralistes, alors non pas vraiment, enfin si un peu C'est dingue ça, il y a un hospitalo-centrisme impressionnant, ils ont du mal à prendre « le risque ». Ils se méfient, il y a un sentiment d'échec, ça sert à rien ... Non mais globalement on leur envoie personne. Ils ont du mal à comprendre la nouvelle organisation de l'hôpital, du mal à comprendre le rôle important que peut avoir une maison médicale de garde renforcée. Puis y a un contexte politique tendu* ».

De plus, le Docteur Champly, urgentiste à l'hôpital de Sallanches laisse ressentir une forte méfiance envers la clinique de Cluses : « *on veut pas tuer les patients (rire) (...), ils n'ont jamais fait d'urgences* ».

Il ne s'agit pas d'évaluer les pratiques des urgentistes des centres 15 mais bien de constater une défiance culturelle entre les structures. L'outil de régulation mis en place par les agents de tutelle est géré par des hommes qui s'inscrivent dans une certaine socialisation. Ainsi, l'usage de l'outil n'est pas neutre.

Les instruments répondent donc à un usage par des acteurs avec des cultures particulières et selon un contexte atypique. L'instrument en tant que tel n'est donc pas grand chose, il est uniquement au service d'un agent qui en a l'usage.

Outre ce point, les instruments répondent à une logique de rapport de force, où chacun se saisit de l'existant à sa disposition pour influencer une décision publique.

¹¹¹ Entretien de Monsieur Durousset page 120 du livret d'entretiens

¹¹² Entretien du Docteur Champly page 81 du livret d'entretiens et entretien du Docteur Haesevoets page 87

L'influence active : l'instrument comme choix d'un rapport de force

Dans la mise en oeuvre pratique des politiques de santé, les producteurs de soins, acteurs de terrain vont se saisir d'outils à leur disposition pour tenter d'influencer les politiques publiques. Les agents de tutelle, conscients de cela modifient leurs instruments en fonction des acteurs. C'est dans cette analyse que l'on constate le plus de différences entre l'hôpital de Moûtiers et la clinique de Cluses.

Dans les deux cas empiriques, face à la décision de fermer les services d'urgences, les acteurs de ces services sont opposés à la décision. Cependant, les professionnels ne vont pas employer les mêmes stratégies de défense obligeant l'ARS à adapter sa stratégie pour concrétiser le changement.

Le problème principal auquel semble confronté l'ARS dans la transformation du service d'urgences de Moutiers est la position des élus locaux¹¹³. Madame Grange affirme que la plus grosse difficulté dans la création des CSNM est : « *Les élus ! les élus en fait .. parce que c'est compliqué de ne plus avoir de service d'urgences dans sa commune par rapport à la population ...* ». Effectivement, Madame Communal confirme que la population a Cluses semble opposée à la transformation du service d'urgences : « *En partie aussi de la population parce qu'elle n'est pas forcément informée correctement non plus* » .

Monsieur Durousset¹¹⁴ souligne également le rôle des politiques locaux pointant le fait que seuls les hôpitaux locaux sont défendus par eux et dénonce qu'ainsi les cliniques privées serait plus facilement visées par les fermetures : « *Tu ne peux fermer un hôpital public que quand tu as fermé les hôpitaux autour.* » « *Ben à partir du moment où tu es nommé par un ministre tu dépend forcément des élus c'est tout simple.* »

¹¹³ Entretien du Docteur Communal page 53 du livret d'entretiens et entretien de Madame Grange page 46

¹¹⁴ Entretien de Monsieur Durousset page 128 et 129 du livret d'entretiens

Le Docteur Argaud¹¹⁵ semble confirmer cet enjeu pour les établissements, soulignant un aspect de stratégie des directeurs d'établissements qui n'ont que cela pour influencer une politique : « *Voilà alors que sur le public, y a une évaluation du DG ARS sur le directeur. Donc le public est quand même sous tutelle il n'a pas bien le choix. Après il peut agiter son maire voilà ! (rire) et ses usagers* ». Elle oppose alors les établissements privés : « *Alors que dans le privé dans la construction derrière y a des enjeux financiers et eux ils ont tout leur bataillon de juristes qui vont tomber sur des trucs, comment a été fait l'autorisation, ils vont aller plus sur la forme ... C'est plus une bataille d'avocats dans le privé que dans le public* ».

Effectivement, l'entretien avec Monsieur Durousset révèle des batailles juridiques entre son groupe de gestionnaires privés et l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes. Il reconnaît qu'il a des enjeux financiers au maintien d'un service d'urgences¹¹⁶ : « *Oui y a un volet prescription c'est une façon de se présenter à quelqu'un un service d'urgences* ». « *Ben moi ce que je me dis c'est qu'y aura toujours des services d'urgences dans le privé qui seront autorisés ou non autorisés on les maintiendra. Heu parce que y a des enjeux autres que simplement la recette tarifaire.* ».

Le Docteur Mauchamps¹¹⁷ confirme effectivement que lors de la fermeture du service d'urgences de Cluses, les médecins ont monté un « *service sauvage* » d'urgences influençant l'ARS.

De plus, les acteurs privés semblent disposer plus librement d'outils d'influences, à travers notamment les instances de démocratie sanitaire¹¹⁸ : « *Ha oui y avait une vraie influence oui!* » « *Quand tu fais un schéma le temps est ton allié. Le temps est un des éléments de la négociation. La directrice peut changer, 2017 c'est demain, le gouvernement peut sauter et que du coup si tu gagnes une année tu peux gagner toute ta vie durant* ».

Les acteurs de terrain renvoient donc des pratiques obligeant l'organisme de tutelle à adapter sa stratégie. Pour cela, les agents de l'ARS modulent ses instruments.

¹¹⁵ Entretien du Docteur Argaud page 36 du livret d'entretiens

¹¹⁶ Entretien de Monsieur Durousset pages 118 et 126 du livret d'entretiens

¹¹⁷ Entretien du Docteur Mauchamps page 108 du livret d'entretiens

¹¹⁸ Entretien de Monsieur Durousset pages 125 et 126 du livret d'entretiens

Effectivement, à travers les cas empiriques, il ressort des analyses précédentes que l'ARS Rhône-Alpes a profité d'un contexte favorable, élément déclencheur de la prise de décision. Pour se faire, les agents se sont saisis des instruments disponibles selon une stratégie propre. On constate effectivement une situation de « laisser aller », où le décideur constate la situation, prend en fonction une décision de transformation mais n'intervient pas immédiatement. Les agents vont se saisir des instruments à leur disposition pour renforcer une situation et faire en sorte que les acteurs du terrain parviennent d'eux-mêmes à une solution semblable que celle qui auraient pu proposer.

Dans le cas empirique de Moûtiers, il a déjà été démontré à travers les entretiens des agents d'ARS que la décision a été légitimée par un problème de ressources humaines médicales. Suite à l'absence d'urgentistes sur le site des urgences de Moûtiers, la direction de l'ARS et la direction de l'hôpital ont pris la décision de fermer. Par ailleurs, fermer un hôpital public engendre des résistances fortes¹¹⁹. Afin de limiter cette résistance les agents de tutelle vont entraîner les professionnels vers cette décision.

Ainsi, les professionnels expliquent cela de la manière suivante¹²⁰ :

Le Docteur Haesevoets déplore les coupes de budget : « *On se retrouve en sous effectif, deux sites du coup toujours et l'effectif pour un seul ... Mais c'est politique* », « *Puis bref, donc il y a eu des problèmes de planning, finalement s'en suit une pression des équipes pour un seul site, c'était la seule solution ...* » « *Il ont voulu nous faire porter le chapeau, c'est un traquenard politicien, ils attendent la dernière minute quand c'est plus possible de faire demi tour pour changer d'avis officiellement, c'est pour nous faire porter la responsabilité ... Comme ça si y a un problème c'est nous qui avons pris la solution et pas eux* »

Le Docteur Hibold souligne également cela et constate qu' : « *On laisse la situation se dégrader et (qu') on prend des conclusions rapidement sur un coup de tête sans consulter personne...* ».

¹¹⁹ NBP n°1

¹²⁰ Entretien du Docteur Haesevoets page 88 du livret d'entretiens + entretien du Docteur Hibold page 99

De même pour la clinique de Cluses, l'ARS a saisi la difficulté économique des propriétaires de la clinique et fait le choix d'apporter ou non une aide. Dans le contexte de la Clinique de Cluses, l'ARS a d'abord mis les acteurs face à des faits. Le Docteur Argaud¹²¹ explique que l'ARS a mené une évaluation qu'elle distingue de manière importante d'une inspection : « *on a pas fait une inspection, on a fait une évaluation (...) Ben c'est à dire qu'on l'a fait dans un dialogue et une ouverture totale c'est à dire qu'on a pas fait. On a pas débarqué en disant qu'on faisait une évaluation, on a dit « envoyé tout vos chiffres, on va regarder ensemble » on a dialogué, on a dit que ce qu'ils faisaient ne ressemblé pas à un service d'urgences, donc ils ont répondu mais ils ont fait des réponses qui n'étaient pas non plus très bien montées. ».*

Le Docteur Mauchamps¹²² confirme cela par la négociation, au moment de la transformation du service d'urgences, entre les médecins et l'ARS. La directrice de l'offre de soins de l'ARS a profité d'un contexte et a construit un centre avec l'appui des médecins.

On remarque dans les deux cas empiriques, cette stratégie commune de l'ARS de se saisir d'un contexte local pour amener une politique. Cependant, l'approche est différente, elle vient de la distinction de statut entre les deux structures. Effectivement, le Centre Hospitalier de Moûtiers est un établissement public de santé dirigé par des agents publics alors que la clinique de Cluses est une structure privée. Les deux structures n'ont pas le même historique avec l'acteur de tutelle et ne saisissent pas les mêmes moyens de résistance aux politiques menées. Les agents d'ARS sont obligés de s'adapter à cela.

¹²¹ Entretien du Docteur Argaud page 25 du livret d'entretiens

¹²² Entretien du Docteur Mauchamps page 108 du livret d'entretiens

3.3 Résultats

L'hypothèse de départ postulait le fait que la création des ARS ait concrétisé de nouveaux instruments de politiques publiques permettant aux acteurs d'entériner la transformation de services d'urgences en centres de soins non programmés. Effectivement, dans la littérature de sciences politiques, les instruments apparaissent comme un élément déclencheur de changement. Cependant, à travers le travail de recherche on constate que cette hypothèse nécessite des ajustements.

Effectivement, on remarque bien une nouvelle idée globale dans l'orientation des nouveaux instruments, celle de transversalité à travers des documents de référence et une logique de contractualisation selon une culture de l'évaluation à postériori à partir d'indicateurs chiffrés. Cela semble faciliter l'application de la politique de transformation menée par la direction de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes. Le SROS est d'ailleurs modifié permettant de concrétiser ces transformations.

Cependant, cela n'est pas entièrement juste, effectivement, les transformations sont antérieures, notamment, à la révision du SROS et on a constaté une modulation largement possible des documents.

Ainsi, il apparaît que les instruments, notamment le SROS, ont une importance, surtout, en termes d'affichages auprès des acteurs. Les instruments viennent justifier les orientations des politiques publiques, choix politique.

De plus, le travail de recherche auprès des acteurs, montrent que l'usage réelle des instruments s'éloignent de l'usage normatif souhaité. L'usage répond en effet à une double influence des acteurs : volontaire mais aussi passive.

Les instrument sont alors des éléments de rapport de force entre les acteurs obligeant à un positionnement stratégique et au déploiement d'autres instruments. Ainsi, la politique publique se construit dans ce rapport de force à travers diverses influences. Les instruments venant légitimer les orientations.

Discussion

Chapitre 1 synthèse des résultats

Hypothèse 1 : La politique publique de création des ARS par la Loi HPST de 2010 est issue d'une construction historique des changements de pratiques qui va dans le sens de l'intégration de la médecine de premier recours, cette évolution permet de nouvelles pratiques.

Conditions de validation¹²³

- Fil conducteur
- Continuité professionnelle
- Evolution constante

- Difference de perception
- Culture différente privée / publique

Observations d'enquête

- Fil conducteur dans l'évolution des politiques de santé
- Rapprochement de deux cultures par l'intégration des « gestionnaires » des acteurs du premier recours
- Emergence de « nouvelles solutions »

- Emergence d'une fenêtre d'opportunité
- Idée pilote similaire établissement privé / public
- Résistance aux changements

¹²³ Présentation selon les axes proposés pour tester les hypothèses

Eléments de validation de l'hypothèse : Il est fait le constat d'une continuité dans la construction des politiques de santé avec une construction de l'ARS en lien avec l'évolution de ses politiques et de la société. De la même manière, on constate par l'intégration des politiques de premier recours aux politiques hospitalières, une rencontre de deux pratiques gestionnaires permettant l'émergence d'une nouvelle culture.

Eléments invalidant l'hypothèse : On ne constate pas de différences majeures dans la manière de mener la politique de transformation des services d'urgences des établissements de Cluses et de Moutiers.

Résultat : L'hypothèse est en partie validée avec une évolution constante des politiques de santé selon un fil conducteur similaire. Cependant, ce changement par incrémentation de la politique publique ne permet pas d'expliquer complètement la transformation des services d'urgences avec notamment une facilité de transformation plus importante dans l'établissement public de Moutiers que dans la clinique privée de Cluses. A l'inverse, on constate un diagnostic commun aux deux établissements et une conduite de la politique selon une même orientation. Il apparaît alors que la création des ARS apporte une dynamique créée par la rencontre entre les services déconcentrés de l'Etat et les services de la Sécurité Sociale gestionnaire des acteurs libéraux du premier recours. C'est cette rencontre qui permet l'apparition d'une fenêtre d'opportunité pour mener la politique de transformation.

Hypothèse 2 : La création des ARS a concrétisé de nouveaux instruments de politiques publiques qui ont permis aux acteurs de s'en saisir afin d'entériner la transformation de services d'urgences en centres de soins non programmés

Conditions de validation

- Différences fortes de politiques par la conceptualisation du SROS
- Facilitation du changement par les nouveaux instruments

- Appropriation des instruments par les acteurs
- Marge de manoeuvre réelle des acteurs

Observations d'enquête

- Nouvelle orientation des instruments, idée de transversalité
- Aspect légitimant du SROS
- Modulation des instruments

- Influence passive des acteurs sur les instruments, socialisation des acteurs
- Influence active des acteurs sur les instruments, usage de ceux-ci en élément de rapport de force

Eléments de validation de l'hypothèse : L'évolution des services de l'Etat selon le phénomène d'agencification et ainsi la création des ARS a conduit à une évolution des instruments de politiques publiques. On constate notamment : des instruments permettant une vision plus transversale des acteurs ; une volonté de contractualisation plus importante et un recours à une expertise technique forte (construction technique des solutions et recours à des cabinets de conseil externe).

De plus, l'ARS Rhône-Alpes a conduit une révision de son SROS afin d'accompagner sa politique de transformation des services d'urgences en CSNP. Cette révision apporte effectivement une légitimation à la politique.

Eléments invalidant l'hypothèse : On analyse tout d'abord des instruments très modulables sans modèle et rôle unique. On constate également une forte influence des acteurs tutélaires comme producteurs de soins. Les agents de l'ARS adaptent leur stratégie d'abord par rapport à leur propre socialisation mais également en lien selon le rapport de force mené par les acteurs. On constate effectivement des moyens de résistance à la politique publique selon le statut juridique (privé ou public) de l'établissement. Les agents de la tutelle adaptent les instruments à cela. Il apparaît alors des modulations à la marge d'une même politique publique.

Résultat : La seconde hypothèse est alors validée par l'impulsion avec la création de l'ARS de nouveaux instruments de politiques publiques répondant à la diffusion d'une culture particulière. Cependant, les instruments restent des outils employés par des acteurs répondant à une socialisation et une culture particulière. Ainsi, les instruments apparaissent être des éléments de légitimation mais l'enquête ne permet pas de montrer leur rôle décisif dans la transformation des services d'urgences de Cluses et de Moûtiers.

Finalement le travail de recherche permet de saisir trois temps dans la construction d'une politique publique par les Agences régionales du ministère de la Santé :

- L'aspect technique par la construction d'une solution, mise en place par les techniciens qui dépendent de la construction des référentiels d'analyse d'un problème.
- Le déploiement de la politique publique, l'aspect politique, où va être créer les conditions d'application de la politique construite techniquement en saisissant ou créant les opportunités de la mise en oeuvre
- La légitimation de la politique et la création des instruments de pérennisation de la politique, à travers ici la révision du SROS.

Chapitre 2 limites

Ainsi, par la synthèse des résultats, deux éléments des hypothèses ne sont pas entièrement validés par le travail de recherche sans pour autant être invalidés tout à fait : une adhésion des acteurs par une évolution constante des politiques publiques dans un même sens et l'influence réelle des instruments de politique publique.

Ces deux éléments se retrouvent dans les résultats mais ne sont pas scientifiquement prouvés. Ils nécessiteraient effectivement un complément d'enquête pour être démontrés.

L'adhésion des acteurs à travers une évolution par incrémentation pourrait être validée par une démonstration des changements professionnels au cours du temps sans forcément que ceux-ci s'en aperçoivent. Le premier temps du travail de recherche postulait une validation de l'hypothèse par des différences de pratiques entre l'établissement public de Moûtiers et l'établissement privé de Cluses. Or par cette comparaison cela ne peut pas être démontré. Effectivement, le changement de politique publique semble être orchestré dans le sens d'un rapprochement des méthodes de gouvernance entre établissements publics et privés. De ce fait, les deux types d'établissements connaissent des évolutions dans un même sens. La méthodologie déployée pour démontrer cette intuition n'est donc pas ici suffisamment pertinente.

De la même manière, l'influence des instruments sur la politique publique en elle-même n'est pas ici suffisamment démontrée. Effectivement, la recherche met en exergue une modulation des instruments par les décideurs publics en adaptation des acteurs, de même qu'une légitimation de la politique par de nouveaux instruments. Cependant, la perspective dans le temps n'est pas suffisante pour analyser de vrais changements de pratique. La méthodologie d'enquête devrait pour cela recourir à un nouveau travail comparatif avec, par exemple, une politique similaire conduite par une DRASS.

De plus, deux limites générales relatives à la méthode de recherche sont à noter : une difficulté de ne pas rédiger un rapport professionnel, évaluation de politiques publiques et des entretiens menés uniquement avant l'analyse.

Effectivement, dans le rapport aux professionnels malgré une construction de la grille d'entretien, les éléments apportés se rapportent beaucoup à l'opportunité du changement. Le travail du chercheur revient à extrapoler cela pour conduire son propre objectif de recherche. La grille d'entretien le permet en partie mais c'est tout de même la difficulté principale de l'analyse, risque de biais important.

De plus, il aurait été intéressant de prolonger le travail de recherche permettant de conduire une nouvelle série d'entretiens en aval de l'analyse des premières entrevues menées. Cela aurait permis de compléter la recherche et peut-être contourner les biais soulevés ici.

Enfin, il faut rappeler le contexte rhône-alpins de ces transformations, effectivement, alors que les CSNP répondent à l'origine à une dynamique nationale, le ministère de la Santé freine brutalement aujourd'hui. Il aurait alors été intéressant de plus se pencher sur les spécificités régionales de l'Agence ayant menés les transformations.

A l'issue du travail de recherche il apparaît finalement une construction des politiques publiques selon un processus complexe soumis à des influences multiples. Une partie de la construction a été ici expliquée. Cependant, deux nouvelles hypothèses émergent de ces résultats :

- Les politiques publiques sont l'objet d'une construction complexe subissant des influences multiples qui expliquent sa réalisation de telle ou telle manière. Cependant, il apparaît que certains acteurs jouent à la marge un rôle plus important de catalyseur de la décision.
- Par le rapprochement des modes de gouvernance des établissements publics et privés, une adhésion des établissements privés à cette nouvelle tutelle par un changement de gouvernance dans le sens des établissements privés. Effectivement, il semblerait que les nouveaux instruments des Agences dans un changement de culture se rapproche des instruments historiques des acteurs privés.

Chapitre 3 Conclusion

Les orientations des politiques publiques sont marquées par un contexte global de rationalisation des fonds publics. Cela représente un objectif politique. Cependant, depuis les recherches de Simon¹²⁴, la littérature est consciente de la rationalité limitée de la décision publique. Il s'agit alors de comprendre, outre la recherche de cet intérêt macro, ce qui influence une politique publique.

Effectivement, dans ce contexte décisionnel, un phénomène d'évolution de la gouvernance de l'Etat s'observe de manière constante dans l'ensemble des Etats ayant adoptés une politique libérale issue du courant de pensée du consensus de Washington. En effet, la forme de l'Etat à travers le temps subit différentes dynamiques, les observations d'analyse politique s'accordent à constater une évolution récente vers un modèle d'Etat régulateur, les chercheurs parlent de *New Public Management*. Ce modèle donne naissance à une nouvelle forme de déconcentration de l'Etat, l'agencification.

Le France n'échappe à ce phénomène avec l'apparition récente d'agences publiques en charge de la régulation d'un secteur de politique publique. Il s'agit alors de comprendre de quelle manière ce contexte global influence les décisions publiques prises à un niveau plus micro.

Les politiques de santé sont une bonne illustration de ce phénomène, avec la création en 2010, à travers la loi HPST, des Agences Régionales de Santé. Ces agences regroupent effectivement de nombreuses activités dispersées avant elle et concentrent un pouvoir politique fort amenant à qualifier leurs directeurs généraux de « préfet sanitaire¹²⁵ ».

De plus, le contexte français des politiques de santé est marqué par une forte concentration autour des établissements sanitaires publics. Certain acteurs parlent d'hospitalo-centrisme. Outre, cela, il existe en France une culture forte de maintien des établissements. Celle-ci est perpétuée par les pouvoirs politiques locaux. Ainsi, la volonté politique de fermeture d'un établissement est très

¹²⁴ NBP n°33

¹²⁵ La création des ARS a consisté en la synthèse de nombreuses prérogatives, notamment certaines qui incombait auparavant aux Préfets. Ainsi, les nouvelles attributions des Directeurs Généraux sont très importantes vis à vis des autres fonctions de hauts fonctionnaires. Cela amène les acteurs autant que les chercheurs à qualifier ces directeurs de « Préfets sanitaires ».

médiatisée. Depuis les premières crises économiques, les décideurs publics abordent la possibilité d'une rationalisation des services hospitaliers se confrontant systématiquement à une forte résistance au changement de la part des populations et des professionnels. Peu de politiques aboutissent alors réellement.

Or, il apparaît que l'ARS de la région Rhône-Alpes a récemment entrepris une politique de fermeture de services d'urgences. Cette politique s'accompagne de l'ouverture en simultanée d'un centre d'accueil de médecine non programmée selon un principe de transfert de statut juridique de l'entité. De plus, il apparaît qu'entre 2012 et aujourd'hui cette politique ait abouti pour deux établissements. Effectivement, le service d'urgences de la clinique de Cluses a été transformé en centres de soins non programmés en 2013 de la même manière que le service des urgences de l'hôpital de Moûtiers en 2015.

Ainsi, il est intéressant de se questionner sur un lien de corrélation existant entre l'évolution des politiques publiques et la création des ARS avec ces politiques publiques empiriques menées en région Rhône-Alpes. Se pose à travers cette recherche la question du changement dans l'analyse des politiques publiques. En effet, chercher un lien de corrélation revient à comprendre ce qui a permis à la politique publique d'aboutir.

Deux hypothèses de recherche ont ainsi été proposées : une évolution des pratiques issues de l'intégration par la création des ARS de différents acteurs menant des politiques répondant à des cultures différentes et la mise à disposition pour ses acteurs, alors rassemblés dans une nouvelle entité juridique, de nouveaux outils.

Le travail de recherche conclut à une validation partielle de ces postulats. Alors qu'il apparaît une réelle ouverture politique par l'intégration des agents des anciens services d'Etat avec ceux des services de l'Assurance Maladie, ceux-ci ne bénéficient pas réellement de nouveaux outils d'action. En revanche, la rencontre des services apportent une fenêtre d'opportunité et l'évolution des outils classiques de politiques publiques contribue à la légitimation des politiques menées.

Le travail de recherche permet également de montrer que l'usage des instruments de politique publique répond à une certaine socialisation des acteurs. Ainsi, l'usage propre des instruments apportés par la création des ARS dans la transformation des services d'urgences de

Cluses et de Moutiers est issu de l'appropriation faite par les décideurs publics et par les promoteurs de soins. Ainsi, ce second point rejoint le premier, le lien de corrélation s'appréhende selon un déroulement d'évolution répondant à une diffusion d'idées.

A travers les cas empiriques on constate effectivement un phénomène de diffusion des idées dans un même sens avec des politiques publiques guidées par ce qui peut s'apparenter à une doctrine et des acteurs, qui malgré des socialisations différentes, semblent adhérer à un cadre commun de pensée.

Par extrapolation, cette intuition est corroborée par les études relatives à la diffusion du modèle néolibéral. Il est admis dans la littérature de sociologie historique de l'Etat que la transformation de l'Etat en Etat néo libéral constitue un changement de paradigme. Or les auteurs analysent celui-ci par une diffusion des idées par les acteurs.

Les promoteurs de la pensée libérale oeuvrent à la diffusion des idées en s'appuyant sur des promoteurs intellectuels, saisissent des opportunités d'actions faisant s'imposer aux décideurs publics un nouveau cadre normatif. De plus, les penseurs ont organisé l'installation, dans les institutions mondiales de régulation, d'économistes convaincus par la pensée. Friedrich Hayek, promoteur de la pensée néo libérale, a bien conscience de cela et qualifie les intellectuels de « *secondhand dealers of ideas*¹²⁶ » ou « *brocanteur d'idées*¹²⁷ ».

Confirmant cela, Stephen Boucher et Martine Royo¹²⁸ ont montré l'influence des *think-thank* sur la socialisation des décideurs politiques et la manière par laquelle les promoteurs de la pensée néo libérale ont réussi à diffuser par ces canaux leur influence.

¹²⁶ Friedrich Hayek, *Studies in Philosophy politics, Economics*. Routledge and Kegan Paul, 1967.

¹²⁷ Selon la traduction proposée par Christophe Piton, *Essais de philosophie, de science politique et d'économie*, Les Belles Lettres, 2007, p.271-293

¹²⁸ Stephen Boucher et Martine Royo, *Les Think-thank, cerveaux de la guerre des idées*, Paris, Le félin, 2000

Bibliographie

Articles et ouvrages scientifiques

Annick Valette, *Fallait-il une nouvelle organisation pour changer les modes de régulation ? L'expérience des agences régionales de l'hospitalisation*, Revue française des affaires sociales 4/2001 (n° 4) , p. 69-75

Béatrice Van Haepere, *Que sont devenus les principes du New Public Management ? Le cas de l'administration régionale wallonne*, Reflets et perspectives de la vie économique 2/2012 (Tome LI), p. 83-99

Bruno Palier, *les instruments, traceurs du changement. La politique des retraites en France*. In Pierre Lascombes, et Patrick Le Galès, *gouverner par les instruments*, Paris, Presses de Sciences Po, pp. 273-300

Charles E. Lindblom, *The Science of "Muddling Through"*, Public Administration Review, Vol. 19, No. 2 (Spring, 1959), pp. 79-88

Charles O. Jones, *An Introduction to the Study of Public Policy*, Belmont, Duxbury Press, 1970

Christophe Piton, *Essais de philosophie, de science politique et d'économie*, Les Belles Lettres, 2007, p.271-293

Daniel Benamouzig, *Agence* , in Emmanuel Henry et al., *Dictionnaire critique de l'expertise*, Presses de Sciences Po (P.F.N.S.P.) « Références », 2015 (), p. 25-33

Friedrich Hayek, *Studies in Philosophy politics, Economics*. Routledge and Kegan Paul, 1967

Jean de Kervasdoué, *L'hôpital*, 5^e éd., Paris, Presses Universitaires de France, « Que sais-je ? », 2015, 128 pages

Joseph Fontaine et Patrick Hassenteufel, *To change or not to change, les changements de l'action publique à l'épreuve du terrain*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 2002

Mihai Dinu Gheorghui, Danièle Guillemot et Frédéric Moatty, *Préparation de l'enquête COI Les changements organisationnels et leurs outils : Entretien avec les dirigeants d'hôpitaux*, DREES, Série Études n°72, novembre 2007

Paul Pierson, *Increasing Returns, Path Dependence, and the Study of Politics*, The American Political Science Review 94, no. 2 (2000): 251-67

Patrick Le Gales, Richard Rose et Philip L. Davies, *Inheritance in Public Policy. Change Without Choice in Britain*. In: Revue française de science politique, 47^e année, n°6, 1997. pp. 835-838

Peter Hall, *Policy Paradigms, Social Learning, and the State : The Case of Economy Policy-Making in Britain*, 1993

Pierre Bourdieu, *Comprendre*, in Pierre Bourdieu (éd.), *La misère du monde*, Paris, Seuil, 1993, p. 903-939

Pierre Lascaumes et Louis Simard, *L'action publique au prisme de ses instruments. Introduction*, *Revue française de science politique* 1/2011 (Vol. 61), p. 5-22

Pierre Muller Que sais-je *Les politiques publiques*, 9e édition, 2011

Renaud Epstein, *L'éphémère retour des villes. L'autonomie locale à l'épreuve des recompositions de l'État*, *Esprit* 2/2008 (Février), p. 136-149

Simon Herbert, *Models of Man: Social and Rational. Mathematical Essays on Rational Behavior in a Social Setting*, New York, Wiley, 1957

Stefan Svallfors, *Policy Feedback, Generational Replacement, and Attitudes to State Intervention: Eastern and Western Germany, 1900-2006*, *European Political Science review* 2014 pp. 119-135

Stéphane Beaud, *L'usage de l'entretien en sciences sociales. Plaidoyer pour l'entretien ethnographique*. in *Politix*, vol 9, N°35, 1996. pp 226-257

Stephen Boucher et Martine Royo, *Les Think-thank, cerveaux de la guerre des idées*, Paris, Le félin, 2000

Article de presse généraliste

Le Monde, « *Un rapport préconise la fermeture de 67 services d'urgences* ». 31 août 2015

Rapports administratifs et parlementaires

Adolph Steg, *Rapport sur la médicalisation des urgences*, professeur Adolphe Steg, septembre 1993

ARS Rhône-Alpes, *urgences hospitalière en Rhône-Alpes : évolution des activités de 2002 à 2012, indicateurs n°6*, avril 2014

Cabinet Acsantis, *Etude sur les aides à apporter aux cabinets des stations de sports d'hiver avec petit plateau technique*, ARS Rhône-Alpes, Paris, juillet 2014, 46p

DREES, *urgences, Etudes et résultats n°889*, juillet 2014

IGAS, *L' hôpital*, La Documentation française, 2012. (En ligne). Disponible au lien suivant : http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/L_hopital_-_Rapport_IGAS_2012.pdf

Jean-Yves Grall, Rapport sur la territorialisation des activités urgences, Juillet 2015, 29p

ONDPS, Etats de lieux des médecins urgentistes en Rhône-Alpes, ARS Rhône- Alpes, 2012

Observatoire national des zones urbaines sensibles, 2011

Textes législatifs

Loi du 21 décembre 1941, réorganisation des hôpitaux et hospices civils

Ordonnance n°58-1373 du 30 décembre 1958 relative à la création de centres hospitaliers et universitaires, à la réforme de l'enseignement médical et au développement de la recherche médicale

Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière

Décret du 16 décembre 1987 relative aux missions et à l'organisation des unités participant au service d'aide médicale urgente appelées S.A.M.U

Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière

Décret n°97-615 du 30 mai 1997 relatif à l'accueil et au traitement des urgences dans les établissements de santé ainsi qu'à certaines modalités de préparation des schémas d'organisation sanitaire et modifiant le code de la santé publique

Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé

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

Décret n°2010-271 du 15 mars 2010 portant organisation de la direction générale de l'offre de soins

Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

Table des matières

Introduction	8
Première partie : construction du travail de recherche	14
Chapitre 1 Conceptualisation de la recherche	15
1.1 La construction de la médecine de premier recours et la création des Agences Régionales de Santé	15
1.2 La région Rhône-Alpes, un contexte favorable à une interrogation de l'organisation des soins d'urgences	24
1.3 La révision du SROS « Urgences » Rhône-Alpes élément structurant des exemples empiriques de Cluses et de Moûtiers.	27
Chapitre 2 Construction de la question de recherche et des hypothèses	32
2.1 Construction de la problématique et positionnement de la recherche	32
2.2 Construction des hypothèses	40
Chapitre 3 Méthodologie de l'enquête	44
3.1 Guide d'entretien et profils des enquêtés	46
3.2 Contexte et difficultés liées à la conduite des entretiens	50
Deuxième partie : test des hypothèses	52
Chapitre 1 Présentation des exemples empiriques	53
1.1 Le centre de soins non programmés de la clinique de Cluses	53
1.2 Le centre d'accueil médical de l'hôpital de Moûtiers	55
Chapitre 2 Première hypothèse	57
2.1 La perception des politiques publiques hospitalières sous le prisme de ses acteurs	57
2.2 La mise en oeuvre de la transformation des services d'urgences	66
2.3 Résultats	74
Chapitre 3 Seconde hypothèse	76

3.1 Les effets des nouveaux instruments de politiques publiques apportés par la création des ARS	76
3.2 L'appropriation des instruments par les acteurs de la mise en oeuvre	84
3.3 Résultats	92
Discussion	93
Chapitre 1 synthèse des résultats	93
Chapitre 2 limites	97
Chapitre 3 Conclusion	99
Bibliographie	102
Annexes	105
Annexe 1: Classification clinique des malades aux urgences (CCMU)	105
Annexe 2 : Extrait du CPOM Etat-ARS Rhône-Alpes 2015 - 2018 septembre 2015 (1)	106
Annexe 3 : Extrait dossier de presse ARS « la santé en Tarentaise : enjeux, orientations et plans d'actions pour une offre adaptée au besoin des populations. »	107
Annexe 4 : Extrait du CPOM Etat-ARS Rhône-Alpes 2015 - 2018 septembre 2015 (2)	108
Annexe 5 : Extraits du CPOM de la Clinique de Cluses avec l'ARS Rhône-Alpes	109
Annexe 6 : Extrait du rapport du cabinet de conseil Acsantis relatif à la modélisation de structures de 1er recours	111
Annexe 7 : Extrait volet urgences du SROS révision de décembre 2015	112
Table des matières	113
Résumé	115

Résumé

Dans un contexte d'évolution de la gouvernance de l'Etat, de prérogatives de puissance publique vers une régulation d'acteurs mis à niveau égal, les auteurs contemporains parlent d'agencification des services de l'Etat. Le ministère de la Santé n'échappe pas à ce phénomène, la création des Agences Régionales de Santé (ARS) en 2010 en témoigne. Le travail de recherche effectué cherche alors à comprendre l'influence de ce phénomène sur la décision publique. Suite à la mise en place de l'ARS, la région Rhône-Alpes a conduit une politique de fermeture de services d'urgences et de transformation de ces services en centres de soins non programmés. Cette politique publique aboutit aujourd'hui à la révision du volet urgences de son schéma régional. L'étude des cas empiriques du centre hospitalier de Moûtiers et de la clinique de Cluses permettent alors d'analyser la corrélation possible entre ce changement de politique publique et la création des Agences.

In the context of the state governance's development, of public authorities' prerogatives towards actors' regulation put on an equal level, contemporary authors talks about government services' agencification. As evidenced by the creation of Regional Health Agencies (RHA) in 2010, the Ministry of Health did not escaped this phenomenon. Therefore, research work done seeks to understand the influence of this phenomenon on public decision. Following the RHA's implementation, Rhone-Alpes Region had run a policy of closure of emergency departments, those departments are turned into non-programmed care centers. Nowadays, this public policy leads to the revision of the regional plan's emergency element. Empirical cases studies of the Moutiers' healthcare center and Cluses' clinic permitted to analyse the potential correlation between this public policy change and Agencies' creation.

Mots clefs : décision publique - agencification - instruments de politique publique - Agences régionales de santé - Centres de soins non programmés - services d'urgences

Key Words : public decision - agencification - public policy instruments - Regional Health Agencies - non-programmed care centers - hospital emergency department