

N° 4267

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

QUINZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 16 juin 2021.

RAPPORT D'INFORMATION

DÉPOSÉ

en application de l'article 145 du Règlement

PAR LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES

*en conclusion des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de
financement de la sécurité sociale sur
les agences régionales de santé,*

ET PRÉSENTÉ PAR

MME AGNÈS FIRMIN LE BODO et M. JEAN-CARLES GRELIER,

Députés.

SOMMAIRE

	Pages
SYNTHÈSE DU RAPPORT	7
INTRODUCTION	9
LE CONSTAT : LES ARS, « SUPERSTRUCTURES » AU STATUT INÉDIT, N'ONT PAS ENCORE TROUVÉ LEUR PLACE DANS NOTRE PAYSAGE ADMINISTRATIF ET POLITIQUE	13
I. UN PÉRIMÈTRE DE COMPÉTENCES EXTRÊMEMENT LARGE, DONT LES ARS NE SE SONT PAS ENCORE PLEINEMENT EMPARÉES	14
A. LES ARS, FRUIT DE LA VOLONTÉ D'UN PILOTAGE UNIFIÉ DU SYSTÈME DE SANTÉ AU NIVEAU TERRITORIAL	14
1. La situation antérieure : une dispersion des compétences insatisfaisante.....	14
2. Le regroupement de l'ensemble des politiques territoriales de santé au sein des ARS	16
B. PLUS QUE D'HOSPITALO-CENTRISME, LES ARS SOUFFRENT D'UNE FOCALISATION EXCESSIVE SUR L'OFFRE DE SANTÉ AU DÉTRIMENT DE LA SANTÉ PUBLIQUE	17
1. Un procès en hospitalo-centrisme au détriment du médico-social et de l'ambulatoire à relativiser	19
a. ARS et médico-social : une acculturation plutôt réussie malgré un contexte institutionnel complexe	19
b. ARS et médecine de ville : une compétence de mieux en mieux partagée avec l'assurance maladie.....	23
2. La promotion de la santé : un investissement encore faible, une territorialisation insatisfaisante	25
3. La sécurité sanitaire, compétence régaliennne des ARS ?.....	27
a. L'organisation régionale de la veille sanitaire : la question de l'articulation avec Santé publique France.....	28
b. La sécurité sanitaire : un caractère profondément régalien, des missions marginalisées	30
c. L'exemple éclairant de la santé environnementale, à la frontière entre veille et sécurité sanitaire et promotion de la santé	32

4. Le cas particulier du rôle des ARS dans la gestion des crises sanitaires : de la théorie à la pratique.....	35
II. DES AGENCES ÉLOIGNÉES DES TERRITOIRES.....	39
A. UN ÉCHELON RÉGIONAL PERTINENT MAIS DE PLUS EN PLUS ÉLOIGNÉ DU TERRAIN	39
B. UN ÉCHELON DÉPARTEMENTAL FAIBLE	43
1. Des délégations départementales aux compétences peu définies et résiduelles	43
2. Une faiblesse entretenue par des moyens limités	48
3. Une faiblesse et une asymétrie de plus en plus problématiques	49
III. NI ADMINISTRATION DECONCENTRÉE NI VÉRITABLEMENT AUTONOME, L'ARS, OBJET ADMINISTRATIF NON IDENTIFIÉ	52
A. LE STATUT UNIQUE DES ARS, FRUIT DU CO-PILOTAGE DES POLITIQUES DE SANTÉ ENTRE L'ÉTAT ET L'ASSURANCE MALADIE ...	52
1. Le choix d'un statut d'établissement public à caractère administratif, vecteur d'autonomie financière et administrative.....	52
2. La coexistence des statuts au sein des personnels des agences, manifestation concrète de ce statut original.....	54
3. Le rôle du directeur général de l'ARS : un manque de contre-pouvoirs	55
B. DES RELATIONS COMPLEXES AVEC LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ	57
1. Un pilotage national qui s'est progressivement ajusté.....	57
2. Une relation contractuelle non aboutie entre État et ARS.....	60
3. Un positionnement ambigu... source de critiques ambivalentes.....	61
NOS PROPOSITIONS : DONNER AUX ARS LA LÉGITIMITÉ ET LES MOYENS D'ASSURER LEURS MISSIONS	63
I. REDONNER DE LA LÉGITIMITÉ AUX ARS	63
A. RENOUER AVEC LA PROXIMITÉ, CONDITION <i>SINE QUA NON</i> DE LA LÉGITIMITÉ DES ARS.....	64
1. L'urgence du renforcement de l'échelon départemental	64
2. Renforcer le travail partenarial avec les préfets et les régions.....	66
a. Le renforcement des relations ARS-préfets	66
b. Des contrats État-région de programmation et d'investissement en santé.....	66
B. RENFORCER LES CONTRE-POUVOIRS POUR RETROUVER LA CONFIANCE DES ACTEURS DU TERRAIN.....	67
1. Une légitimité qui ne pourra qu'être issue du renforcement de la démocratie sanitaire	67
2. Pour un véritable conseil d'administration, incluant les élus locaux.....	69
3. Renforcer la transparence de l'utilisation des crédits	73
C. REPENSER LE RECRUTEMENT DES DIRECTEURS GÉNÉRAUX D'ARS...	73

II. PRÉSERVER LES MISSIONS DES ARS ET METTRE ENFIN LA SUBSIDIARITÉ AU CŒUR DE LEUR EXERCICE	74
A. QUELLES MISSIONS POUR LES ARS ? SIMPLIFIER, PRÉCISER ET RENFORCER PLUTÔT QU'AMPUTER	75
1. Ne pas renoncer à une vision globale de la santé.....	75
a. En matière de compétences, le choix de la stabilité plutôt que du retour en arrière.....	75
b. Repenser la place de certaines missions	76
2. Simplifier les missions des ARS.....	77
a. Une nécessaire revue des missions	77
b. Le cas particulier de la relation avec les établissements de santé : faire confiance a priori, contrôler a posteriori.....	78
B. DONNER DES MARGES DE MANŒUVRE AUX ARS	79
1. Rénover le pilotage national des ARS, pour un pilotage plus stratégique et plus transversal	79
a. Redonner au conseil national de pilotage son rôle d'impulsion stratégique	79
b. Repositionner le secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales...	80
c. Adapter les CPOM aux spécificités régionales	81
2. Une plus grande régionalisation du financement de la santé.....	81
a. Les ORDAM : une piste qui reste floue.....	81
b. Une évolution du fonds d'intervention régional préférable	82
c. La régionalisation de certains financements conventionnels ?.....	84
3. Un droit à la dérogation renforcé	84
4. Préserver les moyens de fonctionnement des ARS.....	85
TRAVAUX DE LA MISSION	89
TRAVAUX DE LA COMMISSION	101
SYNTHÈSE DES PROPOSITIONS	119
ANNEXES	121
ANNEXE N° 1 : COMPOSITION DE LA MISSION	121
ANNEXE N° 2 : LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES PAR LES RAPPORTEURS	123
ANNEXE N° 3 : PRÉSENCE DES CORPS D'INSPECTION ET CONTRÔLE AU SEIN DU COMEX DES ARS	129
ANNEXE N° 4 A : ORGANIGRAMME DE LA DÉLÉGATION DÉPARTEMENTALE DES YVELINES	131

ANNEXE N° 4 B : ORGANIGRAMME ARS BOURGOGNE-FRANCHE-COMTÉ	133
ANNEXE N° 5 : ÉLÉMENTS RELATIFS AU DROIT À LA DÉROGATION OUVERT AUX ARS TRANSMIS PAR LE SECRÉTARIAT GÉNÉRAL DES MINISTÈRES SOCIAUX.....	135
ANNEXE N° 6 : DONNÉES SUR LES EFFECTIFS DES ARS (PAR GRANDS SECTEURS, RÉGIONS, STATUTS, EMPLOIS, ...)	139
ANNEXE N° 7 : EXEMPLE DE CPOM 2019-2023.....	153

SYNTHÈSE DU RAPPORT

Pour les rapporteurs, dix ans après la création des ARS, le bilan de leur action reste un bilan en demi-teinte.

La loi « HPST » a en effet créé des structures au périmètre d'action considérable et qui sont aujourd'hui souvent perçues comme des « *mastodontes technocratiques* » par les acteurs du terrain.

Le choix de leur périmètre de compétences particulièrement ambitieux, puisqu'il s'agissait de créer un acteur régional unique capable de porter une politique de santé globale et transversale, pose aujourd'hui la question de leur capacité à assurer l'ensemble de leurs missions de façon satisfaisante.

Si le procès en hospitalo-centrisme fait aux ARS doit être relativisé, les rapporteurs constatent en revanche que leurs missions de régulation et de structuration de l'offre de santé - médicale comme médico-sociale - ont pris le pas sur leurs missions de santé publique, ce qui ne peut qu'inquiéter au regard de la crise que nous vivons actuellement.

Au cours des auditions, plusieurs acteurs ont appelé à restreindre ce champ d'action, en revenant à une situation proche de celle qui existait avant la création des ARS, et notamment à sortir du périmètre de ces dernières les missions relatives à la sécurité sanitaire.

Cependant, les rapporteurs restent profondément attachés à la logique à l'origine de la création des ARS : celle du décroisement des questions de santé et du développement d'une vision globale de ces dernières. Ils proposent donc de préserver le périmètre actuel des missions des ARS. Alors qu'il apparaît de plus en plus clairement que la santé environnementale comme la veille et la sécurité sanitaire comptent parmi les plus grands défis auxquels nous devons aujourd'hui répondre, l'heure ne peut pas être au rétrécissement du champ sanitaire. La crise a en revanche illustré le besoin de clarification et de simplification des missions des ARS.

Le gigantisme géographique des ARS pose tout autant question.

Les auditions menées dans le cadre de la mission ont mis en exergue un sentiment croissant d'éloignement des ARS du terrain, sentiment nourri par la relégation au second plan de l'échelon départemental – très insuffisamment investi par les ARS – et démultiplié par la création des « grandes régions ».

Pour répondre à ce constat, **la gouvernance des ARS doit être repensée.**

Les rapporteurs ne souhaitent pas que le statut d'établissement public des ARS leur soit ôté, ni qu'elles deviennent des administrations déconcentrées de

l'État : ce statut qui fait leur originalité pourrait aussi faire leur force et leur souplesse.

En revanche, pour lutter contre ce sentiment d'éloignement délétère, la priorité doit être donnée :

– **au renforcement du niveau départemental des ARS.** Les directeurs départementaux ne doivent plus être de simple « courroies de transmission » mais doivent se voir investis de davantage de responsabilités, et leurs équipes doivent être renforcées. Ce renforcement du niveau départemental des ARS permettra notamment de diminuer l'asymétrie d'échelle existant aujourd'hui entre les ARS et les préfetures et conseils départementaux, qui restent parmi leurs principaux interlocuteurs, mais aussi de les rapprocher des professionnels de santé comme des élus locaux ;

– **au renforcement des contre-pouvoirs régionaux permettant de contrôler leur action,** en renforçant le rôle des conférences régionales de la santé et de l'autonomie et celui du conseil de surveillance des ARS. Les rapporteurs proposent notamment de transformer le conseil de surveillance des ARS en conseil d'administration co-présidé par le président du conseil régional et le préfet de région, de donner à ce conseil d'administration le pouvoir de se saisir de tout sujet entrant dans le champ de compétence de l'agence et d'approuver, à la majorité simple, le budget et les documents financiers de l'ARS.

Enfin, la subsidiarité doit être le maître-mot de la réforme des ARS dans les années à venir.

Leur pilotage par le ministère des affaires sociales doit devenir un véritable pilotage politique et stratégique, leur donnant de grands objectifs prioritaires plutôt que de multiples instructions. Dans la même logique, leurs marges de manœuvres financières doivent également être confortées, en renforçant notamment le rôle du fonds d'intervention régional et la fongibilité de ces crédits.

Dans le même temps, la relation des ARS avec leurs partenaires sur le terrain doit également être guidée par une plus grande subsidiarité, en allégeant certaines de leurs missions et en privilégiant dès que possible une logique de contrôle *a posteriori* plutôt que d'autorisation *a priori*.

Enfin, les rapporteurs soulignent que les effectifs des ARS ont systématiquement baissé depuis 2012 : entre 2012 et 2018, ces effectifs totaux ont diminué de 9 % au total. Or, pour permettre aux ARS de répondre aux ambitions importantes qui leur ont été confiées par le législateur, il semble nécessaire de préserver davantage leurs moyens humains.

INTRODUCTION

« Les institutions peuvent, si elles sont bien construites, accumuler et transmettre la sagesse des générations successives. »

Jean Monnet, *Mémoires*, 1976

Le 1^{er} avril 2020, les agences régionales de santé (ARS) ont eu dix ans. Cet anniversaire, elles l'ont passé dans l'œil du cyclone provoqué par la pandémie de covid-19. Dans cette crise sanitaire, elles ont utilisé à plein régime la très large palette de missions que la loi leur confère, de la veille sanitaire à l'organisation de la réponse à la crise, en passant par l'organisation de l'offre de soins et de l'offre médico-sociale.

Le présent rapport n'a cependant pas vocation à dresser un bilan exhaustif de l'action des ARS pendant la crise, et encore moins à instruire le procès de cette action. La mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) avait d'ailleurs choisi de se pencher sur la question des ARS bien avant le début de la crise sanitaire. Un tel bilan serait à l'heure actuelle prématuré, et conduirait à ne s'intéresser qu'à la dernière année de vie des ARS, occultant leur action depuis leur création.

Bien sûr, la crise sanitaire actuelle sera porteuse de nombreuses leçons tant elle a catalysé et mis en exergue des difficultés existantes, que ces failles aient constitué un obstacle dans la gestion de la crise ou que les ARS aient au contraire su mettre en place des solutions innovantes pour les surmonter. Il ne fait pas de doute que, pour les ARS, il y aura un avant et un après cette crise : il convient de préparer cet après.

Il n'est pas non plus question ici de prôner un grand soir des ARS, ou d'apporter de l'eau au moulin de ceux qui les dénigrent systématiquement, voire prônent leur suppression sans tirer toutes les conséquences d'une telle proposition. Au-delà de son caractère stérile, ce discours à la mode envoie un message extrêmement violent aux plus de huit mille agents des ARS qui donnent sans compter leur temps et leur énergie depuis désormais plus d'un an pour lutter contre l'épidémie, et auxquels les rapporteurs tiennent à rendre hommage.

Les rapporteurs se garderont également de verser dans la nostalgie et de prôner un simple retour au système antérieur, qui n'était pas non plus exempt de critiques. Cette nostalgie parfois exprimée lors des auditions relève pour partie du fantasme tant l'administration territoriale de l'État a, elle aussi, évolué depuis 2010.

Enfin, ce rapport n'a pas non plus pour objectif de réaliser des monographies exhaustives des différentes compétences exercées par les ARS. De très complets rapports de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS), notamment, se sont penchés sur l'action des ARS en matière de santé

environnementale ⁽¹⁾ ou de transformation de l'offre de soins ⁽²⁾. D'autres rapports, parlementaires ou d'inspection, ont quant à eux largement évoqué le rôle des ARS en matière de lutte contre les déserts médicaux ou de prise en charge de la dépendance, par exemple.

Les rapporteurs se sont au contraire fixés pour objectif, dans la conduite de leurs travaux, de prendre du recul sur dix années de fonctionnement des ARS, alors que la MECSS du Sénat, sous l'égide d'Alain Milon et de Jacky Le Menn, avait réalisé un premier bilan de leur installation en 2014, après la Cour des comptes en 2012 dans son rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale.

Il s'agit bel et bien, pour les rapporteurs, de s'interroger sur le périmètre même des ARS et sur leur capacité à remplir leurs très nombreuses missions.

Dix ans après leur installation, les ARS répondent-elles aux objectifs qui leur avaient été fixés par le législateur qui tenait la plume lors de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (dite « HPST ») ?

Le rapport remis à la ministre de la santé par Philippe Ritter en janvier 2008 sur la création des ARS, préfigurateur de celles-ci, en identifiait cinq :

- accentuer la territorialisation des politiques de santé ;
- renforcer le caractère préventif des politiques de santé ;
- recentrer l'offre de soins vers les soins primaires ;
- faciliter les restructurations et promouvoir l'efficacité hospitalière ;
- recomposer l'offre hospitalière au profit du médico-social.

Force est de constater que sur l'ensemble de ces points, le bilan des ARS ne peut être qu'un bilan en demi-teinte.

La prévention reste le parent pauvre des politiques de santé, et les acteurs de terrain continuent de dénoncer le prisme trop hospitalier des ARS, au détriment des soins primaires et du secteur médico-social, bien que ce constat doive être nuancé, comme l'ont montré les auditions menées par les rapporteurs.

Surtout, si le premier objectif affiché des ARS était bien « *d'accentuer la territorialisation* » des politiques de santé, leur création a paradoxalement généré le sentiment inverse, celui que les ARS sont aujourd'hui des technostructures inaccessibles, éloignées du terrain et des problématiques concrètes des acteurs

(1) *Mise en œuvre des compétences santé environnement des agences régionales de santé (ARS)*, Béatrice Buguet, Anne Burstin, Bertrand Deumie, 2011.

(2) *Pilotage de la transformation de l'offre de soins par les ARS*, Dominique Giorgi, Christian Poiret, Isabelle Yeni, 2018.

locaux du système de santé. C'est bien ce point qui est apparu le plus prégnant et le plus inquiétant au fur et à mesure des auditions menées par les rapporteurs.

Face à ces échecs relatifs, les ARS semblent n'avoir pu véritablement répondre qu'à l'un de ces objectifs fixés par le rapport Ritter : conduire les restructurations hospitalières et accompagner la recherche de performance des acteurs hospitaliers.

Cette recherche de performance et de rationalisation de l'offre de soins s'inscrivait en 2010 dans le contexte d'un durcissement du cadre budgétaire. La création des ARS a en effet coïncidé avec une pression plus forte sur l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM), ce dernier étant systématiquement respecté à partir de 2010, et son taux de progression annuel inférieur à 3 % dans les années qui ont suivi la création des ARS. Le Président de la République l'énonçait clairement en 2008 : « *J'attends des agences régionales de santé qu'elles réconcilient l'organisation des soins et la maîtrise de la dépense* ». Cette mission rarement populaire a sans aucun doute contribué à faire des ARS un bouc émissaire idéal.

Évidemment, les critiques formulées à l'encontre des ARS doivent être lues à l'aune de l'ensemble des défis que pose notre système de santé. L'hospitalo-centrisme de ce système, l'insuffisante priorité donnée par notre pays à la prévention, la complexité de la gouvernance du secteur médico-social sont autant d'éléments qui expliquent une grande partie de ces critiques. Or, les ARS ne sont pas la cause de ces maux et leur réforme ne saurait être un remède miracle à ceux-ci.

Pour mener à bien cette évaluation, les rapporteurs ont mené plus de cinquante auditions et tables rondes.

Il fallait évidemment entendre la voix des ARS elles-mêmes. Pour cela, la mission a fait le choix inédit d'auditionner l'ensemble des directeurs généraux d'ARS. Cette démarche, primordiale, n'aurait toutefois pas pu se suffire à elle-même, et a été complétée par plusieurs auditions des syndicats représentatifs des personnels des ARS ainsi que des syndicats des corps d'inspection travaillant en ARS. Si le contexte sanitaire n'a malheureusement pas permis aux rapporteurs de réaliser autant de déplacements qu'ils l'auraient souhaité, la mission s'est toutefois rendue à la rencontre des agents des délégations départementales des ARS dans deux départements aux enjeux très différents, relevant de deux ARS distinctes et éloignés de leurs circonscriptions respectives : l'Yonne et les Yvelines.

Surtout, les rapporteurs ont auditionné très largement les acteurs travaillant au quotidien au contact des ARS, au premier rang desquels les professionnels de santé libéraux, les représentants des établissements sanitaires et médico-sociaux (fédérations, directeurs d'établissements, présidents de commission médicale d'établissement) et les représentants des patients.

Enfin, ils ont également auditionné les représentants des élus locaux. Si les ARS sont loin de faire l'unanimité sur le terrain, l'animosité particulièrement

exacerbée de ces derniers à l'égard des ARS, aggravée au fur et à mesure de la crise, est le symptôme d'une crise de confiance et d'une rupture avec les territoires qui nous oblige à agir.

LE CONSTAT : LES ARS, « SUPERSTRUCTURES » AU STATUT INÉDIT, N'ONT PAS ENCORE TROUVÉ LEUR PLACE DANS NOTRE PAYSAGE ADMINISTRATIF ET POLITIQUE

Si les rapports de la Cour des comptes puis de la MECSS du Sénat publiés en 2012 puis 2014 soulignaient que les phases de préfiguration puis de mise en œuvre de ces agences avaient été particulièrement rapides, dix ans après leur création, le bilan de leur action ne peut être qu'un bilan en demi-teinte.

La crise sanitaire a mis en lumière une partie des difficultés de positionnement que rencontrent les ARS, et en premier lieu le jeu d'acteurs complexe dans lequel elles doivent s'inscrire en ce qui concerne l'exercice de leurs missions au-delà du champ hospitalier.

Elle a surtout révélé un sentiment d'éloignement croissant des ARS du terrain, sentiment nourri par la relégation au second plan de l'échelon départemental – très insuffisamment investi par les ARS – et démultiplié par la création des « grandes régions ». Ce constat d'éloignement, absent des premiers bilans de l'action des ARS, est apparu omniprésent lors des auditions menées par les rapporteurs.

Force est de constater que la loi « HPST » a créé des mégastructures au périmètre d'action considérable, que ce soit en termes de compétences ou de périmètre géographique. Ce périmètre de compétences particulièrement ambitieux pose aujourd'hui la question de leur capacité à assurer l'ensemble de leurs missions de façon satisfaisante. Surtout, il apparaît que ce périmètre d'action très large a affaibli la réactivité et la disponibilité des ARS, notamment en comparaison avec les anciennes agences régionales de l'hospitalisation mais également avec l'administration déconcentrée de l'État.

D'autres difficultés de positionnement des ARS étaient déjà bien identifiées : les rapports de la Cour des comptes et du Sénat précités avaient notamment largement documenté l'ambiguïté générée par le statut atypique des ARS, ni véritablement autonomes, ni administrations déconcentrées. C'est probablement du fait de ce statut original que ces structures étaient peu ou mal connues avant la crise sanitaire.

Cette ambiguïté est encore génératrice de frustrations et de paradoxes. Alors que les ARS semblent se trouver entre le marteau (du ministère de la santé) et l'enclume (des acteurs de terrain), et disposer de peu de marges de manœuvre, leur relative indépendance semble davantage synonyme d'une hétérogénéité de pratiques et de résultats, nécessairement mal vécue, que d'une véritable autonomie de moyens.

Parmi les qualificatifs les plus fréquemment utilisés par les acteurs du terrain pour décrire les ARS reviennent fréquemment les mots « *mastodontes* », « *technocratiques* », « *bureaucratiques* »... Pour les rapporteurs, ce constat d'éloignement ainsi que de manque d'agilité et de souplesse de ces structures, bien réel et qui va au-delà d'un simple « *ARS bashing* », est de loin le plus inquiétant. La crise sanitaire a toutefois montré que nombre d'ARS ont su, face à l'adversité, faire preuve d'adaptabilité et de cette nécessaire agilité dans l'urgence.

I. UN PÉRIMÈTRE DE COMPÉTENCES EXTRÊMEMENT LARGE, DONT LES ARS NE SE SONT PAS ENCORE PLEINEMENT EMPARÉES

La création des ARS trouve sa raison d'être dans la palette exhaustive de missions qui leur a été confiée, regroupant l'ensemble du spectre des politiques de santé. Elles disposent donc d'un champ de compétences extrêmement large, qui englobe à la fois la gestion de l'offre de soins – en ville et à l'hôpital – le médico-social, mais également toutes les autres politiques de santé publique, au premier rang desquelles la promotion de la santé ainsi que la veille et la sécurité sanitaire.

Toutefois, on peut légitimement se demander si les ARS sont parvenues à s'emparer de l'ensemble de ces missions, ou si cette fusion s'est opérée au détriment de certaines.

Si la culture hospitalière reste majoritaire au sein des ARS comme au sein du ministère de la santé, l'hospitalo-centrisme de ces dernières doit être relativisé à l'épreuve des faits. En revanche, il ne fait pas de doute que les missions de régulation et de structuration de l'offre de santé (médicale comme médico-sociale) ont pris le pas sur les missions de santé publique des ARS, ce qui ne peut qu'inquiéter au regard de la crise que nous vivons actuellement.

A. LES ARS, FRUIT DE LA VOLONTÉ D'UN PILOTAGE UNIFIÉ DU SYSTÈME DE SANTÉ AU NIVEAU TERRITORIAL

À l'origine même de la création des ARS se trouve le besoin de concevoir une politique de santé globale et transversale, à travers une structure disposant de l'ensemble des compétences en matière de santé.

1. La situation antérieure : une dispersion des compétences insatisfaisante

Pour mémoire, avant la création des ARS, le pilotage des politiques de santé au niveau territorial était assuré à la fois par :

– les **agences régionales de l'hospitalisation** (ARH), groupements d'intérêt public chargés depuis les ordonnances du 24 avril 1996 de « *définir et de mettre en œuvre la politique régionale d'offre de soins hospitaliers* » publics et privés ;

– les **unions régionales des caisses d'assurance maladie** (URCAM), et, à l'échelon local, les caisses primaires d'assurance maladie ;

– les **missions régionales de santé** (MRS) constituées entre les ARH et les URCAM, chargées de délimiter les zones déficitaires en offre de soins pour l'attribution d'aides à l'installation et de gérer les dotations régionales du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins ;

– les **groupements régionaux de santé publique** (GRSP) constitués entre l'État, les agences sanitaires qui existaient avant la création de Santé publique France, l'assurance maladie et les collectivités territoriales volontaires pour élaborer et mettre en œuvre le plan régional de santé publique.

Le pilotage du secteur médico-social était quant à lui éclaté entre les services déconcentrés de l'État, et plus précisément les directions régionales et départementales des affaires sanitaires et sociales (DRASS et DDASS), aux côtés des conseils généraux, de l'assurance maladie et de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

Enfin, le pilotage de la veille et de la sécurité sanitaire était dévolu à l'administration de l'État et assuré par les DRASS et les DDASS, assurant le contrôle des établissements, la police sanitaire (notamment le contrôle des eaux), la veille et l'observation de la santé humaine en collaboration avec les cellules interrégionales d'épidémiologie de l'Institut de veille sanitaire (InVS). Le pilotage de la gestion des crises sanitaires relevait directement de la responsabilité du préfet de département.

RÉPARTITION DES COMPÉTENCES AVANT LA CRÉATION DES ARS

	DRASS-DDASS	Services de l'Assurance maladie	ARH	GRSP
<i>Santé publique et prévention</i>	Définition des priorités régionales	Actions de prévention	Participation des établissements de santé à la politique de prévention	Mutualisation (partielle) des financements
<i>Veille et sécurité sanitaires</i>	Veille (DRASS et DDASS) et gestion des risques et réponse (DDASS)	-	Sécurité sanitaire des établissements de santé	-
<i>Soins de ville</i>	Organisation de la permanence des soins	Financement et relations avec les professionnels de santé (orientation des pratiques)		
<i>Soins hospitaliers</i>		Actions sur les pratiques professionnelles	Organisation, financement et actions sur les pratiques professionnelles	
<i>Médico-social</i>	Organisation et financement			

Source : rapport Ritter, janvier 2008.

Cet éparpillement était loin d'être satisfaisant car source d'inefficiences indéniables.

Il a progressivement été remis en cause dans un double contexte :

– celui de la révision générale des politiques publiques (RGPP). Si la création des ARS n'est pas à proprement parler une réforme estampillée « RGPP », elle s'inscrit bien dans son cadre général ;

– celui de l'émergence de la notion désormais bien connue de « parcours de santé ». Une telle dispersion des missions apparaissait en effet incompatible avec cette logique de « parcours de santé », notamment entre le secteur médico-social et le secteur sanitaire, mais aussi avec la nécessité de mettre l'accent sur la prévention, fortement marginalisée dans la situation préexistante aux ARS en dépit de la création des GRSP.

Le rapport Ritter dénonçait ainsi « *l'enchevêtrement des compétences* », « *l'éclatement institutionnel* » et le « *cloisonnement des acteurs* » résultant du système antérieur. Il mettait en évidence « *la nécessité d'un pilotage unifié du système territorial de santé* ». En ce qui concerne la veille sanitaire et la gestion de crise, il relevait également que ces dernières appelaient « *un niveau de spécialisation qui nécessite une plus grande mutualisation, notamment des fonctions médicales* ».

Le rapport réalisé par le député Yves Bur en amont de la création des ARS ⁽¹⁾ dénonçait dans le même sens une dispersion des moyens nuisant à l'efficacité des structures – soulignant notamment qu'un grand nombre de DRASS et de DDASS ne disposaient plus de « *la taille critique nécessaire pour que leurs moyens soient dispersés au sein de différentes structures* ». Il regrettait également un cloisonnement des compétences ne permettant pas d'organiser le système de santé « *de façon globale et cohérente* ».

En créant les ARS, la loi HPST visait donc à mettre fin à cette fragmentation des politiques territoriales de santé et à **permettre l'émergence, au niveau régional, d'une politique de santé conçue de la prévention jusqu'aux soins**. L'exposé des motifs de l'article 26 du projet de loi exprimait clairement cet objectif ambitieux : « *en couvrant l'ensemble du champ de la santé, les ARS surmontent les cloisonnements sectoriels et garantissent une conduite plus cohérente et plus efficace des politiques de santé sur un territoire* ».

2. Le regroupement de l'ensemble des politiques territoriales de santé au sein des ARS

La création des ARS a permis de regrouper en leur sein les ARH, les Urcam, les GRSP et les MRS ainsi qu'une partie des services des DDASS et DRASS et des caisses régionales d'assurance maladie (Cram).

(1) Rapport d'information déposé en application de l'article 145 du Règlement par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, en conclusion des travaux de la mission sur les agences régionales de santé et présenté par M. Yves Bur, député, 6 février 2008.

L'article L. 1431-1 du code de la santé publique fixe comme objectif aux ARS de définir et de mettre en œuvre un ensemble coordonné de programmes et d'actions concourant à la réalisation, à l'échelon régional et infrarégional :

- des objectifs de la politique nationale de santé ;
- des principes de l'action sociale et médico-sociale [...] ;
- des principes fondamentaux [de l'assurance maladie].

Il dispose que les ARS contribuent au respect de l'ONDAM.

Au terme d'un long inventaire à la Prévert, l'article L. 1431-2 du code de la santé publique précise ces missions, regroupées autour de deux axes principaux :

– la **régulation**, l'**orientation** et l'**organisation** de l'offre de services de santé ;

– la **mise en œuvre au niveau régional de la politique nationale de santé**. Les ARS sont à ce titre responsables, entre autres, de la **veille sanitaire**, de l'**hygiène** et de la **prévention**, et contribuent également, dans le respect des attributions du préfet, à l'**organisation de la réponse aux urgences sanitaires et à la gestion des crises sanitaires**.

B. PLUS QUE D'HOSPITALO-CENTRISME, LES ARS SOUFFRENT D'UNE FOCALISATION EXCESSIVE SUR L'OFFRE DE SANTÉ AU DÉTRIMENT DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Dès avant la création des ARS, le risque de dilution de certaines de leurs compétences – notamment en matière de prévention – au profit de leurs missions hospitalières avait été soulevé.

Le rapport d'Yves Bur précité soulignait ainsi que l'inclusion de la politique de santé publique dans le périmètre des compétences des ARS, si elle était souhaitée par une large majorité des acteurs, comportait le risque que cette politique soit négligée au sein des ARS au profit de l'organisation de l'offre de soins, du fait de l'importance des enjeux financiers et de court terme de ces derniers. La suite a montré que ces craintes étaient loin d'être infondées.

Il convient d'ailleurs de souligner que dès la création des ARS, des mécanismes ont été mis en place pour limiter cette dilution de l'action des ARS au profit de l'hôpital, par le biais notamment de la mise en place d'un mécanisme de « fongibilité asymétrique » des crédits. En effet, dès l'origine, la loi HPST prévoyait que les ressources attribuées à l'ARS pour le financement des actions relatives à la prévention ne pouvaient être affectées « *au financement d'activités de soins ou de prises en charge et d'accompagnements médico-sociaux* ». Ce mécanisme de fongibilité asymétrique des crédits se retrouve aujourd'hui dans les dispositions relatives au fonds d'intervention régional (FIR). Ainsi, les crédits du FIR destinés

au financement des actions de prévention ne peuvent être affectés au financement d'activités de soins ou de prises en charge et d'accompagnements médico-sociaux. Parallèlement, les crédits destinés au médico-social au sens large ne peuvent être affectés au financement d'activités de soins.

Malgré ces garde-fous, dix ans après leur mise en place, peut-on considérer que les ARS sont, en réalité, restées des ARH ?

Lors des auditions menées par les rapporteurs, l'hospitalo-centrisme des ARS a été souvent évoqué, notamment par les associations d'élus locaux, mais aussi nuancé par de nombreux acteurs.

Tout d'abord, comme l'ont rappelé plusieurs interlocuteurs, force est de constater que l'hôpital est bien **le seul domaine de compétences sur lequel l'ARS dispose d'un lien de tutelle unique, alors même que la gouvernance du secteur médico-social est partagée avec les conseils départementaux, l'organisation de l'offre libérale avec l'assurance maladie et son réseau territorial, et la veille et la sécurité sanitaire avec le préfet, les services déconcentrés de l'État et Santé publique France**. Dès lors, il n'y a rien d'étonnant à ce que le champ hospitalier reste celui sur lequel les ARS sont le plus visibles et probablement le plus investies.

Les missions réglementaires de l'ARS vis-à-vis des hôpitaux sont également les plus nombreuses et sont consommatrices de ressources : autorisation, financement, inspection, contrôle, évaluation des directeurs d'hôpitaux, participation aux instances...

Par ailleurs, **l'hospitalo-centrisme et le manque de transversalité dans nos politiques de santé sont loin d'être le fait des seules ARS**. Ils traversent encore, en réalité, la conception française du système de santé.

Cette réalité a été documentée dans de nombreux rapports, mais elle ne peut être décorrélée du procès en hospitalo-centrisme souvent fait aux ARS.

Ainsi, comme le soulignait déjà la Cour des comptes dans son rapport de 2012 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, les directions d'administration centrale du ministère de la santé continuent, comme par le passé, à fonctionner en « *tuyaux d'orgues* » avec les ARS, leur donnant des orientations ou leur adressant des demandes segmentées par secteur (hôpital, médico-social, soins de ville, prévention) : « *l'unification du pilotage du système de santé au niveau régional n'a pas été accompagnée d'un décloisonnement à l'échelon national* ». De nombreux interlocuteurs rencontrés par la mission neuf ans après ont dressé le même constat, et en premier lieu Claude Évin, ancien ministre de la santé et ancien directeur général de l'ARS d'Île-de-France, qui a estimé lors de son audition par les rapporteurs que le ministère de la santé n'a pas tiré les conséquences, pour son organisation centrale, du décloisonnement permis par les ARS.

Au terme des auditions menées par la mission, on peut penser que **c'est davantage d'une focalisation excessive sur la régulation et l'organisation de l'offre de services de santé dont souffrent les ARS, plutôt que d'une focalisation sur le seul secteur hospitalier.**

Ainsi, si l'hospitalo-centrisme des ARS est sans aucun doute une critique qui doit être nuancée et mise à l'épreuve des faits, il ne fait en revanche pas de doute que les ARS, à l'image de l'ensemble de notre système de santé, restent centrées sur la régulation et l'offre de services de santé, qu'elle soit hospitalière, de ville ou médico-sociale, au détriment des enjeux de santé publique plus transversaux.

1. Un procès en hospitalo-centrisme au détriment du médico-social et de l'ambulatoire à relativiser

Si les professionnels de santé dénoncent encore régulièrement l'hospitalo-centrisme des ARS, cette critique doit toutefois être relativisée, et les ARS semblent s'être progressivement appropriées les sujets médico-sociaux et ambulatoires, dont elles partagent le pilotage d'un côté avec les conseils départementaux et de l'autre avec l'assurance maladie et son réseau territorial.

a. ARS et médico-social : une acculturation plutôt réussie malgré un contexte institutionnel complexe

L'inclusion du champ du médico-social au sein du périmètre de compétences des ARS au moment de leur création a constitué un bouleversement majeur. Ce pilotage unifié était identifié dès 2008 par le rapport Ritter comme une condition *sine qua non* du développement concret de parcours de soins.

L'action des ARS dans ce secteur est toutefois rendue complexe non seulement par le grand nombre d'établissements et de services concernés mais également par la cotutelle assurée sur une grande partie de ces établissements et services entre l'ARS et le conseil départemental, chef de file de l'action sociale.

Le tableau ci-dessous propose un bref récapitulatif de cette répartition des rôles entre ARS et président du conseil départemental (PCD) en matière de régime d'autorisation des établissements médico-sociaux.

TYPE D'ÉTABLISSEMENT	AUTORITÉ EN CHARGE DE L'AUTORISATION
Établissements ou services d'enseignement pour mineurs et jeunes adultes handicapés <i>Exemples : instituts médico-éducatifs (IME), instituts pour enfants et adolescents polyhandicapés (IPEAP), services d'accompagnement des enfants en situation de handicap (SESSAD)...</i>	ARS
Centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP), destinés au dépistage, diagnostic, traitement, rééducation et suivi des enfants handicapés (0 à 6 ans)	ARS et PCD
Établissements ou services a) d'aide par le travail (ESAT) pour les personnes en situation de handicap b) de réadaptation, de pré-orientation et de rééducation professionnelle (<i>Centres de rééducation professionnelle, CRP</i>)	ARS
Établissements et services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent une assistance à domicile <i>Exemples :</i>	PCD et/ou ARS
<i>Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)</i>	<i>PCD et ARS</i>
<i>Services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD)</i>	<i>PCD</i>
<i>Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)</i>	<i>ARS</i>
<i>Unités de soins de longue durée (USLD)</i>	<i>ARS</i>
Établissements et services qui accueillent des personnes handicapées ou des personnes atteintes de pathologies chroniques, qui leur apportent une assistance à domicile ou une aide à l'insertion sociale ou bien qui leur assurent un accompagnement médico-social en milieu ouvert <i>Exemples :</i>	PCD et/ou ARS
<i>Maisons d'accueil spécialisées (MAS)</i>	<i>ARS</i>
<i>Foyers d'accueil médicalisés (FAM)</i>	<i>PCD et ARS</i>
<i>Services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH)</i>	<i>PCD et ARS</i>
<i>Services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS)</i>	<i>PCD</i>
Établissements ou services assurant l'accueil des personnes ou des familles en difficulté ou en situation de détresse <i>Exemple : centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS)...</i>	PCD (et/ou préfet de région)
Établissements ou services qui assurent l'accueil et l'accompagnement de personnes confrontées à des difficultés spécifiques en vue de favoriser l'adaptation à la vie active et l'aide à l'insertion sociale et professionnelle <i>Exemples : « lits halte soins santé », appartements de coordination thérapeutique...</i>	ARS
Centres de ressources (ou centres d'information et de coordination ou centres prestataires de services de proximité) <i>Exemples : centres locaux d'information et de coordination (CLIC), dispositifs MAIA...</i>	PCD et/ou ARS (et/ou autorité compétente de l'État)
Établissements ou services à caractère expérimental, pouvant être à destination de cinq publics différents (enfance protégée, enfance handicapée, adultes handicapés, personnes âgées, autres adultes)	PCD et/ou ARS (et/ou préfet de région)
Lieux de vie et d'accueil visant, par un accompagnement continu et quotidien, à favoriser l'insertion sociale des personnes accueillies (pour mineurs et majeurs présentant des troubles psychiatriques, des difficultés d'adaptation, en situation de précarité...)	PCD et/ou ARS (et/ou préfet de région)

Source : article L. 313-3 du code de l'action sociale et des familles.

Les enjeux de cette gouvernance complexe sont bien connus et ont systématiquement été rappelés par les interlocuteurs auditionnés. En ce qui concerne les politiques à destination des personnes âgées, le rapport Libault ⁽¹⁾ sur la concertation Grand âge et autonomie soulignait déjà sa complexité :

– **pour les gestionnaires d'établissements et services**, pour lesquels la double tutelle « *subordonne l'allocation de ressources importantes à deux dialogues de gestion, pour des structures majoritairement de petite taille* » ;

– **pour les régulateurs eux-mêmes, au premier rang desquels les ARS**, pour qui « *cette complexité est fortement consommatrice de ressources* », le chevauchement des compétences relatives à l'autorisation, à la tarification et au contrôle financier des établissements et services générant des doublons, en particulier en ce qui concerne les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Lors d'un de leurs déplacements, les acteurs rencontrés par les rapporteurs l'ont exprimé très clairement : la répartition des rôles entre le conseil départemental et l'ARS est source de difficultés quotidiennes, notamment en ce qui concerne les projets de restructuration immobilière, sur lesquels la répartition des financements ne semble claire pour personne. Une directrice d'établissement a résumé la situation en ces termes : « *on fait tout en double* » ; « *on a bien compris que personne n'avait d'argent, mais même quand il n'y a pas besoin d'argent, le fait d'avoir en permanence deux interlocuteurs nous empêche d'avancer* ».

Malgré ce jeu d'acteurs complexe, les ARS ont, en dix ans d'existence, **réussi le pari de constituer des directions et équipes acculturées aux enjeux du secteur médico-social.**

L'IGAS a d'ailleurs souligné, dans un rapport de 2018 intitulé *Pilotage de la transformation de l'offre de soins par les ARS*, que **le secteur d'activité médico-social mobilise aujourd'hui la part la plus importante des effectifs consacrés au pilotage de l'offre dans les ARS, devant le secteur des soins hospitaliers.** Ainsi, le secteur médico-social mobilise en moyenne et de manière stable 35 % de la ressource humaine des ARS dédiée au pilotage de l'offre (**14 % des effectifs totaux**), ce qui le place au premier rang des cinq secteurs comprenant des missions qui concourent au pilotage de l'offre de soins.

Cet investissement des ARS sur le champ médico-social, au moins en matière de ressources humaines, peut s'expliquer à la fois :

- par l'accent mis au niveau national sur ces problématiques ;
- par le grand nombre d'établissements concernés et donc par la multiplication des interlocuteurs pour les ARS ;

(1) Rapport « Grand âge et autonomie », Dominique Libault, mars 2019.

– par l’obligation de contractualisation avec les établissements dans le champ du handicap et dans celui des personnes âgées (puisque des contrats pluriannuels d’objectifs et de moyens ont été rendus obligatoires dans les deux secteurs), cette contractualisation étant fortement consommatrice de ressources humaines.

Cet engagement croissant est bien sûr largement perfectible.

Les fédérations d’établissements médico-sociaux auditionnées par les rapporteurs ont notamment pu déplorer une culture encore trop hospitalière des ARS.

Surtout, dans leur capacité à structurer l’offre médico-sociale, les ARS disposent encore de marges de progression. Ainsi, si elles ont atteint leurs objectifs quantitatifs d’augmentation de l’offre, avec notamment une progression entre 2009 et 2019 de 30 % du nombre de places dans les établissements et services médicalisés à destination des personnes âgées dépendantes (notamment par le biais des procédures d’appel à projets), **la prise en compte qualitative des situations et des besoins reste insuffisante**. La directrice générale de la CNSA a notamment plaidé pour une analyse plus fine des données afin de construire « *une planification plus efficace autour des parcours d’accompagnement des personnes* » lors de son audition.

Malgré ces réserves, **le tournant du médico-social a été bien pris par les ARS**. Les fédérations auditionnées se sont ainsi déclarées plutôt satisfaites de la réactivité des ARS, notamment pendant la crise, ainsi que, plus largement, de leur capacité à structurer l’offre médico-sociale sur le territoire.

Plusieurs interlocuteurs sont allés jusqu’à regretter que le champ d’action des ARS ne s’étende pas à d’autres structures ou services médico-sociaux, en premier lieu à l’aide à domicile. Confirmant cette tendance, Jean-Yves Grall, président du collège des directeurs généraux d’ARS, a témoigné qu’« *il arrive très fréquemment que ce soit vers les ARS que se portent les revendications du secteur des EHPAD en cas de difficultés, ou le secteur de l’aide à domicile qui se tourne vers l’ARS alors même qu’il dépend des conseils départementaux. L’appui de l’ARS au secteur du handicap en lien avec la CNSA peut parfois aller jusqu’à se substituer aux conseils départementaux sur des segments relevant de la compétence de ces derniers : investissements (y compris par mobilisation du FIR), compensations financières pour des difficultés budgétaires manifestement liées à la section tarifaire dépendance.* »

Ces efforts d’acculturation et d’engagement des ARS en faveur du médico-social et du décroisement avec le secteur sanitaire sont donc réels. Ils doivent être approfondis, notamment en faveur des structures pour personnes handicapées, alors que les EHPAD sont de plus en plus une priorité identifiée et pour lesquels le lien avec l’hôpital semble le plus naturel.

b. ARS et médecine de ville : une compétence de mieux en mieux partagée avec l'assurance maladie

Lors de son audition, l'Union nationale des professionnels de santé (UNPS) a considéré que les ARS privilégiaient leurs rapports avec les groupements hospitaliers de territoire (GHT), au détriment des soins de ville. Au cours de la crise, ce tropisme est apparu clairement dans de nombreux territoires, en particulier sur la question de la gestion des masques.

Cet accent mis sur l'hospitalier plutôt que sur l'ambulatoire est une réalité qui ne peut être niée. Le rapport de l'IGAS précité souligne ainsi que le secteur des soins ambulatoires ne représente que **12,2 % en moyenne des effectifs des ARS dédiés à l'offre de soins (5,1 % des effectifs totaux)**, et concède que « *l'héritage des anciennes ARH et DRASS/DDASS pourrait être à l'origine d'une répartition sectorielle des moyens, en particulier humains, réalisée jusque-là au détriment du secteur ambulatoire* ».

Toutefois, le même rapport note que sur la période 2014-2016, les effectifs dédiés au secteur ambulatoire ont augmenté de 2,6 % alors que dans le même temps les effectifs totaux des ARS comme ceux des ressources consacrées à l'offre de soins diminuaient de 4,4 %. Là encore, le constat d'hospitalo-centrisme, bien réel, doit donc être nuancé.

Il faut également rappeler que les ARS n'ont **ni levier matériel, ni magistère moral pour agir sur l'exercice des professionnels de santé libéraux**, et que leur rôle en la matière reste cantonné à un rôle d'animation et de coordination.

Étonnamment, les relations des ARS avec l'assurance maladie ont été peu évoquées lors des auditions, alors que la gestion commune du risque était un axe majeur des deux rapports précités de la Cour des comptes et du Sénat. Le rapport de la Cour des comptes constatait ainsi que les ARS « *ont été créées dans un contexte marqué par une certaine résistance de la part de la Caisse nationale d'assurance maladie, soucieuse non seulement de l'enjeu financier lié à leur fonctionnement, mais aussi de la préservation de ses prérogatives en matière de gestion du risque* ». On peut probablement en déduire une normalisation de ces relations au fur et à mesure des dix dernières années.

Thomas Fatôme, directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM), a ainsi évoqué une relation « *de complémentarité et de subsidiarité* » sur les sujets communs aux deux institutions : la gestion du risque, la démographie des professionnels de santé et l'organisation des soins, en particulier l'exercice coordonné.

En ce qui concerne la gestion du risque, cette coopération a été renforcée avec la création par la loi de modernisation de notre système de santé de janvier 2016 d'un plan pluriannuel régional de gestion du risque établi entre le directeur général de l'ARS et un représentant de l'assurance maladie, déclinaison du plan national de gestion du risque.

Ces relations se sont encore renforcées au cours de la présente crise autour de nouveaux sujets partagés : le *contact tracing*, la mise en place des centres ambulatoires de prise en charge de la covid-19 et évidemment la vaccination.

Toutefois, pour les rapporteurs et au-delà des dispositions réglementaires imposant la signature de conventions quinquennales entre l'assurance maladie et chaque ARS ⁽¹⁾, les modalités de mise en œuvre de cette coopération sur le terrain restent encore insuffisamment claires, *a minima* pour les partenaires extérieurs. On peut notamment penser à l'instruction relative à la mise en œuvre des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) ⁽²⁾, qui fait systématiquement mention du binôme ARS-assurance maladie sans jamais préciser la répartition concrète des rôles entre les deux. Dans la pratique, les relations et les projets portés en commun entre les directions départementales des ARS et les caisses primaires d'assurance maladie restent très dépendants de situations historiques et des relations personnelles entre les deux directeurs.

Cette répartition des tâches peut parfois être source d'inefficience. À titre d'exemple, de nombreux rapports parlementaires ont déjà montré comment, en matière de lutte contre les déserts médicaux, la coexistence d'aides conventionnelles issues de l'assurance maladie et d'aides contractuelles à l'installation sous forme de garanties de revenu gérées par les ARS a pu être inefficace et peu lisible, avec parfois une cartographie des zones sous-denses très différente. Les rapporteurs de l'IGAS auditionnés ont également observé que « *la relation entre les deux institutions était surtout faite d'échanges d'informations et pouvait se traduire dans le cas de dossiers traités en commun par une lourdeur des procédures ou des délais* ».

Comme l'a proposé le directeur général de la CNAM lors de son audition, sur les sujets communs évoqués, et notamment l'exercice coordonné et la démographie des professionnels de santé, la logique de « guichet unique » devrait être privilégiée. Les rapporteurs de l'IGAS ont également souligné que pour assurer une véritable articulation entre les deux institutions, « *il faudrait notamment que les personnels des ARS soient accompagnés et formés à l'accès aux données de santé ou à l'ingénierie de projets* ».

(1) L'article R. 1434-15 du code de la santé publique prévoit ainsi que la convention conclue entre le directeur général de l'agence régionale de santé et le représentant de chacun des régimes d'assurance maladie de la région, détermine, dans le respect de leurs compétences respectives, leurs modalités de collaboration dans les domaines suivants : la prévention et la promotion de la santé ; l'offre sanitaire et médico-sociale ; l'accès à la santé ; la mise en œuvre des parcours de santé ; la mise en œuvre d'expérimentations régionales d'organisation et de financement.

(2) Instruction n° DGOS/DIR/CNAM/2019/218 du 9 octobre 2019 portant dispositions et modalités d'accompagnement à proposer aux porteurs de projets des communautés professionnelles territoriales de santé.

Les unions régionales des professionnels de santé, interlocuteur privilégié des ARS

Avant la loi HPST, parmi les professionnels de santé exerçant à titre libéral, seuls les médecins étaient représentés au sein de structures régionales, les unions régionales des médecins libéraux (URML).

La loi HPST a donc instauré pour chaque profession de santé des unions régionales des professionnels de santé exerçant à titre libéral (URPS) qui regroupent les représentants des professionnels de santé ayant vocation à dialoguer avec les ARS.

Les URPS sont régies par la loi du 1^{er} juillet 1901 et leurs membres sont élus par des professionnels de santé exerçant à titre libéral et dans le régime conventionnel.

La loi leur donne pour mission de contribuer à l'organisation et à l'évolution de l'offre de santé au niveau régional, notamment à la préparation du projet régional de santé et à sa mise en œuvre, et d'assumer les missions que peuvent leur confier les conventions nationales organisant les rapports des professionnels de santé avec les organismes d'assurance maladie. Elle donne également aux URPS la possibilité d'assurer, dans les domaines de compétences de l'ARS, des missions particulières impliquant les professionnels de santé libéraux, sur la base de contrats conclus avec l'ARS.

2. La promotion de la santé : un investissement encore faible, une territorialisation insatisfaisante

Les ARS se sont emparées de leurs missions en matière de promotion de la santé, notamment en finançant des projets spécifiques, par le biais du FIR et en collaboration avec les CPAM, les associations et les professionnels de santé sur le territoire.

Comme l'a souligné Dominique Voynet, directrice générale de l'ARS de Mayotte, lors de son audition, la prévention reste toutefois le « *parent pauvre* » en ARS – comme elle l'est d'ailleurs au niveau national.

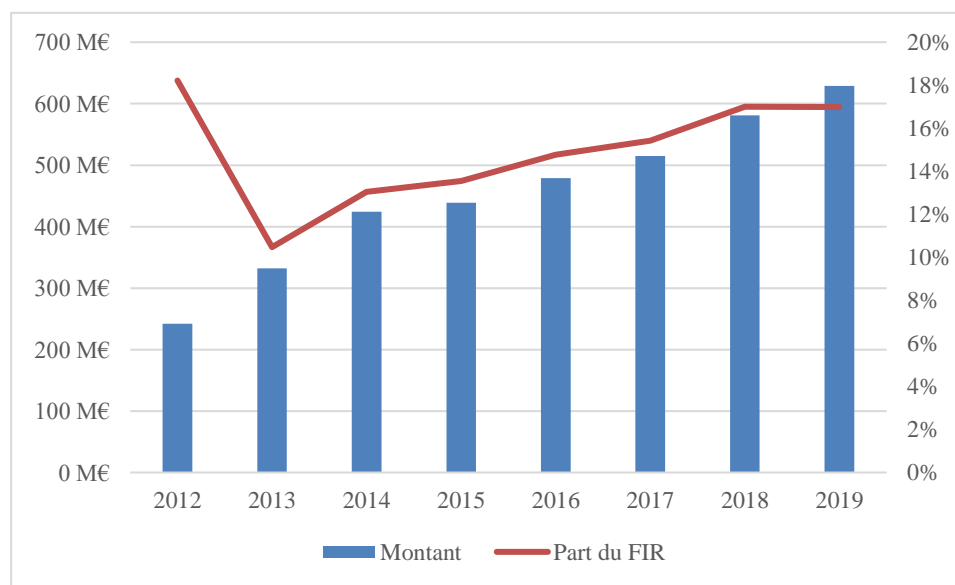
Ce constat est d'ailleurs partagé par un grand nombre des personnes auditionnées, y compris le représentant de l'association des maires de France (AMF), Frédéric Chéreau, qui considère que « *la prévention, la santé environnementale et l'éducation en santé sont la cinquième roue du carrosse* » de l'action des ARS.

La part des agents affectés à ces missions de prévention et de promotion de la santé publique ne représente aujourd'hui que **4,4 % des effectifs totaux des ARS** ⁽¹⁾. Cette proportion est stable depuis 2012.

Parallèlement, malgré le mécanisme de la fongibilité asymétrique des crédits en faveur de la prévention, la « promotion de la santé et la prévention des maladies, des traumatismes, du handicap et de la perte d'autonomie », première mission du fonds d'intervention régional, ne représente que 17 % de ses crédits en 2019, soit environ 629 millions d'euros.

(1) Données transmises à la mission par le secrétariat général des ministères sociaux.

**MONTANT ET PART DES DÉPENSES DU FIR CONSACRÉES À LA MISSION
« PROMOTION DE LA SANTÉ ET DE PRÉVENTION » (2012-2019)**



Source : commission des affaires sociales, d'après les données des rapports annuel du FIR.

Le fonds d'intervention régional (FIR)

Institué par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 et prévu par l'article L. 1435-8 du code de la santé publique, le FIR répond à l'objectif de doter les ARS d'un instrument financier d'intervention pour favoriser, aux termes de la loi, « *des actions, des expérimentations et, le cas échéant, des structures concourant à cinq types de missions* » différentes. Ces cinq missions sont :

- la promotion de la santé et la prévention des maladies, des traumatismes, du handicap et de la perte d'autonomie ;
- l'organisation et la promotion de parcours de santé coordonnés ainsi que la qualité et la sécurité de l'offre sanitaire et médico-sociale ;
- la permanence des soins et la répartition des professionnels et des structures de santé sur le territoire ;
- l'efficacité des structures sanitaires et médico-sociales et l'amélioration des conditions de travail de leurs personnels ;
- le développement de la démocratie sanitaire.

Les crédits du FIR, qui constituent depuis 2014 un sous-objectif de l'ONDAM, sont issus de différentes enveloppes auparavant cloisonnées, abondées essentiellement par l'assurance maladie.

Ils sont laissés à la libre appréciation des ARS, sous réserve du principe de fongibilité asymétrique qui protège les crédits relatifs à la promotion de la santé, à la prévention et à la prise en charge des personnes âgées et handicapées.

Les directeurs généraux des ARS ultramarines ont par ailleurs déploré en audition l'insuffisante territorialisation des campagnes de prévention menées par Santé publique France, allant jusqu'à évoquer « *un mur d'incompréhension* », donnant ainsi l'exemple de campagnes en faveur de la vaccination antigrippale avec

le slogan « *l'hiver approche, faites-vous vacciner* » aux Antilles, de campagnes de prévention de la consommation d'alcool pendant la grossesse mal adaptées à la population de Mayotte ou encore de messages contreproductifs à la radio publique en Guyane (« *Lorsque la métropole était au stade 3 de l'épidémie, il était diffusé sur Radio France un message disant de ne pas appeler le Samu en cas de symptômes covid, alors que la Guyane était au stade 1 et qu'il fallait au contraire appeler le Samu en cas de symptômes* », a ainsi témoigné Clara de Bort, directrice générale de l'ARS de Guyane).

France Assos Santé a également souligné que les politiques de prévention menées par l'ARS sont insuffisamment coordonnées avec les collectivités locales et les acteurs sectoriels.

3. La sécurité sanitaire, compétence régalienne des ARS ?

La sécurité sanitaire peut être définie comme la protection contre les risques liés au fonctionnement du système de santé, et inclut également la protection contre les risques sanitaires dans les domaines de l'alimentation et de l'environnement. Elle comporte à la fois une dimension de veille sanitaire, une dimension de contrôles et une dimension de gestion de crises.

Le rattachement de la veille et de la sécurité sanitaire n'apparaissait pas comme une évidence au moment de la création des ARS. Aurélien Rousseau, directeur général de l'ARS d'Île-de-France, a qualifié lors de son audition ces compétences de « *zone grise des derniers arbitrages de la loi HPST* ».

Répartition des compétences en matière de veille et de sécurité sanitaire avant la création des ARS

Au sein de multiples activités de veille et de sécurité sanitaire, on pouvait distinguer avant la création des ARS quatre fonctions principales :

- le contrôle des établissements de santé et médico-sociaux, assuré par les DDASS et les DRASS sous l'autorité du préfet, sauf pour les établissements de santé, pour lesquels les ARH étaient responsables de la sécurité sanitaire ;
- la police sanitaire, notamment le contrôle des eaux, assuré par les DDASS sous l'autorité des préfets ;
- la veille sanitaire et l'observation de la santé humaine, assurée par les DRASS, avec l'appui des cellules interrégionales d'épidémiologie de l'InVS ;
- la gestion des crises sanitaires, assurée par le préfet de département, ou le préfet de zone de défense, avec l'appui des DDASS, des DRASS, des cellules interrégionales et régionales d'épidémiologie (CIRE) et de l'ARH.

Ce rattachement aux ARS plutôt qu'aux services déconcentrés de l'État comme c'était le cas avant 2010 est toutefois apparu comme le moyen de **donner une véritable place aux problématiques de prévention au sens large au sein des**

politiques de santé publique, et de faire **primer le prisme de la santé publique** dans les décisions prises par la puissance publique sur les territoires.

Il faut par ailleurs souligner que ce choix a également été effectué dans un contexte budgétaire contraint, dans lequel les effectifs, notamment des DRASS et des DDASS, étaient en forte diminution. Le rapport Ritter souligne ainsi la nécessité de « *mutualiser au maximum, compte tenu des effectifs réduits, les compétences et les ressources* » et « *de regrouper sous la même autorité l'ensemble des services destinés à la veille, aux contrôles sanitaires et à la protection des populations, notamment pour assurer un recrutement attractif et une spécialisation des professionnels, préférable au niveau régional* ».

Si les ARS se sont emparées de ces compétences, celles-ci semblent toutefois encore trop marginalisées. **Paradoxalement, elles représentent pourtant, aujourd'hui, près d'un quart des effectifs des ARS** (23,4 % des effectifs en 2018).

a. L'organisation régionale de la veille sanitaire : la question de l'articulation avec Santé publique France

Les ARS comptent parmi leurs missions la veille sanitaire, et en particulier « *le recueil, la transmission et le traitement des signalements d'événements sanitaires* ». Cette mission est principalement exercée par le biais des cellules de veille, d'alerte et de gestion sanitaire (CVAGS), responsables du traitement des signaux sanitaires. Parallèlement, les ARS sont également responsables du pilotage régional des vigilances sanitaires et de l'animation des centres régionaux compétents (centres régionaux de pharmacovigilance, centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance, coordonnateurs régionaux d'hémovigilance, etc.).

Dans le domaine de la veille sanitaire, les ARS disposent de l'appui des observatoires régionaux de la santé, mais également des cellules d'intervention en région (CIRE) de Santé publique France (anciennes cellules interrégionales d'épidémiologie de l'InVS).

Prévues par l'article L. 1413-2 du code de la santé publique, les CIRE sont aujourd'hui au nombre de douze en métropole et de quatre en outre-mer, et comptent entre cinq et dix personnes. Elles sont placées auprès du directeur général de l'ARS mais restent sous l'autorité de Santé publique France, qui conclut avec chaque ARS des conventions visant à la mise en œuvre de ses missions et précisant les modalités de fonctionnement des cellules d'intervention en région.

Lors de la création de Santé publique France, la question du maintien de ces cellules sous l'autorité de l'agence ou de leur fusion avec les cellules de veille, d'alerte et de gestion sanitaire (CVAGS) des ARS s'est posée. La fusion des cellules régionales aurait en effet eu l'avantage de la clarté institutionnelle. Les directrices générales des ARS de la Réunion et de Mayotte ont ainsi regretté cette « *double chaîne de commandement* » et les difficultés de cette cohabitation.

Toutefois, cette fusion posait de nombreuses questions, énumérées dans un rapport de l'IGAS ⁽¹⁾ : « *une agence nationale peut-elle réellement coordonner scientifiquement des services d'ARS, les animer à un rythme aussi soutenu qu'au sein de l'actuel réseau des CIRE et garantir la maintenance de leurs compétences ? Les ARS ont-elles vocation à exercer des missions de surveillance ou d'études scientifiques ? L'intégration de personnels scientifiques au sein de l'ARS peut-elle être attractive ? Les modalités d'exercice actuelles de la tutelle sur les ARS permettent-elles de s'assurer que leurs nouvelles missions seront efficacement accomplies ?* ».

Lors de son audition, Santé publique France s'est prononcée contre une telle fusion, soulignant que les cellules régionales représentent « *la colonne vertébrale de la veille et de la surveillance nationale* » ainsi que l'importance de disposer d'une méthodologie scientifique commune sur l'ensemble du territoire. Jean-Jacques Coiplot, directeur général de l'ARS des Pays de la Loire, coordonnant la position des directeurs généraux sur les sujets de santé publique, a lui aussi souligné l'apport précieux en terme de méthodologie de ces antennes autonomes. Le Syndicat des pharmaciens inspecteurs de santé publique (SPHISP - UNSA) a également souligné l'expertise unique des cellules régionales en termes de méthodologie épidémiologique, et s'est prononcé contre leur intégration aux ARS, qui pourrait mettre en péril leurs effectifs.

RÔLE DES ARS ET DES CIRE EN MATIÈRE DE VEILLE SANITAIRE

Rôle de l'ARS (CVAGS)	Rôle de Santé publique France (CIRE)
Réception et validation de tous les signaux sanitaires survenant dans la région, y compris les maladies à déclaration obligatoire et les signaux issus des différents systèmes de surveillance	Contribution, en appui de l'ARS, à l'organisation du recueil des signaux
Organisation de l'évaluation et de l'investigation des signaux	Transmission des définitions de cas actualisées à l'ARS
Gestion des signalements à impact sanitaire	Évaluation des signaux pouvant représenter une menace grave ou de portée nationale, notamment des signaux inhabituels ou inattendus et des émergences
Transmission des signaux sanitaires qui le nécessitent au ministère chargé de la santé	Analyse régionale des données issues des systèmes de veille et de surveillance régionalisés de Santé publique France et transmission à l'ARS des alertes qui en sont issues
Promotion de la déclaration auprès des professionnels de santé	Préparation et mise à disposition de l'ARS des outils d'investigation des signaux et d'analyse des risques relevant d'une procédure ou d'une instruction
	Conduite d'enquêtes épidémiologiques sur le fondement de protocoles scientifiquement validés
	Animation des réseaux partenaires de Santé publique France, membres du réseau national
	Rétro-information et coordination de la diffusion des études et travaux aux partenaires et publics cibles

(1) *Perspectives d'organisation territoriale pour le nouvel Institut de santé publique*, Anne Burstin, Marie Daudé, Stéphane Paul, avril 2015.

b. La sécurité sanitaire : un caractère profondément régalien, des missions marginalisées

Le caractère profondément régalien des missions de sécurité sanitaire justifie que la plupart de ces missions soient effectuées pour le compte du représentant de l'État dans le département.

Le rapport de l'IGAS de 2011 relatif à la mise en œuvre des compétences santé environnement par les ARS décrit ainsi « *une situation dans laquelle le préfet détient l'essentiel des pouvoirs finaux de décision et les responsabilités afférentes, mais n'a pas d'autorité sur les services de mise en œuvre* ».

Cet enchevêtrement est explicité au sein du code de la santé publique, qui prévoit que le représentant de l'État territorialement compétent dispose :

– à tout moment des moyens de l'ARS « *pour l'exercice de ses compétences dans les domaines sanitaires et de la salubrité et de l'hygiène publiques* » (article L. 1435-1) ;

– « *en tant que de besoin, pour l'exercice de ses compétences, des services de l'agence régionale de santé chargés de missions d'inspection* » (article L. 1435-7).

L'ARS « *fournit aux autorités compétentes les avis sanitaires nécessaires à l'élaboration des plans et programmes ou de toute décision impliquant une évaluation des effets sur la santé humaine* ».

Ce caractère d'appui technique au préfet explique probablement en partie que les directeurs généraux d'ARS se soient souvent éloignés de ces sujets, n'étant pas, comme l'a souligné Aurélien Rousseau, directeur général de l'ARS d'Île-de-France, « *ceux qui signent in fine les parapheurs* ».

Cette marginalisation semble toutefois s'être aggravée au fil du temps, et toucher l'ensemble des activités de sécurité sanitaire, même celles relevant directement de l'ARS.

Si ces activités de veille et de sécurité sanitaire des ARS sont relativement méconnues du grand public et même des élus locaux, les rapporteurs ont ainsi été frappés, lors de leurs auditions, par le **mal-être et l'inquiétude exprimés par les métiers de l'inspection en ARS, et en particulier par les spécialistes de la santé publique et de la santé environnementale**. Ce sentiment a été nuancé par les acteurs rencontrés sur le terrain, bien que ces derniers aient admis ressentir une reconnaissance professionnelle davantage « externe » qu'« interne » à leur agence.

La MECSS du Sénat dénonçait déjà l'affaiblissement des contrôles et des inspections réalisés par les ARS, alertée par les personnes auditionnées ainsi que par un référé de mars 2013 sur les relations entre l'État et l'ordre des pharmaciens

dans lequel la Cour des comptes évoquait « *un affaiblissement préoccupant* » des contrôles.

Au vu des témoignages recueillis par les rapporteurs, la situation n'a fait qu'empirer depuis.

Le Syndicat des pharmaciens inspecteurs de santé publique a ainsi dénoncé une « *diminution très inquiétante des inspections et contrôles* » effectués par les ARS, ainsi que les difficultés rencontrées par les inspecteurs et les contrôleurs pour exercer ces fonctions. Il a également souligné que la part de l'activité consacrée par un pharmacien inspecteur de santé publique à l'inspection-contrôle est passée de 79 % en 2007 à 28 % en 2018. Surtout, il a évoqué un sentiment de déqualification, de déclassement et de dépossession des professionnels de la santé publique en ARS, auxquels on demanderait « *de s'éloigner de leur cœur de métier en les transformant par exemple en "technicien du contrat" ou en "contrôleur de gestion"* », et a évoqué « *un vrai gâchis de cette ressource technique qui est rare* ». D'autres professionnels interrogés par les rapporteurs ont également regretté cette perte de compétences techniques, en partie due à l'externalisation de plus en plus importante de certaines missions, notamment de prélèvements et d'inspection de terrain.

Le Syndicat des médecins inspecteurs de santé publique a lui aussi regretté une chute du nombre de médecins inspecteurs de santé publique, que montre clairement le tableau ci-dessous, et leur marginalisation au sein des ARS.

EFFECTIFS D'AGENTS PUBLICS PAR CORPS D'INSPECTION ⁽¹⁾

Catégorie	Corps	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2019/2014
A	Inspecteurs de l'action sanitaire et sociale	944	916	891	848	791	768	- 19%
	Ingénieurs d'études sanitaires	315	318	298	300	285	287	- 9%
	Ingénieurs du génie sanitaire	206	195	191	187	190	197	- 4%
	Médecins inspecteurs de santé publique	297	270	254	237	221	205	- 31%
	Pharmaciens inspecteurs de santé publique	137	139	132	132	130	131	- 4%
B	Techniciens sanitaires	656	651	659	666	673	643	- 2%

Source : Bilan social du réseau des ARS, DRH-SGMCAS, transmis par le secrétariat général du ministère aux rapporteurs.

Le Conseil national de l'ordre des pharmaciens a quant à lui déploré dans une contribution transmise aux rapporteurs « *un nombre moindre d'inspections et*

(1) Il convient de noter que depuis 2011, des agents désignés inspecteurs ou contrôleurs par le directeur général de l'ARS à l'issue d'une formation validée organisée par l'EHESP peuvent également effectuer des missions d'inspection. En effet, le décret n° 2011-70 du 19 janvier 2011 fixant les conditions de désignation des inspecteurs et contrôleurs des agences régionales de santé et relatif au contrôle des établissements et services médico-sociaux et de certains lieux de vie et d'accueil permet de donner compétence à des agents d'autres statuts que ceux des corps de contrôle statutaires. Selon les informations transmises par le secrétariat général des ministères sociaux aux rapporteurs, « ce dispositif de formation, qui a mobilisé des ressources financières au niveau national et régional, a permis de former et de mettre à disposition des ARS des compétences d'inspection et de contrôle importantes, en complément des ressources fournies par les six corps statutaires. Toutefois, il convient de souligner qu'au-delà du nombre des effecteurs d'inspections en ARS (corps statutaire et ICARS), ces derniers sont généralement dotés d'un portefeuille de missions de plus en plus large au sein de directions métiers ou en délégations départementales. »

de contrôles réalisés sur le terrain que par le passé, tant au niveau des structures pharmaceutiques que de structures autres dans lesquelles serait suspecté un exercice illégal de la pharmacie ou de la biologie médicale ».

Après plus d'un an de crise sanitaire, **cette marginalisation des compétences techniques et des corps d'inspection en ARS ne peut qu'inquiéter.**

Interrogé par les rapporteurs à ce sujet, le secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales a confirmé « *l'observation tendancielle d'une diminution des activités d'inspection-contrôle dans la plupart des domaines de compétences des ARS, corrélée à une diminution des effectifs* ». Il a toutefois souligné que les membres des corps de contrôle occupent une place importante dans les organes dirigeants des ARS (cf. annexe) et que d'importants travaux ont d'ores et déjà été engagés afin de permettre une meilleure structuration de cette fonction au sein des ARS, *via* notamment la mise en œuvre de « repères d'organisation et de fonctionnement de l'inspection-contrôle » afin de mieux accompagner les directeurs généraux d'ARS.

c. L'exemple éclairant de la santé environnementale, à la frontière entre veille et sécurité sanitaire et promotion de la santé

Si le rattachement de l'ensemble de ces compétences de sécurité sanitaire aux ARS n'allait donc pas forcément de soi, c'est en particulier le cas des problématiques de santé environnementale.

Le rapport de l'IGAS de 2011 relatif à la mise en œuvre par les ARS des compétences santé-environnement rappelle ainsi que l'inclusion des problématiques de santé environnement au sein des ARS n'est pas apparue comme une évidence, et que la santé environnementale aurait également pu être maintenue sous l'autorité préfectorale, du fait de ses liens étroits avec les enjeux d'ordre public, de son caractère profondément interministériel et de la nécessité de contacts rapprochés avec les collectivités locales.

Les compétences des ARS en matière de santé environnementale sont probablement celles qui les conduisent à agir de la manière la plus transversale, car elles portent sur des politiques publiques très diverses (aménagement du territoire ; urbanisme ; pollutions industrielle ou agricole).

Si cette mission n'est pas explicitement mentionnée dans les compétences des ARS autrement que par le prisme de la veille et de la sécurité sanitaires et de l'hygiène, en 2011, plus de cent cinq articles législatifs et réglementaires concernaient les compétences des ARS en matière de santé environnementale⁽¹⁾.

La majeure partie de ces compétences sont liées :

(1) *Instruction N° DGS/EA/2011/406 du 26 octobre 2011 relative aux missions des Agences Régionales de Santé (ARS) dans le domaine de la santé environnementale.*

- à la **gestion des eaux** (gestion et suivi des contrôles de l'eau destinée à la consommation humaine et des eaux de baignade) ;
- à l'**habitat** (habitat insalubre, saturnisme, monoxyde de carbone, radon et amiante) ;
- à la **lutte anti-vectorielle** ;
- à l'**environnement extérieur** (qualité de l'air, pesticides).

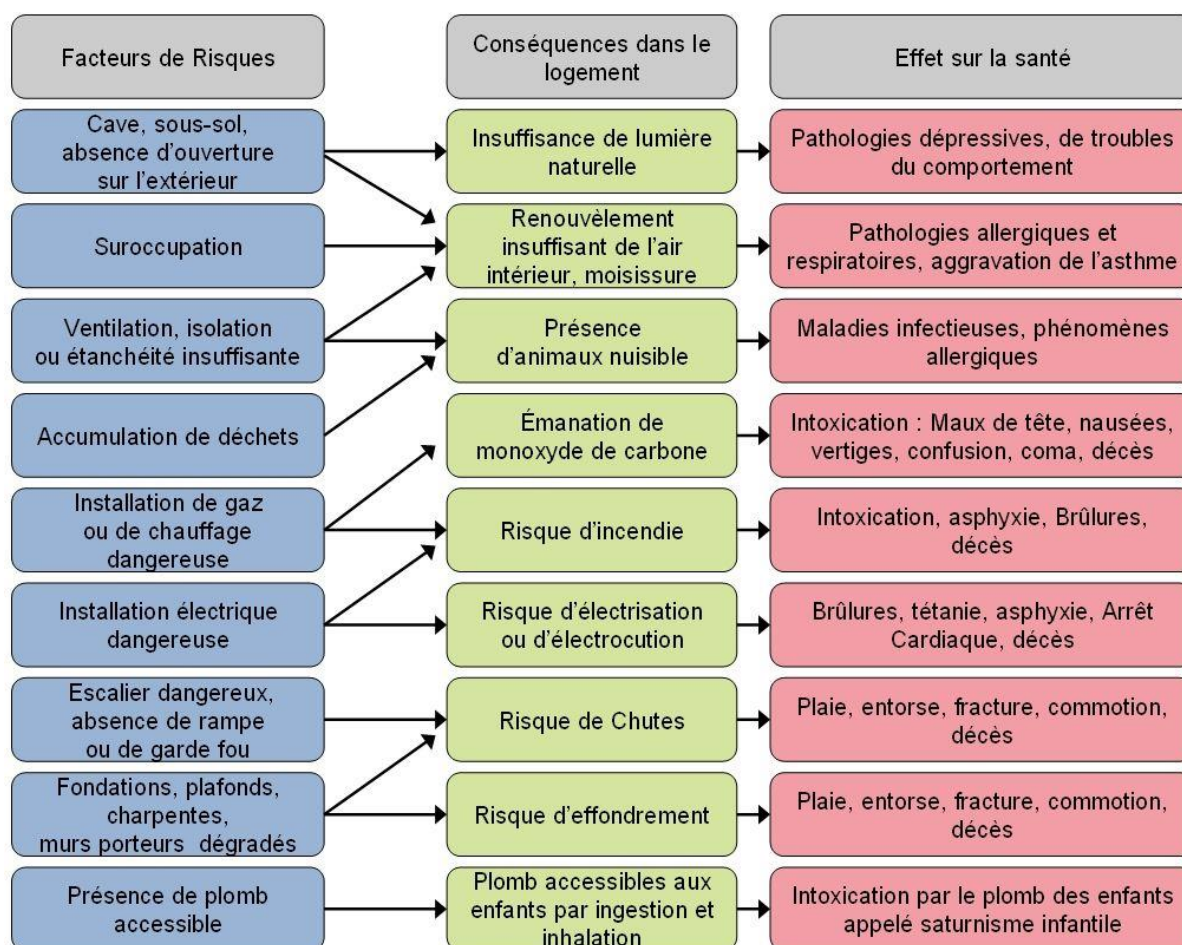
Ces compétences sont essentiellement des compétences techniques et de mise en œuvre pour le compte du préfet, comme le montre à travers quelques exemples (parmi les plus simples...) le rapport de l'IGAS précité :

« Le contrôle sanitaire des eaux destinées à la consommation humaine est, aux termes de l'article L. 1321-5 du code de la santé publique (CSP), une compétence de l'État, dont l'organisation est confiée au directeur général de l'ARS. L'ARS est responsable de l'inspection des installations, du contrôle des mesures de sécurité sanitaire mises en œuvre comme de la réalisation d'un programme d'analyses de la qualité de l'eau. C'est cependant à l'autorisation du préfet qu'est soumise l'utilisation de l'eau en vue de la consommation humaine pour la production, la distribution et le conditionnement (article L. 1321-7 CSP notamment). La décision préfectorale repose intégralement sur le travail de l'agence régionale de santé, celle-ci ayant l'obligation de transmettre au préfet de département les données portant sur la qualité de l'eau (art. L. 1321-9 CSP), de désigner pour l'étude du dossier l'hydrogéologue agréé en matière d'hygiène publique (art. R. 1321-6 CSP), d'établir à l'attention du préfet un rapport de synthèse (art. R. 1321-7 CSP), et de faire effectuer des analyses de vérification de la qualité de l'eau produite avant la mise en service de l'installation (art. R. 1321-10 CSP).»

Parallèlement, par le biais de la procédure des avis sanitaires, les ARS sont sollicitées afin de donner leur avis sur de nombreux projets (industriels, agricoles, d'aménagement ou d'urbanisme ou encore de dépollution de sites et sols pollués).

Si elle n'est pas tout de suite apparue comme une évidence, l'intégration de la santé environnementale au sein des missions des ARS est porteuse de nombreuses potentialités. Elle permet de travailler sur l'ensemble des facteurs de santé et de donner la priorité à la santé publique sur les autres enjeux (économiques par exemple). Elle pourrait – et devrait – permettre un véritable décloisonnement de ces problématiques et de faire prévaloir le point de vue sanitaire en matière d'enjeux environnementaux.

UN EXEMPLE DE DÉTERMINANT DE SANTÉ : LA QUALITÉ DE L'HABITAT



Source : ARS d'Île-de-France.

Toutefois, les ARS ne parviennent pas à faire de la santé environnementale le pilier de leur politique de prévention et de promotion de la santé qu'elle devrait incarner – rappelons que selon l'Organisation mondiale de la santé, 23 % des décès et 25 % des pathologies chroniques dans le monde peuvent être attribués à des facteurs environnementaux et comportementaux.

Lors de son audition, le Syndicat national des professionnels de santé environnementale a dressé un constat sans appel sur la place dévolue à la santé environnementale en ARS. Cette place apparaît minime en dehors des missions effectuées pour le compte du préfet, et qui ne laissent que très peu de place à des politiques de santé environnementale qui pourraient être pensées au niveau régional, dans un contexte de moyens restreints.

Le rapport de l'IGAS précité avait déjà souligné ce risque majeur en 2011 : « dans un contexte de déséquilibres missions/moyens qui n'épargnent pas les obligations réglementaires, il est à craindre que des missions de moindre ancrage dans les textes soient particulièrement vulnérables ».

Un récent rapport du Sénat confirme que la situation n'a fait que s'aggraver depuis ⁽¹⁾. Il souligne que « *les représentants des sociétés savantes entendus par les rapporteurs – société française de santé publique et société francophone de santé et environnement – ont appelé à un rééquilibrage nécessaire, au niveau des ARS comme de leur ministère de tutelle, focalisés sur le soin, en faveur de la prévention primaire et de la santé publique. Cet enjeu pose évidemment la question des moyens dont disposent les ARS pour conjuguer leurs missions régaliennes en santé-environnement, liées aux contrôles et à la réglementation, qui restent essentielles, et les besoins d'information du public, d'expertise et d'animation territoriale. Il impose également un changement de logiciel qu'un portage politique fort au niveau national permettrait d'impulser de manière plus homogène sur le territoire* ».

4. Le cas particulier du rôle des ARS dans la gestion des crises sanitaires : de la théorie à la pratique

Tout comme les autres aspects de la sécurité sanitaire, les compétences des ARS en matière de gestion des crises sanitaires restent étroitement imbriquées avec celles des préfets.

(1) Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales du Sénat par M. Bernard Jomier et Mme Florence Lassarade sur les orientations et la gouvernance de la politique de santé environnementale, mars 2021.

Organisation de crise des ARS

L'instruction du 27 juin 2013 relative à l'organisation territoriale de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles détaille les trois niveaux de gestion de crise sanitaire pour les ARS.

Le niveau 1 correspond à la veille et à la gestion des alertes sanitaires. Il est assuré par le CVAGS.

Le niveau 2 est mis en œuvre pour le suivi spécifique d'un événement sanitaire. Il s'appuie sur une plateforme de veille et d'urgence sanitaire (PVUS), renforcée par des personnels des différentes directions de l'ARS, selon les besoins identifiés.

Le niveau 3 correspond aux situations de crise, et implique l'activation d'une cellule régionale d'appui et de pilotage sanitaire (CRAPS).

Des dispositions similaires sont prévues au niveau des ARS de zone.

Exemple de la crise de la covid-19 en Normandie et en Pays de la Loire

L'ARS de Normandie a activé le 23 janvier 2020 la PVUS pour assurer la gestion des cas possibles ou confirmés dans la région et planifier l'organisation et la montée en puissance du système de santé dans le cadre de l'émergence de la covid-19. La PVUS est devenu CRAPS au moment du premier cas normand le 28 février. Elle a formalisé le 9 mars son passage en plan de continuité de l'activité.

En Pays de la Loire, un suivi a été mis en place dès janvier 2020 au sein de la cellule de veille et d'alerte et de la cellule préparation et gestion de crise, comme pour d'autres signaux de veille sanitaire. La première CRAPS a été activée le 27 février face à l'augmentation significative du nombre de cas possibles dans la région.

Comme le suggérait le rapport Ritter, qui soulignait la nécessité de « *permettre aux préfets d'assurer pleinement et efficacement leurs responsabilités en matière de préparation et de gestion de crise* » et d'éviter que la « *cinétique rapide* » de la sécurité sanitaire « *ne préempte l'attention et les efforts des ARS au détriment de leur vocation prioritaire – la gestion des politiques de santé et de l'offre de soins – dont la cinétique est plus lente* », le code de la santé publique confère explicitement au préfet un rôle exclusif en matière de gestion de crise.

L'article L. 1431-2 du code de la santé publique dispose ainsi que les ARS **contribuent**, « *dans le respect des attributions du représentant de l'État territorialement compétent* », à **l'organisation de la réponse aux urgences sanitaires et à la gestion des situations de crise sanitaire**.

Surtout, le code de la santé publique prévoit que les **services de l'ARS sont placés pour emploi sous l'autorité du préfet lorsqu'un événement porteur d'un risque sanitaire peut constituer un trouble à l'ordre public** (article L. 1435-1). La même disposition est prévue par l'article L. 1435-2 au niveau zonal.

Les protocoles définis entre l'ARS et, d'une part le niveau départemental et, d'autre part, le niveau zonal doivent préciser les modalités de participation de l'ARS au centre opérationnel départemental et au centre opérationnel zonal renforcé.

Un exemple précis : le rôle du préfet dans le plan « pandémie grippale »

Le plan pandémie grippale de 2011 fait très clairement du préfet le gestionnaire de la crise en cas de pandémie grippale :

– les **préfets de zone** « coordonnent les mesures et sont les interlocuteurs privilégiés de la cellule interministérielle de crise (CIC) », « assurent la synthèse des informations venant des départements et la transmettent au centre de crise sanitaire du ministère de la santé et à la CIC ou, si elle n'est pas activée, au centre opérationnel de gestion interministérielle de crise (COGIC) ». Ils s'appuient pour cela sur les données épidémiologiques transmises par les ARS de zone ;

– les **préfets de département** « peuvent mettre en œuvre les plans blancs élargis », « veillent au recensement de locaux pouvant être réquisitionnés pour servir de structures intermédiaires d'accueil de malades qui seraient isolés s'ils demeuraient à domicile, mais dont l'état ne justifierait pas une prise en charge hospitalière, [s'assurant] de pouvoir en disposer et les équiper rapidement », ou encore « organisent l'emploi du corps de réserve sanitaire ».

Toutefois, comme le souligne le rapport du général Lizurey sur la gestion de la première vague de la crise sanitaire de la covid-19, les dispositions de l'article L. 1435-1 n'ont pas été déclenchées au cours de la présente crise sanitaire.

Cette situation a en particulier été dénoncée par les représentants des associations des maires et des maires ruraux de France. Dominique Dhumeaux, maire de Fercé-sur-Sarthe, a ainsi regretté que les ARS ne soient pas placées sous l'autorité des préfets, afin d'éviter « *une certaine cacophonie* » au début de la crise.

Pourquoi ces dispositions n'ont-elles pas été appliquées, alors même que la présente crise constituait une menace pour l'ordre public au moins aussi importante que les situations mentionnées dans le plan « pandémie grippale » ?

Lors de son audition, Stéphane Bouillon, secrétaire général de la défense et de la sécurité nationale (SGDSN) a mis en avant deux éléments de réponse.

Tout d'abord, les sujets d'ordre public *stricto sensu* n'ont pas pris d'ampleur au début de la crise : la crise de la covid-19 est en premier lieu apparue comme une crise exclusivement sanitaire, voire exclusivement hospitalière, comme le souligne le rapport Lizurey : « *le risque premier étant davantage un risque de débordement du système hospitalier qu'un risque d'ordre public* ». En effet, comme l'a souligné le secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales dans une réponse aux rapporteurs, « *si l'ordre public comprend une dimension sanitaire, la notion d'"événement porteur d'un risque sanitaire" pouvant "constituer un trouble à l'ordre public", qui est susceptible de justifier le placement pour emploi des services des ARS sous l'autorité du représentant de l'État et sur laquelle les travaux parlementaires sont silencieux, ne s'applique pas de manière évidente à une crise telle que celle de l'épidémie de covid-19* ».

Un élément de légitimité peut également être mentionné : depuis 2009 les préfets ne connaissent plus que très marginalement les interlocuteurs hospitaliers et médicaux. Le rôle important des directeurs généraux d'ARS et la taille de ces dernières ont sans aucun doute renforcé cette impression selon laquelle les préfets auraient manqué de légitimité pour prendre complètement la main sur la gestion de la crise.

Enfin, pour le secrétariat général du ministère des affaires sociales, l'adoption de dispositions dédiées à la présente crise dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire écartait d'office l'utilisation de ces différentes dispositions : « À considérer même que les dispositions de droit commun de l'article L. 1435-1 du code de la santé publique aient pu être regardées comme applicables à une telle crise, les régimes d'exception voulus par le législateur pour organiser sa gestion, qu'il s'agisse tant de l'état d'urgence sanitaire que du régime de sortie (loi du 9 juillet 2020) et qui prévalaient nécessairement pendant toute leur durée d'application sur les règles générales du code de la santé publique, postulaient l'absence de confusion des services des deux autorités dans la prise des décisions ».

La crise sanitaire actuelle invite toutefois à interroger la pertinence de la rédaction de l'article L. 1435-1 du code de la santé publique, et plus généralement de la gouvernance territoriale en cas de crise sanitaire.

Cette situation a en effet pu conduire à un manque de lisibilité dommageable et à l'existence d'une « **double chaîne de commandement** », comme le souligne le rapport d'enquête de l'Assemblée nationale sur l'impact, la gestion et les conséquences dans toutes ses dimensions de l'épidémie de Coronavirus-Covid 19 ⁽¹⁾.

La commission d'enquête du Sénat sur la gestion de la crise a conclu que le cadre juridique de cette relation préfet – ARS souffrait moins d'un manque de clarté ou d'une ambiguïté que d'un défaut de connaissance, d'appropriation et de planification : « *les protocoles consultés par la commission d'enquête montrent que les cosignataires, préfets et directeurs généraux d'ARS, sont conscients que les services de l'ARS peuvent être placés pour emploi sous l'autorité du préfet, mais ne consacrent pas à cette éventualité un réel effort de planification* » ⁽²⁾.

Le SGDSN a quant à lui invité à une clarification de ces dispositions lors de son audition, le terme « *contribuant* » ainsi que le risque de trouble à l'ordre public apparaissant trop imprécis, et suggérant que les crises à caractère majoritairement sanitaire, à l'image des pandémies, soient directement gérées par les ARS.

(1) Rapport d'information de M. Éric Ciotti fait au nom de la mission d'information sur l'impact, la gestion et les conséquences dans toutes ses dimensions de l'épidémie de Coronavirus-Covid 19, 2 décembre 2020.

(2) Santé publique : pour un nouveau départ - Leçons de l'épidémie de covid-19 - Rapport de Mme Catherine Deroche, M. Bernard Jomier et Mme Sylvie Vermeillet, fait au nom de la commission d'enquête sur l'évaluation des politiques publiques face aux pandémies, déposé le 8 décembre 2020

Une telle hypothèse impliquerait que les ARS soient adaptées à la gestion de crise, ce qui ne semble actuellement pas pleinement le cas : à ce stade, les ARS ne sont pas conçues pour cette mission du fait de leur structuration, de la formation des agents à la gestion de crise et de leurs compétences logistiques.

II. DES AGENCES ÉLOIGNÉES DES TERRITOIRES

Le gigantisme des ARS n'est pas seulement lié à l'étendue de leurs missions. Il est également lié à l'étendue de leur périmètre géographique, qui a distendu leurs relations avec les acteurs du terrain.

Ce sentiment d'éloignement a été omniprésent au cours des travaux menés par les rapporteurs, à l'exception des auditions des directeurs généraux des ARS ultramarines, qui se vivent aujourd'hui, selon leurs propres termes, comme des « *agences de proximité* ». Il a sans aucun doute été exacerbé par la création en 2015 des « grandes régions », qui a constitué un choc difficile à absorber pour les jeunes ARS.

Il est à ce titre intéressant de noter que ni le rapport de la Cour des comptes ni celui de la MECSS du Sénat ne faisaient état d'un tel éloignement des territoires, ne mentionnant que brièvement le rôle des délégations départementales.

Pour les rapporteurs, ce sentiment de perte de proximité, renforcé par la création des grandes régions, est l'**élément principal de l'évolution des ARS entre 2015 et la crise sanitaire**, crise qui a contribué à mettre en exergue cette impression d'un « échelon manquant ».

A. UN ÉCHELON RÉGIONAL PERTINENT MAIS DE PLUS EN PLUS ÉLOIGNÉ DU TERRAIN

Au moment de la création des ARS, face à la dispersion des compétences de santé au niveau régional et départemental, **l'échelon régional s'est affirmé comme le niveau pertinent pour permettre une organisation, une planification et une régulation du système de santé plus efficaces.**

Ce choix de la région comme outil de conception des politiques de santé est le fruit d'un mouvement plus ancien, lancé dès le début des années 1990 avec la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, à l'origine des schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) et des comités régionaux de l'organisation sanitaire et sociale (CROSS). Il se confirme par la suite avec la création par les ordonnances dites « Juppé » du 24 avril 1996 des conférences régionales de santé et des ARH.

Le choix de l'échelon régional n'est aujourd'hui pas remis en cause par les acteurs du secteur sanitaire, notamment hospitaliers, qui restent ceux pour qui cet échelon apparaît le plus comme une évidence. La recherche d'une gradation

des soins et la constitution de groupements hospitaliers de territoire (GHT) ⁽¹⁾ renforcent cette pertinence de l'échelon régional : pour mémoire, un tiers des GHT correspondent à l'échelon départemental, et un quart sont interdépartementaux.

Lors des auditions organisées par vos rapporteurs, les fédérations hospitalières ont donc plébiscité l'intérêt de l'échelon régional, la Fédération hospitalière de France (FHF) lui reconnaissant « *une plus-value dans la globalisation des parcours, permettant de rassembler les champs médico-social, sanitaire et ambulatoire* » et la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés solidaires (FEHAP) considérant que « *c'est bien au niveau de la région que la santé doit être réfléchi, construite et déployée* ».

Dans le même sens, Thomas Deroche, directeur général de l'ARS de Normandie a souligné que la logique de parcours de santé « *transcende beaucoup de petits départements* ». Pierre Ricordeau, directeur général de l'ARS d'Occitanie et ancien secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales, a également considéré devant la mission que « *le niveau régional est important afin de définir une stratégie et traiter de manière efficace les inégalités sociales et territoriales de santé [...] En Occitanie, les trois CHU jouent un rôle déterminant pour la gradation des soins dans l'ensemble des treize départements de la région* ».

RÉPARTITION DES CENTRES HOSPITALIERS RÉGIONAUX ET UNIVERSITAIRES PAR RÉGION



Source : réseau CHU.

Cette structuration de l'offre de soins au niveau régional revêt en effet aujourd'hui un caractère davantage transversal. **Des outils de programmation ont**

(1) Les GHT ont été institués par l'article 107 de la loi de modernisation de notre système de santé de 2016. Celle-ci prévoit que les établissements publics de santé sont tenus d'adhérer à un tel groupement, sauf dérogation prévue par la loi ou tenant à la spécificité des établissements dans l'offre de soins régionale.

progressivement été déployés pour penser l'offre de santé au niveau régional, bien au-delà de la seule carte hospitalière.

La **réforme des projets régionaux de santé** introduite par la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a, à ce titre, permis une amélioration : alors que la MECSS du Sénat avait décrit les projets régionaux de santé comme « *particulièrement lourds* » et pouvant « *difficilement constituer des outils directement utilisables d'aide à la décision et d'accompagnement des ARS dans l'exercice de leurs missions* », les critiques à leur égard semblent aujourd'hui moins vives et ces schémas plus utiles, bien que de nombreux interlocuteurs aient regretté leur lourdeur et leur longueur – souvent plusieurs centaines de pages...

Le nouveau projet régional de santé

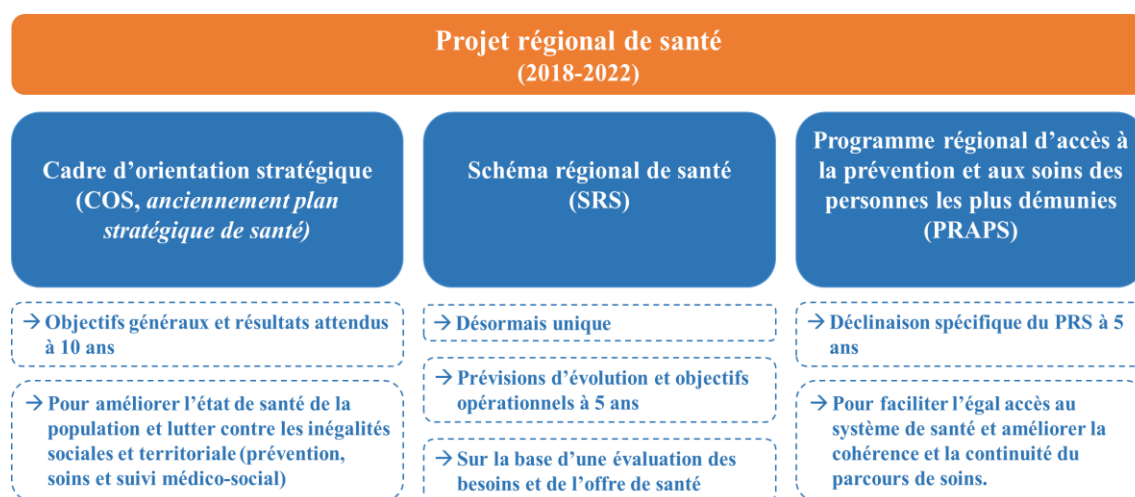
Le projet régional de santé (PRS) est la feuille de route définissant la stratégie des ARS pour une durée de cinq ans. Il définit les objectifs pluriannuels de l'agence dans ses domaines de compétences tout en s'inscrivant dans les orientations de la politique nationale de santé.

La première génération de PRS (2012-2016) était initialement composée :

- d'un plan stratégique de santé ;
- de schémas régionaux séparés pour la prévention, l'organisation des soins et l'organisation médico-sociale ;
- de programmes déclinant ces schémas.

Leur mode d'élaboration et leur contenu ont présenté plusieurs faiblesses. Ils ne permettaient pas une bonne articulation avec les priorités nationales, leur construction en silo renforçait le cloisonnement entre les différents champs de la santé et la concertation des acteurs du système de santé se révélait parfois insuffisante.

La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé est donc venue simplifier cette architecture.



Source : commission des affaires sociales, d'après l'article L. 1434-2 du code de la santé publique.

Tournant majeur dans la jeune histoire des ARS, **la création des grandes régions a considérablement fragilisé ce choix de la région comme échelon pertinent pour concevoir les politiques de santé.** La réduction, le 1^{er} janvier 2016, du nombre des ARS – **de vingt-six à dix-sept puis à dix-huit** ⁽¹⁾ – suite au redécoupage des régions métropolitaines opéré par la loi n° 2015-29 du 16 janvier 2015 relative à la délimitation des régions, aux élections régionales et départementales et modifiant le calendrier électoral a constitué **un choc d'organisation que les ARS concernées ont difficilement absorbé.**

Les acteurs auditionnés sont unanimes, et cet aspect a été évoqué dans l'ensemble des auditions : dans le cas des régions dont le périmètre a été étendu, il

(1) Le 1^{er} janvier 2020, l'ARS Océan Indien a été scindée entre l'ARS de La Réunion et l'ARS de Mayotte. L'existence d'une telle agence était rendue possible par l'article L. 1431-3, qui prévoit qu'un décret peut créer des agences interrégionales de santé.

y a un « avant » et un « après » l'extension du périmètre géographique des agences. Alors que les ARS peinaient déjà à s'emparer de leurs nouvelles missions, la fusion des régions n'a fait qu'accentuer leur gigantisme et les a considérablement éloignées du terrain.

Ce constat émergeait déjà des travaux de la commission d'enquête de l'Assemblée nationale sur l'impact, la gestion et les conséquences dans toutes ses dimensions de l'épidémie de Coronavirus-Covid 19, durant lesquels Roselyne Bachelot, ministre de la santé, de la jeunesse et des sports au moment de la loi HPST, a déclaré « *regretter que la désastreuse réforme territoriale de 2015, de réduction du nombre des régions [...] ait porté un coup fatal [aux ARS], obligeant cette administration adolescente à se reconfigurer* ».

B. UN ÉCHELON DÉPARTEMENTAL FAIBLE

La création des grandes régions a mis en lumière le rôle fragile des délégations départementales des ARS. Leurs missions et leur positionnement, peu définis par les textes et très variables dans la pratique, ne leur permettent pas de rapprocher les ARS du terrain.

1. Des délégations départementales aux compétences peu définies et résiduelles

La loi est peu disert sur le rôle des délégations départementales des ARS. Elle dispose seulement que « *les agences régionales de santé mettent en place des délégations départementales* ». Cet aspect a même été absent des débats lors de la création des ARS. Le rapport Bur estimait ainsi que « *les ARS devront se créer des relais territoriaux, par voie conventionnelle ou en constituant des antennes locales* », tandis que le rapport Ritter était totalement muet sur le sujet.

Le Conseil constitutionnel a considéré que l'existence même de ces délégations départementales ne relève pas du domaine de la loi mais de celui du règlement, considérant que la loi fixe les règles concernant la création de catégories d'établissements mais pas les modalités d'exécution de leur mission ⁽¹⁾. Toutefois, rien ne précise non plus, au niveau réglementaire, le rôle de ces délégations départementales.

Comme l'a souligné Jean-Yves Grall, directeur général de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes, l'organisation entre direction générale et délégations départementales garantit « *un continuum d'organisation* » et une cohérence des décisions, **la responsabilité des décisions finales étant toujours assumée par le directeur général de l'ARS** ; les délégations départementales des ARS ne disposant pas d'une autonomie formelle.

(1) Décision n° 2015-260-L du 19 novembre 2015.

Le rôle des délégations départementales et des directeurs départementaux est le plus souvent décrit comme un rôle « *de représentation* », « *d'agent de liaison* », « *d'interface* ». La délégation départementale incarne la politique de l'ARS sur le territoire, lui donne une image, un numéro de téléphone. Elles sont aujourd'hui des administrations de mission, les compétences de gestion des ARS (en particulier la négociation des CPOM ou la tarification) ayant été en grande partie mutualisées au niveau des sièges.

Partout, leur mission principale reste celle, cruciale, d'« *animateur* » alors que le rôle des ARS est encore trop souvent un rôle de « *régulateur* ». Pour reprendre les termes utilisés par une directrice départementale, le rôle de la délégation, c'est de « *mettre les acteurs autour de la table et créer des réseaux* », grâce à une maîtrise particulièrement fine du territoire. **Dans la plupart des cas, les délégations départementales sont plus particulièrement investies des sujets de structuration et d'animation de l'offre ambulatoire et médico-sociale.**

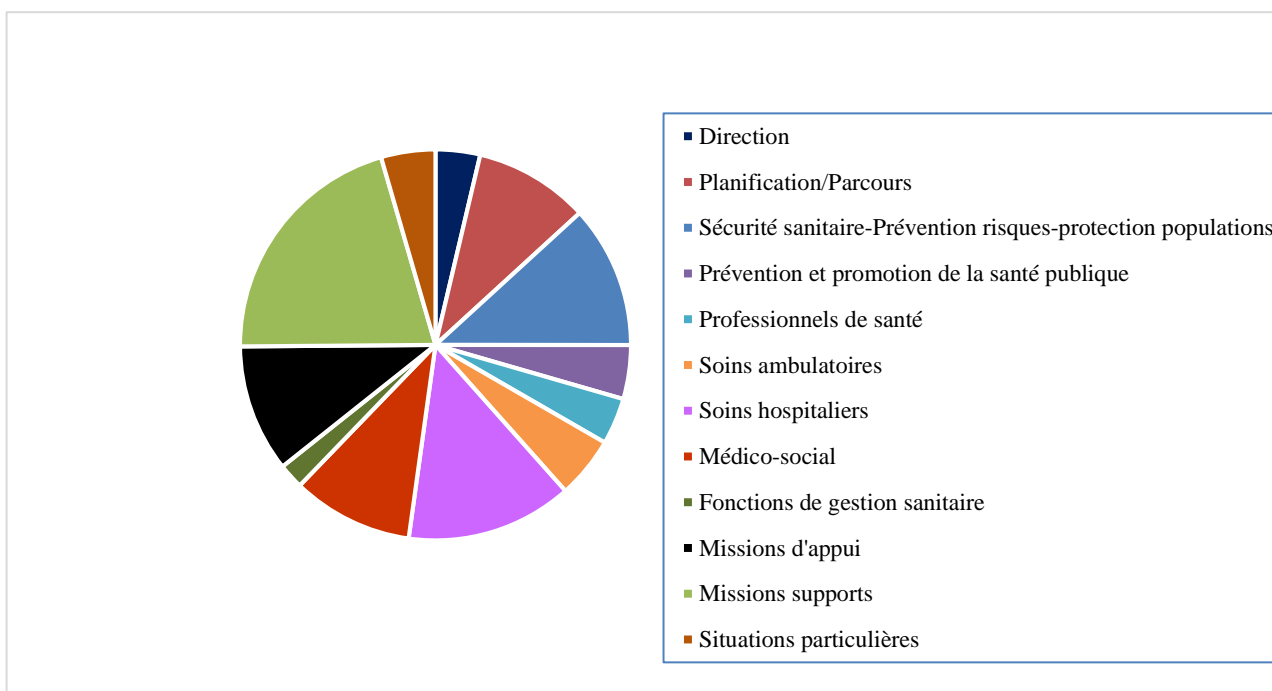
Toutefois, le rôle des délégations départementales varie considérablement en fonction des régions, comme l'ont montré les auditions des directeurs généraux d'ARS menées par les rapporteurs. **Cette hétérogénéité concerne à la fois le périmètre de compétence des ARS et leur niveau d'autonomie ou de responsabilité.** Elle est le fruit de choix organisationnels des différents directeurs généraux d'ARS, mais dépend également des ressources humaines existantes dans chaque délégation.

Cette hétérogénéité peut parfois être observée au sein d'une même région, du fait de raisons historiques ou de différences d'effectifs entre délégations départementales : ainsi, le directeur général de l'ARS d'Île-de-France a cité le cas particulier, au sein de la région, de la délégation des Yvelines, qui a notamment gardé un véritable service de gestion de l'offre de soins.

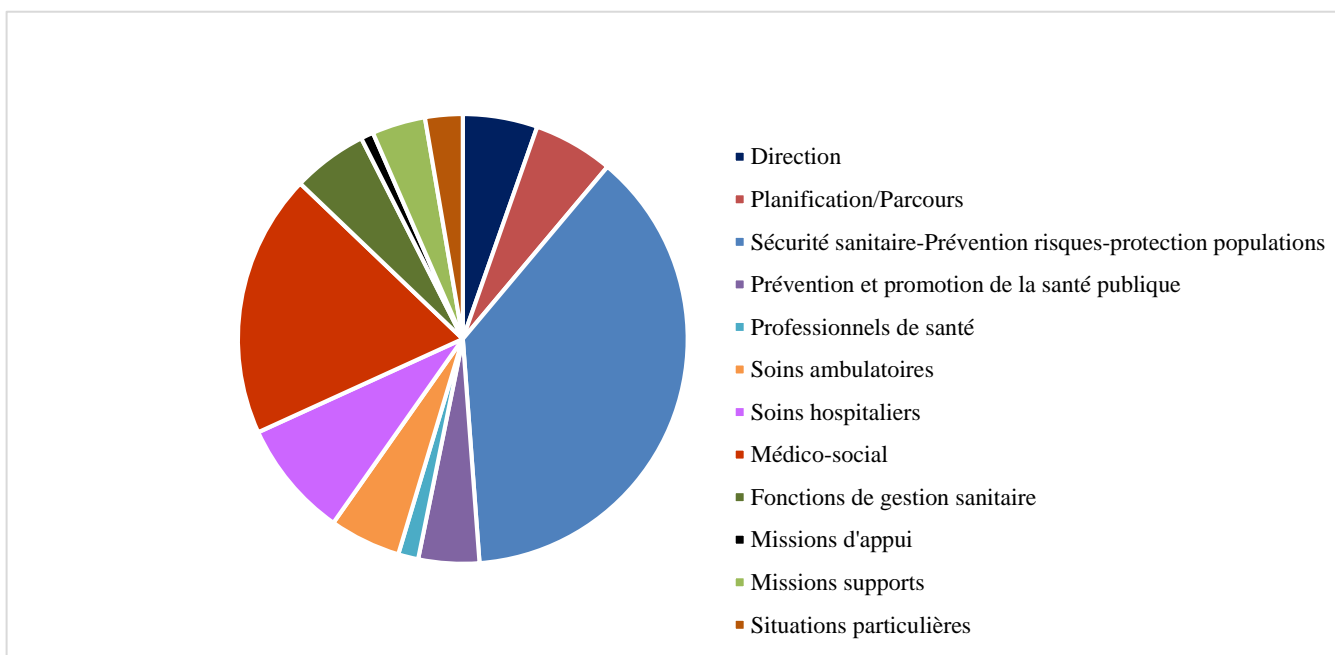
Cette hétérogénéité se retrouve également dans la part d'effectifs dédiés aux délégations départementales. Si cette dernière est de 48 % en moyenne en excluant les régions monodépartementales, elle est de 55 % en Auvergne-Rhône-Alpes ou 52 % en Grand-Est, mais de 24 % en Hauts-de-France ou 28 % en Bourgogne-Franche-Comté, à titre d'exemple.

Plus d'un tiers de ces effectifs en délégation départementale sont consacrés aux missions de santé environnementale (sécurité sanitaire, prévention des risques et protection des populations).

RÉPARTITION DES EFFECTIFS AU SEIN DU SIÈGE DES ARS EN 2018



RÉPARTITION DES EFFECTIFS AU SEIN DES DÉLÉGATIONS DÉPARTEMENTALES DES ARS EN 2018



Source : commission des affaires sociales, d'après les données transmises par le secrétariat général des ministères sociaux.

Deux exemples de délégations départementales : l'Yonne et les Yvelines

Lors de deux déplacements, les rapporteurs ont pu observer deux modèles différents de délégations départementales : l'Yonne et les Yvelines.

En Bourgogne-Franche-Comté, les huit délégations départementales, dont l'Yonne, sont rattachées à une direction du cabinet, du pilotage et des territoires. Parallèlement, huit unités territoriales « santé environnement » sont rattachées à cette même direction, sans être placées sous l'autorité des délégués départementaux.

Au sein de la délégation départementale de l'Yonne, une « déléguée » départementale, son adjoint et trois chargés de mission sont en charge de l'animation territoriale des politiques de santé sur le territoire, et en particulier de la promotion de la santé et de la prévention. La délégation départementale n'a pas la charge directe des sujets médico-sociaux, assumés par une chargée de mission « autonomie » spécifiquement dédiée aux établissements de l'Yonne mais fonctionnellement rattachée au siège.

En Île-de-France, les huit délégations départementales sont directement rattachées au directeur général.

Dans les Yvelines, la délégation départementale est constituée de quatre départements : veille et sécurité sanitaire ; prévention et promotion de la santé ; autonomie ; ville-hôpital ; ainsi que d'une cellule d'expertise médicale. La directrice départementale est assistée d'une adjointe et d'environ soixante-dix collaborateurs.

Au total, la part des effectifs de ces délégations départementales au sein des effectifs totaux des ARS est restée relativement stable depuis 2012.

Toutefois, on peut constater que la création des grandes régions a tout de même conduit les ARS à légèrement renforcer le poids de ces délégations, avec une augmentation du poids du niveau départemental qui est passé de 41 % en 2014 à 45 % en 2018. Les régions ayant le plus renforcé l'échelon départemental sur la période sont des régions dont le périmètre a été modifié par la réforme. C'est ainsi le cas des régions :

- Grand Est (37 % en 2014 à 52 % en 2018) ;
- Bourgogne-Franche-Comté (18 % à 28 % en 2018) ;
- Normandie (27 % en 2014 à 34 % en 2018) ;
- Auvergne-Rhône-Alpes (50 % en 2014 à 55 % en 2018) ;
- Nouvelle-Aquitaine (46 % en 2014 à 52 % en 2018).

En Occitanie en revanche, c'est le mouvement inverse qui a été observé (50 % en 2014 à 48 % en 2018). Dans les Hauts-de-France, ce poids est resté stable (23 % en 2014 à 24 % en 2018).

En tout état de cause, ce léger rééquilibrage des effectifs au profit des délégations départementales dans la majorité des nouvelles « grandes régions » n'est pas apparu suffisant pour contenir un sentiment d'éloignement grandissant.

Différentes initiatives mises en place afin de renforcer le rôle des délégations départementales ont été évoquées lors des auditions.

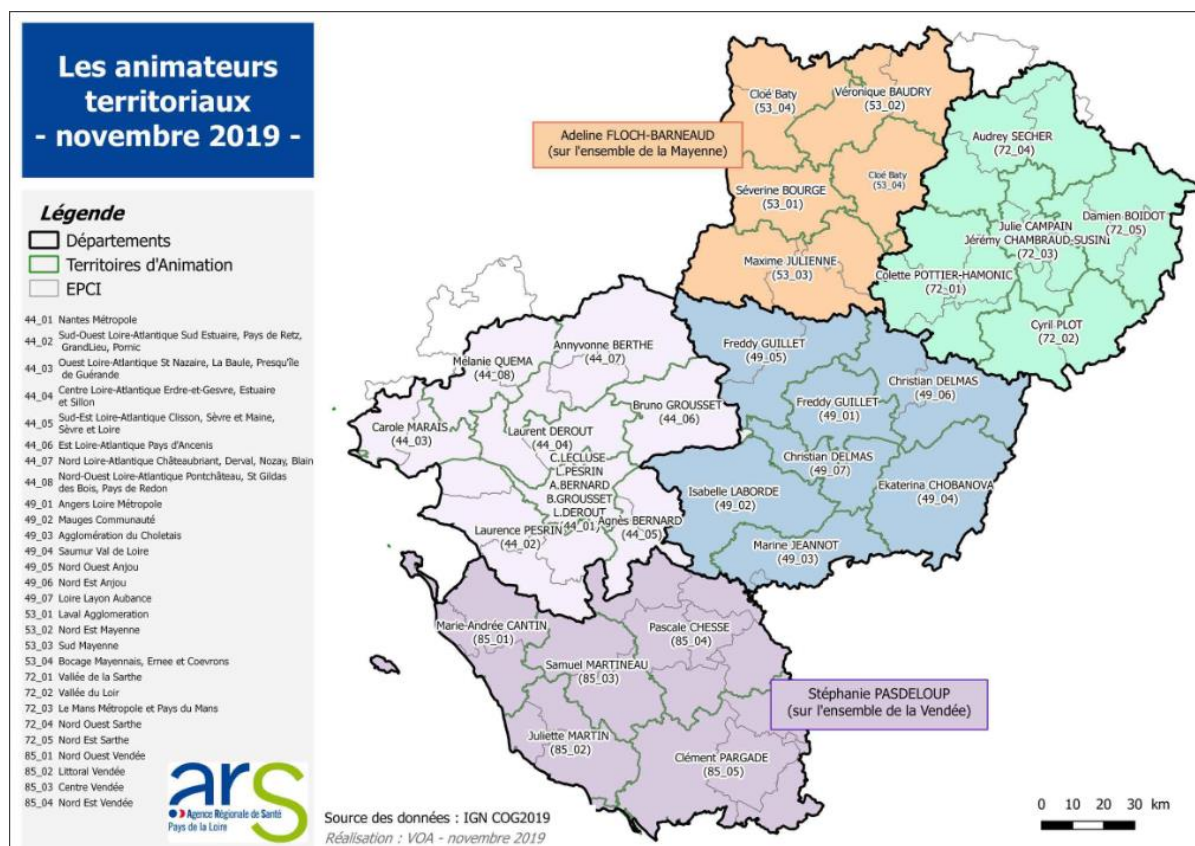
Le directeur général de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes a ainsi indiqué considérer les directeurs départementaux comme de « *petits DG d'ARS* », insistant sur la légitimité de ces derniers et sur leur présence au « comex » de l'ARS.

Celui d'Île-de-France a quant à lui indiqué donner une pleine compétence aux directeurs départementaux sur trois sujets : les dispositifs d'appui à la coordination, la prévention et la promotion de la santé et l'utilisation des crédits non reproductibles du médico-social.

Autre exemple particulièrement intéressant, depuis deux ans, le siège de l'ARS Grand Est délègue ainsi une enveloppe du fonds d'intervention régional (FIR) aux dix délégations départementales de la région afin que celles-ci puissent participer au financement d'initiatives locales.

En Pays de la Loire, des animateurs territoriaux en santé ont été nommés et positionnés dans des territoires infra-départementaux, sous l'autorité des directeurs des délégations territoriales (*cf. infra*).

CARTE DES ANIMATEURS TERRITORIAUX EN PAYS DE LA LOIRE



Source : ARS des Pays de la Loire.

2. Une faiblesse entretenue par des moyens limités

La faiblesse du rôle des délégations départementales est liée à leur statut en lui-même (ou plutôt à leur absence de statut), mais cette faiblesse et l'hétérogénéité des missions dont elles ont la charge en propre sont également nourries par des problématiques de ressources humaines.

Ces problématiques de ressources humaines sont-elles la cause ou la conséquence d'un périmètre de missions limité et d'une ambiguïté du statut des délégations territoriales ? Pour les rapporteurs, il s'agit en réalité d'un cercle vicieux.

Lors de son audition, Pierre Pribille, directeur général de l'ARS de Bourgogne-Franche-Comté, a désigné le plafond d'emplois imposé aux agences comme la cause d'« *un constant repyramidage et d'une mutualisation des fonctions et donc un éloignement du terrain* ». De la même manière, le rapport de l'IGAS de 2018 identifie les délégations départementales comme les « *victimes des mouvements de centralisation et des attritions en personnels des ARS* ».

Du fait de leurs effectifs limités, les délégations peinent à se positionner et à être identifiées comme acteur clef, **y compris pour des missions qui relèvent de leur cœur de métier, telles que l'ingénierie et l'accompagnement de projets**. Le rapport de Nicole Notat, publié en juillet 2020 en amont du « Ségur de la santé », a ainsi identifié le besoin de renforcer les délégations en prévoyant « *un renfort de moyens RH* », et notamment des « *animateurs-facilitateurs de projet* ».

À cela s'ajoutent **des difficultés à recruter et à fidéliser des agents aux compétences adéquates**, en particulier dans certains territoires. Il convient de rappeler que la création des ARS était déjà mue par des difficultés de recrutement de certaines compétences, notamment médicales, au niveau départemental.

L'ARS Centre-Val de Loire indique ainsi avoir connu 15 départs en délégations départementales sur un effectif de 121 ETP en 2020. Les ARS d'Île-de-France et d'Occitanie signalent quant à elles des obstacles au recrutement plus forts dans certains départements et sur les postes de médecins et de techniciens sanitaires. Les postes de responsables financiers semblent également difficiles à pourvoir dans certains départements. En Nouvelle-Aquitaine, « *la pyramide des âges des agents affectés dans les délégations départementales est assez dégradée et a pour effet de nombreux départs en retraite. Sur la majorité des sites il est difficile de recruter des fonctionnaires pour toutes les filières professionnelles, même par la voie du détachement. Le recours subsidiaire au recrutement d'agents publics non titulaires est également difficile du fait des rémunérations peu attractives, la DRFIP imposant à l'ARS d'appliquer une grille ministérielle obsolète.* »⁽¹⁾

Au-delà de la seule question des effectifs, c'est bien une question de la capacité à recruter les bonnes compétences qui se pose aujourd'hui au sein des

(1) Source : réponses transmises par le secrétariat général des ministères sociaux aux rapporteurs.

délégations départementales. Le secrétaire général du ministère des affaires sociales, lors de son audition, a ainsi évoqué « *un vrai sujet de compétences techniques* » au niveau départemental et le directeur général de l'Agence Auvergne-Rhône-Alpes la nécessité de « *plus de personnes qualifiées pour assurer un travail d'interface* », notamment dans la relation avec les élus.

Ces difficultés à recruter les bonnes compétences sont aussi liées, au-delà des difficultés propres à certains territoires – au premier rang desquels les plus ruraux et les plus isolés – à l'insuffisante valorisation de ces postes. En audition, a notamment été évoquée la tentation de certains directeurs généraux d'ARS de préférer garder leurs collaborateurs les plus compétents « près d'eux » plutôt qu'en délégation départementale.

Seule avancée en dix ans en la matière, le **changement de statut des directeurs de délégations départementales** n'est intervenu que tardivement. En effet, depuis le 1^{er} janvier 2020 ⁽¹⁾, les directeurs de délégations sont considérés comme occupant des emplois de direction des ARS (emplois « comex »). Cette évolution permet aux directeurs généraux d'ARS de recruter des « directeurs » départementaux – bien que l'appellation « délégués » subsiste malheureusement dans certaines régions – aux compétences plus larges et donc à la légitimité accrue.

Ce changement est encore trop récent pour que ses effets soient déjà perceptibles, notamment en ce qui concerne l'autonomie donnée à ces nouveaux directeurs mais aussi l'attractivité de ces postes. Plusieurs ARS ont toutefois souligné que cette évolution commençait aujourd'hui à porter ses fruits en matière d'attractivité dans les recrutements.

3. Une faiblesse et une asymétrie de plus en plus problématiques

Le positionnement ambigu et la faiblesse des délégations départementales montrent aujourd'hui leurs limites. Leur rôle de « boîte aux lettres » ou de « VRP » génère en effet de la frustration chez les acteurs du terrain comme chez les agents des ARS.

Ce sentiment s'est progressivement accentué au cours des dernières années, mais il précédait la création des grandes régions.

Un rapport réalisé par les inspections générales en charge d'établir le bilan de la révision générale des politiques publiques (RGPP) formulait ainsi, dès 2012, plusieurs interrogations sur le rôle des délégations départementales des ARS, issues des contributions reçues des préfets de région : « *Plusieurs contributions s'interrogent sur le positionnement et l'efficacité de la délégation territoriale de*

(1) Décret n° 2019-1041 du 10 octobre 2019 relatif à certains emplois de direction des agences régionales de santé.

l'ARS : est-elle une simple boîte à lettres ? Est-elle associée à l'équipe du préfet ? Est-elle en mesure de participer à la gestion de crise ? »⁽¹⁾

Un constat complémentaire a été dressé en 2014 par le rapport Devictor relatif à l'approche de la santé dans les territoires⁽²⁾ : « *L'attente à l'égard de l'ARS suppose qu'elle soit plus proche du terrain, et notamment **que ses délégations territoriales soient dotées d'une réelle capacité d'initiative, de marges de manœuvre et de montage de projets avec les acteurs du territoire, ce qui leur permettrait de conserver ou de faire revenir des compétences en rapport avec les missions déléguées*** ».

Dans la même logique, le rapport de l'IGAS de 2018 précité invitait à « *rouvrir la réflexion au sein de chaque ARS sur la répartition des missions entre le siège et la délégation départementale* », ce qui « *pourrait conduire utilement à confirmer les directions métiers du siège dans leur rôle de stratège et de contrôleur a posteriori de l'action des délégations départementales* ».

Ce constat émergeant depuis quelques années a pris tout son sens dans le cadre de la crise sanitaire actuelle.

Certes, cette crise semble avoir incité les ARS à mieux investir l'échelon départemental. Aurélien Rousseau, directeur général de l'ARS d'Île-de-France, explique ainsi que les délégations de sa région étaient à la manœuvre pour « *identifier les centres de vaccination, accompagner les projets de CPTS, travailler localement avec l'assurance maladie et mettre en place des opérations auprès de la population* ». Thomas Deroche, directeur général de l'ARS de Normandie, a lui aussi souligné que les directions départementales ont été en première ligne dans la mise en place des centres de vaccination.

Toutefois, la crise a surtout été un révélateur de la faiblesse structurelle de cet échelon, comme le souligne le rapport du général Lizurey précité : « *les unités départementales des ARS ont un **dimensionnement et une autonomie variables vis-à-vis de leur agence régionale, et sans doute insuffisants dans certains départements pour la gestion d'une telle crise*** ». Le même rapport souligne que « *les ARS ont été souvent perçues comme **insuffisamment territorialisées, insuffisamment préparées à la gestion d'une crise sanitaire d'ampleur et comme ayant des difficultés à informer ou coordonner les autres acteurs locaux*** ». La faible association par les ARS des collectivités territoriales pendant la crise a en effet été vivement critiquée, les préfets apparaissant bien plus à l'aise dans ce jeu d'acteurs.

(1) Bilan de la RGPP et conditions de réussite d'une nouvelle politique de réforme de l'État, IGA, IGAS, IGF, septembre 2012.

(2) Bernadette Devictor, « *Le service public territorial de santé (STSP), le service public hospitalier (SPH) : développer l'approche territoriale et populationnelle de l'offre en santé* », rapport, mars 2014.

Le représentant de l'Assemblée des départements de France a ainsi dénoncé le manque d'informations transmises lors de la crise sanitaire aux conseils départementaux par les ARS et leurs délégations.

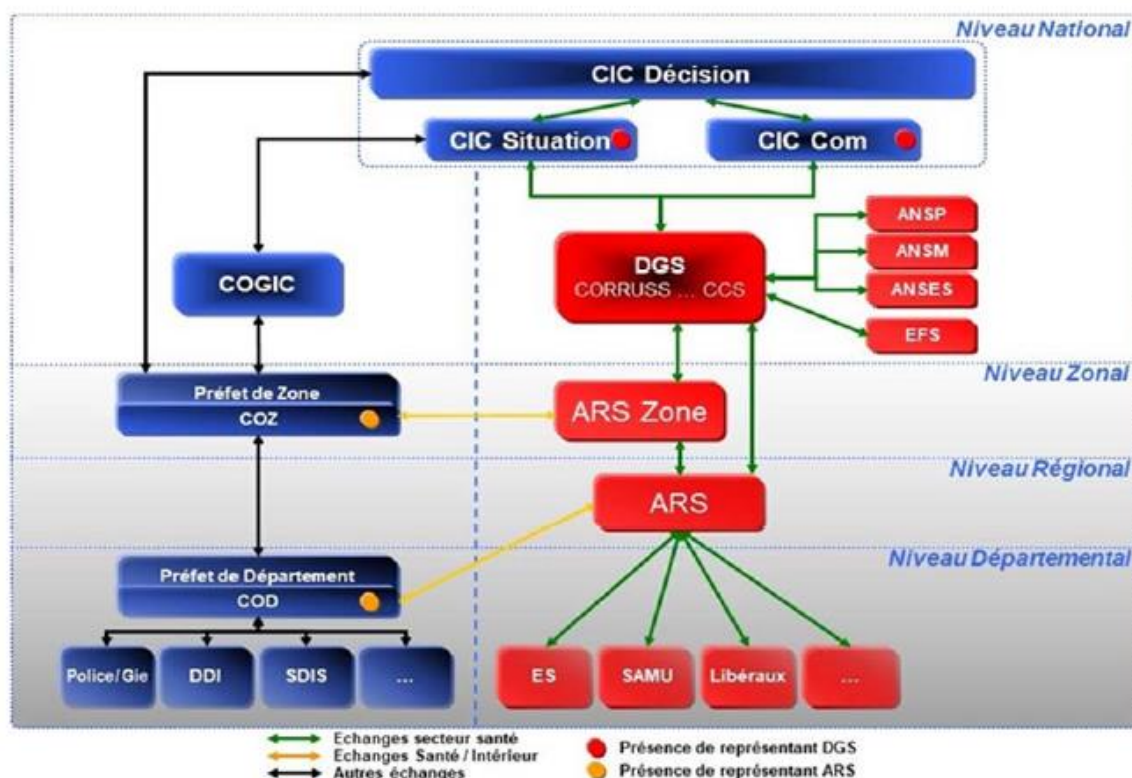
L'animosité unanime et virulente des associations d'élus locaux envers les ARS s'explique principalement par ce positionnement ambigu. **Face à des directeurs départementaux qui ne peuvent jouer un autre rôle que celui de « boîte aux lettres » ou de « courroie de transmission », les élus locaux ont l'impression d'être écoutés par ces derniers... mais jamais entendus.**

Cette faiblesse de l'échelon départemental apparaît d'autant plus problématique qu'elle crée une **forte asymétrie avec deux des principaux partenaires institutionnels de l'ARS : la préfecture de département en matière de sécurité sanitaire, et les conseils départementaux en ce qui concerne le médico-social.**

Le rapport de la Cour des comptes précité soulignait déjà que « *le mouvement de régionalisation engagé dans de nombreuses ARS* » tendait à priver « *le préfet de département d'un interlocuteur décisionnel et de services de proximité* ». Christophe Mirmand, préfet de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur et président de l'Association du corps préfectoral et des hauts fonctionnaires du ministère de l'intérieur (ACPHFMI), a ainsi regretté l'insuffisante autonomie des délégations qui les empêche « *d'assurer pleinement leur rôle auprès des préfets de département* ». Il est évident que les directeurs départementaux des ARS, du fait de leur statut, de leurs moyens et de leurs prérogatives, ne sont pas des interlocuteurs de même niveau que les préfets de département.

À titre d'exemple, l'asymétrie entre l'organisation territoriale du ministère chargé de la santé, centré sur le niveau régional, et celui de l'intérieur, centré sur le niveau départemental, a complexifié la gestion de la crise. Il convient notamment de souligner l'asymétrie présente au niveau départemental entre le centre opérationnel départemental dirigé par le préfet de département et l'action menée par l'ARS au niveau régional, alors que, *a contrario*, au niveau zonal, la cellule zonale d'appui (CZA) mise en place par l'ARS de zone est le pendant du centre opérationnel de zone (COZ) instauré sous l'autorité du préfet de zone.

SCHÉMA DE L'ORGANISATION DE LA RÉPONSE AUX CRISES SANITAIRES



Source : ministère des solidarités et de la santé.

III. NI ADMINISTRATION DECONCENTRÉE NI VÉRITABLEMENT AUTONOME, L'ARS, OBJET ADMINISTRATIF NON IDENTIFIÉ

Le statut unique des ARS, situées en dehors du champ de l'administration territoriale de l'État, explique en grande partie leurs difficultés de positionnement et les attentes parfois contradictoires des acteurs du système de santé à leur égard.

Dix ans après leur création, le degré d'autonomie que les pouvoirs publics souhaitent véritablement attribuer aux ARS reste insuffisamment clair, et ce flou constitue un frein à l'accomplissement de leurs missions.

A. LE STATUT UNIQUE DES ARS, FRUIT DU CO-PILOTAGE DES POLITIQUES DE SANTÉ ENTRE L'ÉTAT ET L'ASSURANCE MALADIE

1. Le choix d'un statut d'établissement public à caractère administratif, vecteur d'autonomie financière et administrative

La loi HPST a fait des ARS des établissements publics administratifs placés sous la tutelle des ministres chargés de la santé, de l'assurance maladie, des personnes âgées et des personnes handicapées. Ce statut d'établissement public administratif leur confère une autonomie administrative et financière.

Le budget des ARS

Aux termes de l'article L. 1432-6 du code de la santé publique, le budget des ARS se compose :

- d'une subvention de l'État (dotation de fonctionnement) ;
- de contributions des régimes d'assurance maladie ;
- de contributions de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie ;
- de ressources propres, dons et legs ;
- sur une base volontaire, des versements de collectivités territoriales ou d'autres établissements publics ;
- des crédits délégués par le fonds d'intervention régional.

Lors de la création des ARS, le scénario d'une structuration de ces dernières sous la forme de services déconcentrés de l'État a été écarté d'emblée.

Le rapport Ritter considérait en effet que la fusion des services préexistants à l'ARS au sein de services déconcentrés de l'État serait incompatible avec « *la nature même des ARS* » et avec la « *double filiation État/assurance maladie* » de ces dernières. Lors de son audition par la mission, le secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales a rappelé l'originalité de cette double filiation, souvent oubliée dans les débats sur les ARS et qui explique l'atypisme de ces agences.

Seules deux possibilités ont donc été expertisées dans les travaux préparatoires à la loi HPST : conférer aux ARS le statut de groupement d'intérêt public (GIP), sur le modèle de ce qui était alors le statut des ARH, ou leur conférer le statut d'établissement public à caractère administratif. C'est ce choix qui a *in fine* été celui du législateur.

Le choix de ce statut plutôt que de celui de GIP visait notamment à offrir aux directeurs généraux d'ARS une autorité plus forte sur les personnels mis à leur disposition, au vu de l'expérience des ARH.

Toutefois, ce choix envoyait également un signal politique fort. Il visait à donner aux politiques de santé une gouvernance territoriale originale et inédite, en les autonomisant : la Cour des comptes souligne ainsi dans ses travaux sur la mise en œuvre des ARS ⁽¹⁾ que ce statut original traduit une volonté de « *décentralisation fonctionnelle de certaines responsabilités* », visant à donner aux ARS « *des marges d'initiative et d'autonomie indispensables pour une approche plus partenariale des politiques de santé* ».

(1) Rapport 2012 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale.

2. La coexistence des statuts au sein des personnels des agences, manifestation concrète de ce statut original

La fusion opérée par la loi HPST a conduit à un **transfert automatique aux ARS des agents de l'État et de l'assurance maladie** dont les missions correspondaient au champ de compétences des ARS nouvellement créées, et non pas à des mouvements de personnels fondés sur le volontariat sous la forme de mises à disposition ou de détachements au sein d'une structure nouvelle disposant d'un statut propre pour ses personnels.

Les ARS gèrent donc trois grandes catégories de personnels :

– des agents **titulaires de la fonction publique d'État** (anciens agents des DRASS et des DDASS notamment) ;

– des agents **contractuels de droit privé** (personnels des organismes de sécurité sociale) ;

– des agents **contractuels de droit public**, dont la loi autorise le recrutement par le directeur général. Les agents titulaires de la fonction publique territoriale ou de la fonction publique hospitalière, de même que les praticiens hospitaliers, sont la plupart du temps recrutés par contrat de droit public.

À l'exception de ces derniers, les personnels des ARS sont donc régis soit par le statut de la fonction publique d'État soit par l'une des neuf conventions collectives relatives aux personnels de l'assurance maladie.

La répartition des emplois dans les ARS par statuts

Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens conclus entre chaque ARS et les ministres prévoient un objectif de maintien de la répartition entre agents de l'État et personnels de l'assurance maladie.

Cet équilibre a initialement été évalué ARS par ARS, et en fonction de la situation théorique de départ (plafond d'emplois 2010). Au niveau national, cela correspondait à une proportion de 82,3 % d'agents publics et de 17,7 % d'agents de droit privé.

En 2014, la répartition globale entre les agents à statuts publics et ceux sous convention collective est de 81,5 % / 18,5 % (7297,6 ETP/1654,4 ETP).

De 2014 à 2018, la part des agents à statuts publics diminue à 80% sur la période alors que le nombre d'ETP d'agents sous convention collective augmente de 2 ETP (6620/1657). La diminution globale des effectifs est donc plus portée par les personnels de l'État. En revanche, il est intéressant de noter qu'en 2019, avant le passage des postes de délégués départementaux en emplois de direction (comex), les emplois « comex » non vacants étaient occupés pour seulement 6,5 % d'entre eux par des personnels sous convention collective.

Les rapports du Sénat et de la Cour des comptes précités soulignaient les problématiques induites par cette coexistence de statuts, et notamment :

- les importantes différences entre les conditions de rémunération et de travail des agents de droit public et de droit privé ;
- les lourdeurs de gestion.

Toutefois, cette question n'est apparue qu'au deuxième plan des auditions menées par les rapporteurs, révélant probablement que les ARS se sont accoutumées à gérer cette coexistence des statuts, qui ne constitue pas en elle-même un frein au bon fonctionnement des agences. Alors que les précédents rapports soulignaient un manque de culture professionnelle propre aux ARS, ces craintes semblent aujourd'hui s'être apaisées.

3. Le rôle du directeur général de l'ARS : un manque de contre-pouvoirs

Alors que les ARH étaient dirigées de façon collégiale par une « commission exécutive », **le directeur général de l'ARS assume seul l'ensemble des fonctions exécutives de l'ARS**, dans la droite ligne du rapport Ritter qui plaidait pour un exécutif « *fort et resserré* ». Il exerce ses compétences au nom de l'État.

Son poids est renforcé par sa **nomination directe par décret du Président de la République en Conseil des ministres**. Pour le président du collège des directeurs généraux d'ARS, « *vu l'ampleur des enjeux et des responsabilités* », conserver ce mode de désignation est fondamental. Leur recrutement est d'ailleurs diversifié et riche : on compte actuellement, parmi les directeurs généraux d'ARS, plusieurs directeurs issus de corps de sortie de l'École nationale d'administration (membres du Conseil d'État ou de l'IGAS ; administrateurs civils), des inspecteurs des affaires sanitaires et sociales, mais également des praticiens hospitaliers, des directeurs d'hôpitaux, un ingénieur et un préfet.

La nomination du directeur général de l'ARS en Conseil des ministres

La loi HPST ne précise pas comment est nommé le directeur général de l'ARS, bien que cette modalité de nomination soit clairement explicitée dans l'exposé des motifs du projet de loi.

L'article 13 de la Constitution prévoit la nomination par décret en Conseil des ministres de certains emplois, notamment des préfets, des officiers généraux, des recteurs d'académies et des directeurs d'administration centrale. Il prévoit également qu'une loi organique détermine les autres emplois auxquels il est impérativement pourvu en Conseil des ministres.

L'ordonnance n° 58-1136 du 28 novembre 1958 portant loi organique concernant les nominations aux emplois civils et militaires de l'État vise ainsi d'autres emplois faisant l'objet d'une nomination en Conseil des ministres, notamment les emplois de direction dans les établissements publics, les entreprises publiques et les sociétés nationales quand leur importance justifie leur inscription sur une liste dressée par décret en Conseil des ministres. Pris pour son application, le décret n° 59-587 du 29 avril 1959 relatif aux nominations aux emplois de direction de certains établissements publics, entreprises publiques et sociétés nationales établit cette liste qui ne comprend pas les ARS.

Il convient cependant de noter que le caractère d'emploi à la décision du Gouvernement de celui de directeur général d'ARS a été récemment confirmé au contentieux. Dans une décision récente, le juge administratif a souligné qu'« *eu égard aux missions qui lui sont confiées et aux conditions de sa nomination, le directeur général d'une agence régionale de santé occupe un emploi supérieur à la décision du Gouvernement* » (Conseil d'État, 10 décembre 2020, n° 441035).

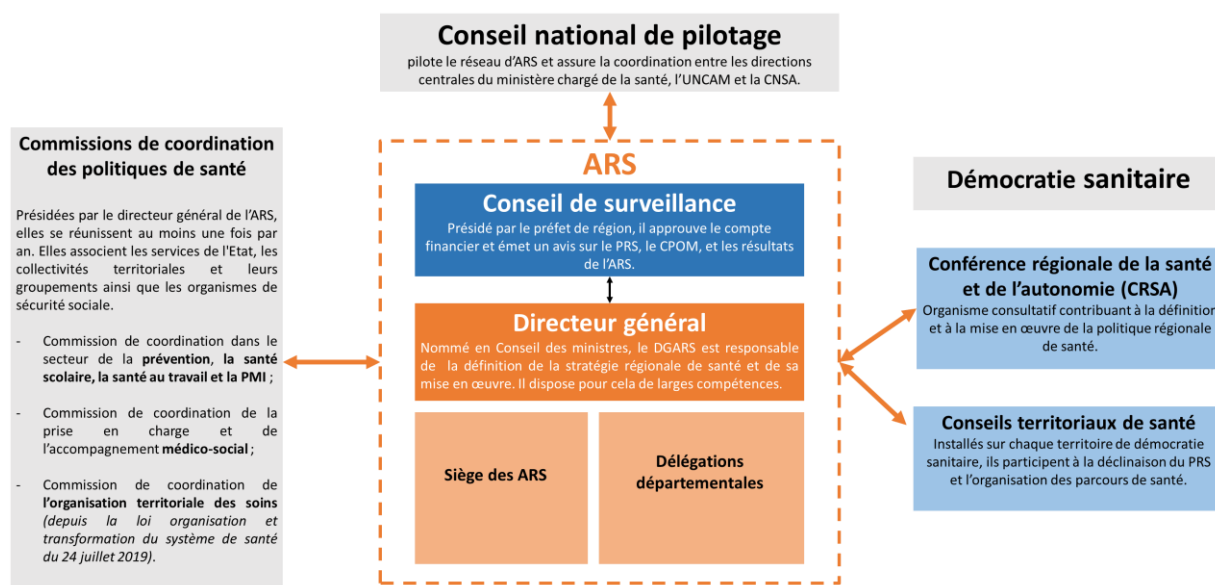
La concentration des pouvoirs dans les mains des directeurs généraux d'ARS a conduit le Sénat à qualifier ces derniers de « **super préfets sanitaires** ». Au cours des auditions, nombre d'interlocuteurs ont regretté que les priorités définies par les ARS, leur organisation ou leurs relations avec les partenaires extérieurs restent extrêmement dépendantes de la personnalité du directeur général.

En interne, les pouvoirs des comités exécutifs (« **comex** ») et des comités de direction (« **codir** »), structures regroupant les personnels dirigeants qui travaillent directement auprès du directeur général, sont réduits et leur capacité d'influence varie selon les régions. Aucune disposition du code de la santé publique ne précise d'ailleurs leurs missions. En ce qui concerne les instances représentatives du personnel, « *pour certains directeurs généraux d'ARS, le comité d'agence et des conditions de travail semble être un exercice de démocratie sociale peu utile* », selon la CFDT.

En externe, le directeur général doit rendre compte :

- au moins deux fois par an, **au conseil de surveillance** de l'ARS ;
- au moins une fois par an, à la **conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA)**.

GOVERNANCE DES ARS AUX TERMES DE LA LOI



Source : commission des affaires sociales.

Il s'agit malheureusement davantage de chambres d'enregistrement que de véritables contre-pouvoirs. Les syndicats des agents de droit public des ARS sont allés jusqu'à évoquer un « *fonctionnement féodal* » rendant les ARS « *totale­ment dépendantes de la personnalité du directeur général* » (UNSA Santé).

B. DES RELATIONS COMPLEXES AVEC LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ

Pour reprendre les mots de Pierre-Louis Bras, inspecteur général des affaires sociales, « *malgré le statut d'établissement public, malgré la dénomination "agence", qui fait très moderne et invite à penser une large autonomie, les ARS sont des services déconcentrés qui ne répondent pas devant le conseil de surveillance constitué normalement pour les surveiller mais devant les administrations centrales, donc devant les ministres, conformément à notre organisation républicaine* » ⁽¹⁾.

En effet, malgré leur statut d'établissement public, les ARS sont, pour le secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales, « *la représentation du ministère dans les territoires* ».

Pour concilier cette relative autonomie et ce rôle de bras droit du ministère de la santé en région, deux outils principaux ont été prévus par le législateur : le conseil national de pilotage et la contractualisation entre le ministère et les ARS.

1. Un pilotage national qui s'est progressivement ajusté

Le pilotage et l'animation du réseau des ARS au niveau national sont assurés par le **secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales**.

(1) https://www.fondation-res-publica.org/Les-enjeux-de-la-loi-HPST_a561.html.

Ce dernier assure une mission de soutien aux politiques publiques, de modernisation de l'administration et de coordination des services de l'ensemble des ministères chargés de l'action sociale, de la sécurité sociale, de la santé, du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle.

Comme l'a rappelé le secrétaire général lors de son audition par les rapporteurs, au sein du secrétariat général, un chef de service est plus particulièrement chargé du pilotage du réseau des ARS, et dispose pour cela d'une équipe dédiée d'une dizaine de personnes.

Plusieurs décrets ⁽¹⁾ précisent le rôle du secrétariat général dans ce pilotage. Il coordonne ainsi « *l'action des services et des établissements concernés de l'État ainsi que leurs relations avec l'assurance maladie en matière de politique de santé, d'organisation et de régulation du système de santé et de prise en charge médico-sociale* ». Il conduit dans ce cadre « *une action spécifique d'appui, de conseil et d'expertise au bénéfice des agences régionales de santé, principalement celles situées dans les outre-mer, dans l'exercice de leurs missions, à l'exception de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles* ».

Le centre de ressources national

Depuis 2019, le centre de ressources national (CRN), mission du secrétariat général chargé des ministères sociaux localisée au sein de l'ARS de Nouvelle-Aquitaine, vient en appui aux ARS ultramarines.

Il a pour rôle d'apporter aux ARS de Guadeloupe-Saint-Martin-Saint-Barthélemy, de Guyane, de Martinique, de La Réunion et de Mayotte qui le sollicitent un soutien d'expertise et de compétences dans différents domaines : conseil juridique et contentieux, performance financière, transformation de l'offre sanitaire et médico-sociale, gestion de projet, inspection-contrôle-évaluation.

L'action de ce centre de ressources a été saluée lors des auditions des directeurs généraux d'ARS ultramarines menées par les rapporteurs.

Le secrétariat général prépare, anime et préside, dans la pratique, le **conseil national de pilotage** (CNP) des ARS, prévu à l'article L. 1433-1 du code de la santé publique.

Cette structure originale réunit, tous les quinze jours, l'ensemble des acteurs concernés par l'organisation du système de santé et médico-social : les directions d'administration centrale, mais également la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et l'assurance maladie – la CNAM mais aussi le régime agricole. Ce sont les responsables de ces directions ou caisses (directeurs ou directeurs généraux) qui sont effectivement membres du CNP : ils ne peuvent pas s'y faire représenter.

(1) Décret n° 2010-786 du 8 juillet 2010 relatif au pilotage national des agences régionales de santé ; décret n° 2013-727 du 12 août 2013 portant création, organisation et attributions d'un secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales.

S'il est théoriquement présidé par les ministres chargés de la santé, de l'assurance maladie, des personnes âgées et des personnes handicapées, le CNP l'est en pratique par le secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales.

Le législateur a confié des compétences clés au CNP, chargé :

– de donner des directives aux ARS pour la mise en œuvre de la politique de santé sur le territoire, de veiller à la cohérence des différentes politiques qu'elles mènent et de valider leurs objectifs ;

– de déterminer également les orientations du fonds d'intervention régional (FIR) ;

– de valider l'ensemble des instructions qui sont adressées aux ARS ;

– d'animer le réseau des agences ;

– d'évaluer leur action et celle de leurs directeurs généraux.

Dans la pratique, le principal rôle du CNP semble être de s'assurer de la cohérence des instructions envoyées aux ARS et de jouer un rôle de filtre de ces différentes instructions.

Le nombre trop important de ces instructions envoyées aux ARS a fait l'objet de nombreux développements dans les rapports précités de la Cour des comptes et du Sénat.

De l'avis de tous les interlocuteurs auditionnés, ces critiques ont été entendues. Ainsi, selon les membres de l'IGAS entendus par les rapporteurs, « *le nombre d'instructions a été réduit et leur caractère directif atténué, le conseil national de pilotage jouant un rôle de filtre plus efficace* ». Selon le secrétaire général des ministères sociaux, le nombre de ces instructions a ainsi diminué de 21 % de 2017 à 2018 puis de 6 % entre 2018 et 2019. Évidemment, les années 2020-2021 ne peuvent être comparées, la crise sanitaire ayant été accompagnée d'un nombre exceptionnel d'instructions et de réunions, bien qu'en pratique les consignes relatives à la crise sanitaire ont souvent pris la forme de consignes ne transitant pas par le CNP.

Cette diminution du nombre d'instructions n'empêche pas les directeurs généraux d'ARS de continuer à décrire une impression de « pluies d'instructions » permanentes, parfois redondantes – voire contradictoires – ou inadaptées aux réalités locales. Le problème n'est en effet pas uniquement la quantité des instructions données aux ARS mais au moins autant leur qualité...

La décision prise en 2019 de convier un directeur général d'ARS au sein du CNP a en revanche été saluée.

Si le CNP est l'instance de dialogue entre le ministère et les ARS la plus visible, et la seule consacrée au niveau de la loi, elle n'est pas la seule.

Le rôle du **séminaire des directeurs généraux**, qui, en temps normal, a lieu tous les mois sous l'égide du secrétariat général, a notamment été loué à de nombreuses reprises lors des auditions. Les directeurs généraux se sont par ailleurs organisés en nommant au sein de leur collège des référents (à la fois ultramarins et métropolitains) sur des questions thématiques, chargés de coordonner leurs positions. Des comités techniques ont également lieu au niveau des directeurs d'ARS sur des thématiques plus spécifiques, avec le secrétariat général et la direction d'administration centrale concernée (par exemple, entre tous les directeurs de l'autonomie des ARS, avec la direction générale de la cohésion sociale).

Le président du collège des directeurs généraux a toutefois regretté une « *tendance très centralisatrice des directions d'administration centrale* » et un problème de transversalité interne entre ces dernières. Cet enjeu est difficilement résolu par le secrétariat général, bien que la directrice générale de l'offre de soins ait insisté, lors de son audition, sur la co-construction croissante avec les ARS des politiques menées, illustrée par les réformes récentes du financement des établissements de santé ou par la mise en œuvre du service d'accès aux soins.

2. Une relation contractuelle non aboutie entre État et ARS

Le code de la santé publique (article L. 1433-2) prévoit que les ministres chargés de la santé, de l'assurance maladie, des personnes âgées et des personnes handicapées signent avec le directeur général de chaque ARS un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM).

Ce CPOM devait être un outil essentiel du dialogue entre l'État et les ARS. Il est conclu pour une durée de cinq ans et est révisable chaque année. Il décline les objectifs et priorités d'action de l'ARS pour la mise en œuvre de la stratégie nationale de santé ainsi que des plans et programmes nationaux de santé qui sont prévus dans les projets régionaux de santé. La loi prévoit qu'il comporte également un volet chiffré consacré à la maîtrise des dépenses de santé.

Comme l'a souligné le président du collège des directeurs généraux d'ARS, ces CPOM ne permettent pas d'évaluer les résultats de chaque agence sur des objectifs réellement adaptés aux enjeux de chaque région.

En effet, de l'aveu de tous, les CPOM continuent de contenir des objectifs bien trop nombreux (une cinquantaine), trop larges, et insuffisamment adaptés à chaque territoire (*cf.* annexe). Des efforts ont été faits pour co-construire ces CPOM avec les ARS, et choisir quelques indicateurs spécifiques par région, deux ou trois en général (l'ARS de Bretagne a notamment évoqué les indicateurs « suicide » et le « développement de l'hospitalisation à domicile »), mais cette adaptation reste très largement insuffisante.

Cette critique a été particulièrement vive parmi les directeurs généraux des ARS ultramarines, dénonçant un outil « *bureaucratique et technocratique très difficile d'utilisation* » (Dominique Voynet, directrice générale de l'ARS de

Mayotte) et « *un outil très descendant, qui fixe beaucoup d'objectifs et d'indicateurs qui n'ont pas été choisis par les ARS* » (Martine Ladoucette, directrice générale de l'ARS de La Réunion).

3. Un positionnement ambigu... source de critiques ambivalentes

En 2012, la Cour des comptes considérait, dans son bilan de la mise en œuvre des ARS, que leur positionnement institutionnel devait être clarifié.

Près de dix ans plus tard, le constat des rapporteurs ne peut malheureusement qu'être le même. Les auditions menées par la mission font apparaître deux pistes de réflexion radicalement divergentes : **les ARS doivent-elles devenir plus autonomes ou moins autonomes ? En tout état de cause, elles ne peuvent plus rester dans cet entre-deux délétère et facteur d'une grande déperdition d'énergie à tous les niveaux.**

La juridiction financière regrettait ainsi que les ARS soient placées « *sous une tutelle nationale particulièrement étroite, guère conforme à leur statut d'établissements publics et qui risque de les priver de certaines des souplesses et des marges d'initiative que nécessite une approche renouvelée du pilotage du système de santé* ». C'est également le constat qu'ont dressé la quasi-totalité des directeurs généraux d'ARS entendus par les rapporteurs, appelant à un renforcement de leur autonomie et de leurs marges de manœuvre.

Pour les acteurs de terrain, les ARS apparaissent parfois prisonnières des instructions gouvernementales, souvent trop prescriptives et trop peu adaptées aux réalités locales. Xavier Bertrand, président de la région Hauts-de-France, a ainsi déploré que les ARS soient de simples « *courroies de transmission* » des décisions nationales.

Parallèlement et paradoxalement, les actions et résultats des ARS ont souvent été décrits lors des auditions comme trop variables d'une région à l'autre.

L'autonomie des ARS les conduit notamment à sur-interpréter les directives nationales – en particulier dans le cadre de la gestion de l'épidémie de covid-19, le Syndicat national des établissements et résidences privés pour personnes âgées (SYNERPA) dénonçant par exemple une surinterprétation des protocoles concernant les EHPAD par les agences au début de la crise. Ces divergences d'interprétation dépassent en réalité la gestion de crise : dans sa contribution transmise aux rapporteurs, le Conseil national de l'ordre des pharmaciens cite ainsi l'exemple des demandes d'autorisation des pharmacies à usage intérieur, dont les règles différaient sans raison d'une région à une autre.

Les critiques les plus vives de l'autonomie des ARS se retrouvent chez les élus locaux, pour nombre d'entre eux désireux qu'elles deviennent de véritables administrations déconcentrées. S'ils ne partagent pas cette conclusion, les rapporteurs considèrent toutefois qu'elle met en lumière les limites du

positionnement actuel des ARS ainsi que la défiance démocratique qui existe aujourd'hui à leur égard.

NOS PROPOSITIONS : DONNER AUX ARS LA LÉGITIMITÉ ET LES MOYENS D'ASSURER LEURS MISSIONS

Pour les rapporteurs, **la question du statut des ARS ne doit pas être un tabou, et doit être clairement posée.**

La commission d'enquête de l'Assemblée nationale sur l'impact, la gestion et les conséquences dans toutes ses dimensions de l'épidémie de Coronavirus-Covid 19 a conclu que *« la départementalisation des ARS constitue le préalable indispensable aux préconisations formulées [...]. Cette mesure permettra en effet de restaurer la compétence du préfet de département en matière de gestion des crises sanitaires et d'engager un véritable mouvement de décentralisation des politiques sanitaires. Dans les faits, l'échelle régionale des ARS ne serait conservée qu'aux fins de coordonner le réseau des agences départementales. Celles-ci seraient néanmoins placées sous l'autorité hiérarchique des préfets de département. »*

Les rapporteurs considèrent eux aussi que **le maintien de ce statut très spécifique peut et doit faire l'objet d'un véritable débat politique.** Toutefois, aux termes de plusieurs mois d'auditions, ils ne peuvent partager cette préconisation, qui reviendrait, au-delà d'un simple changement d'échelle, à remettre en cause le statut et le fonctionnement des ARS dans leur globalité. Ils ne considèrent pas non plus qu'une transformation des ARS en administration déconcentrée soit aujourd'hui souhaitable.

Certes, la double filiation État/assurance maladie des ARS n'est plus aujourd'hui une justification suffisante de ce statut à leurs yeux.

Toutefois, il ressort des auditions que **la souplesse permise par le statut d'établissement public a été, à de nombreuses reprises, un atout pendant la crise.** Ce statut permet plus de réactivité, plus d'agilité, plus d'adaptation aux besoins de chaque territoire. Il permet également de recruter des profils plus variés, source de richesse pour l'administration de l'État. L'autonomie des ARS a également pour vertu de **sanctuariser les questions de santé**, qui ne peuvent ainsi pas être mises dans la balance, par l'administration de l'État, avec des problématiques sociales, économiques ou même politiques.

Le choix du maintien de ce statut d'établissement public est celui des rapporteurs. C'est un choix fort, qui implique nécessairement de **repenser la gouvernance des ARS pour renforcer leur légitimité, mais également de leur donner les moyens réels de leur action, tant financiers qu'humains.**

I. REDONNER DE LA LÉGITIMITÉ AUX ARS

La question de la réforme des ARS doit être abordée sous l'angle de leur contrôle démocratique, alors que le mouvement des « gilets jaunes » puis le « Grand

débat » sont venus rappeler que les questions de santé, et notamment d'accès aux soins, sont au cœur des préoccupations des Français.

La légitimité des ARS, qui n'est issue qu'indirectement du Gouvernement du fait de leur autonomie, doit impérativement être renforcée par une réforme de leur organisation et de leur gouvernance.

A. RENOUER AVEC LA PROXIMITÉ, CONDITION *SINE QUA NON* DE LA LÉGITIMITÉ DES ARS

1. L'urgence du renforcement de l'échelon départemental

La création des « grandes régions » a considérablement renforcé la nécessité de revaloriser l'échelon départemental des ARS.

Revaloriser cet échelon départemental, au-delà de favoriser la proximité avec les acteurs et d'améliorer les relations avec les élus locaux, permettra :

– de **renforcer le rôle d'« animateur » des ARS** – que les délégations départementales incarnent tout particulièrement, plutôt que leur rôle de « régulateur » – et ainsi d'accélérer les logiques territoriales aujourd'hui à l'œuvre en matière de santé (développement des communautés professionnelles territoriales de santé, des projets territoriaux de santé mentale, des contrats locaux de santé) ;

– **d'accélérer le décloisonnement des politiques de santé**, car, du fait de leur connaissance des acteurs du terrain et de la petite taille des équipes, ce sont les délégations départementales qui sont le plus à même de créer ces passerelles.

Cette préoccupation est aujourd'hui partagée par tous, et a fait l'objet d'une proposition du Ségur de la santé (**mesure 33 : « Évolution des ARS : renforcer le niveau départemental et l'association des élus »**). Le ministre des solidarités et de la santé, auditionné par la mission, a rappelé cette promesse.

Cette proposition reste toutefois très abstraite à ce stade.

Les rapporteurs proposent deux axes afin de renforcer cet échelon départemental.

Tout d'abord, ils souhaitent qu'un **cadre de référence** soit élaboré par le secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales, en concertation avec les directeurs généraux d'ARS, afin de définir un modèle « cible » de répartition des missions et des compétences entre les délégations départementales et le siège des ARS. Cette piste a notamment été évoquée par le secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales lors de son audition par la mission. Ce cadre général devrait être souple, afin de préserver les spécificités des plus petites régions notamment, mais aussi de prendre en compte les difficultés de recrutement dans certaines ARS.

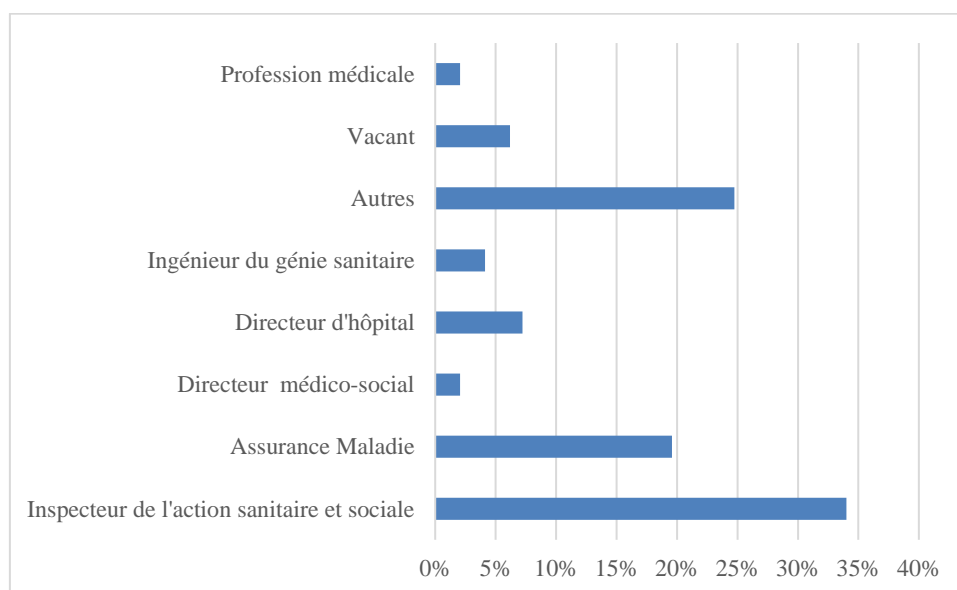
Dans ce modèle cible, davantage de délégations de compétences devraient être accordées aux délégations départementales, *a minima* en ce qui concerne les sujets médico-sociaux et ambulatoires, ainsi que la promotion de la santé et la santé environnementale. Une enveloppe du FIR devrait notamment leur être déléguée par le siège.

Proposition n° 1: Elaborer un cadre de référence proposant un modèle-cible de répartition des missions et des compétences entre les délégations départementales et le siège des ARS.

Parallèlement, la montée en compétences des délégations départementales doit être favorisée par une **politique ambitieuse en termes de recrutement**.

Au niveau départemental, la transformation des emplois de directeurs départementaux en emplois de direction (« comex ») commence déjà à porter ses fruits. Le ministre a par ailleurs considéré, lors de son audition, que « *tous les postes fonctionnels qui doivent être créés doivent l'être à l'échelle départementale* ». Un effort de formation doit également être fait pour ces directeurs départementaux, sans pour autant remettre en cause la diversité de leurs s, qui est une chance pour les ARS. **Une formation continue commune pourrait ainsi être mise en place.**

RÉPARTITION PAR PROFIL DES ACTUELS POSTES DE DIRECTEURS DÉPARTEMENTAUX



Source : secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales pour les rapporteurs.

Les efforts de recrutement et d'attractivité ne doivent toutefois pas uniquement concerner les directeurs départementaux mais bien l'ensemble des équipes des délégations départementales. Les grilles de rémunération, notamment, pourraient être repensées, plusieurs ARS ayant indiqué que les grilles imposées par les directions régionales des finances publiques pour ces recrutements en délégation départementale sont obsolètes.

Proposition n° 2: Favoriser une politique ambitieuse de recrutement et d'attractivité des métiers au sein des délégations départementales.

2. Renforcer le travail partenarial avec les préfets et les régions

a. Le renforcement des relations ARS-préfets

Les relations entre ARS et préfets se sont fortement densifiées pendant la crise sanitaire. Ces habitudes de travail doivent être pérennisées, sans pour autant que cela fasse l'objet de dispositions spécifiques dans les textes : il s'agit davantage de « bonnes pratiques » qui gagneraient à perdurer. Les réunions tripartites entre le préfet de département, le directeur départemental de l'ARS et les élus du département, devenues régulières au cours de la crise sanitaire dans de nombreux départements, gagneraient à être pérennisées et institutionnalisées.

Le renforcement du rôle des délégations départementales et le rehaussement du niveau de compétences et de responsabilité des directeurs départementaux permettront également de donner un interlocuteur plus identifié aux préfets de département.

Proposition n° 3: Institutionnaliser les réunions entre préfets, directeurs départementaux et élus dans chaque département.

b. Des contrats État-région de programmation et d'investissement en santé

Les rapporteurs proposent, sur le modèle des contrats de plan État-régions, d'instaurer des contrats pluriannuels de programmation et d'investissement en santé (CPPIS), négociés et conclus entre la région et l'ARS.

Dans une logique ascendante et descendante, les régions pourraient également consulter et associer les départements au financement de projets entrant dans le champ du médico-social. Régions et départements pourront également associer sur la base du volontariat et par voie de fonds de concours les collectivités du bloc communal.

Proposition n°4 : Instaurer des contrats pluriannuels de programmation et d'investissement en santé, négociés et conclus entre la région et l'ARS.

B. RENFORCER LES CONTRE-POUVOIRS POUR RETROUVER LA CONFIANCE DES ACTEURS DU TERRAIN

1. Une légitimité qui ne pourra qu'être issue du renforcement de la démocratie sanitaire

« En 10 ans, on est passé d'un pôle démocratie sanitaire à un service démocratie sanitaire, et après un délégué à la démocratie sanitaire avec une assistante, et désormais une chargée de mission démocratie sanitaire, en attente d'une assistante, rattachée à la direction de la stratégie » : ce témoignage transmis par France Assos Santé dresse un constat sans appel de la place de plus en plus réduite donnée par les ARS à la démocratie sanitaire.

La loi HPST a imposé la constitution auprès de chaque ARS de conférences régionales de la santé et de l'autonomie (**CRSA**), qui devaient être le lieu privilégié de la concertation.

Composition et missions des conférences régionales de la santé et de l'autonomie

La loi (article L. 1432-4 du code de la santé publique) dispose que la CRSA est un organisme consultatif composé de plusieurs collèges, au sein desquels sont notamment représentés « *les collectivités territoriales, les usagers et associations œuvrant dans les domaines de compétence de l'ARS, les conseils territoriaux de santé, les organisations représentatives des salariés et des professions indépendantes, les organisations professionnelles d'employeurs représentatives au niveau national et interprofessionnel, les professionnels du système de santé, les organismes gestionnaires des établissements et services de santé et médico-sociaux et les organismes de protection sociale* ».

Cette composition est précisée par décret (article D. 1432-28 du code de la santé publique). La CRSA est ainsi composée de cent neuf membres au plus, autour de huit collèges :

- au minimum dix représentants des collectivités territoriales (trois du conseil régional ; trois des groupements de communes ; trois des communes ; tous les présidents de conseil départemental) ;
- dix-neuf représentants des usagers ;
- quatre ou cinq représentants des conseils territoriaux de santé ;
- dix représentants des partenaires sociaux ;
- six acteurs de la cohésion et de la protection sociales (associations et représentants désignés par la caisse d'assurance retraite et de santé au travail, la caisse d'allocations familiales et la Mutualité française) ;
- neuf acteurs de la prévention et de l'éducation pour la santé ;
- trente-cinq représentants des offreurs de soins ;
- deux personnalités qualifiées désignées par le directeur de l'ARS.

L'ARS met à la disposition de la CRSA des moyens de fonctionnement.

Parmi ses missions, la CRSA peut faire « *toute proposition* » au directeur général de l'ARS sur l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de la politique de santé dans la région et sur les territoires. Elle émet notamment un avis sur le PRS. Elle organise le débat public sur les questions de santé de son choix et ses avis sont publics.

Dans beaucoup de régions, les CRSA font l'objet d'une désaffection croissante, liée au sentiment de n'être qu'une « chambre d'enregistrement ». France Assos Santé a ainsi indiqué à propos des CRSA que, aux yeux de nombre de ses adhérents, « *l'avis des CRSA est superflu et, lorsqu'il n'est pas suivi, les instances n'en sont informées que si elles le revendiquent* ».

Ce sentiment est probablement renforcé par leur composition très variée, voire pléthorique.

Enfin, comment s'étonner que certains acteurs rechignent parfois à se rendre dans un chef-lieu de région toujours plus éloigné de chez eux pour assister à une réunion dans laquelle ils n'auront aucune voix décisionnelle ?

Les rapporteurs, s'appuyant sur les propositions formulées par France Assos Santé en la matière, proposent :

– d'affecter un **budget propre aux CRSA**, qui leur donnerait notamment la possibilité de conduire des évaluations autonomes ;

– de **rendre obligatoires les avis de la CRSA** sur les sujets structurants de politique régionale, et notamment sur la gestion du FIR, et de créer une obligation de réponse motivée du directeur général de l'ARS lorsque ce dernier ne suit pas les avis de la CRSA ;

– de travailler à la **réorganisation des CRSA**, y compris en ce qui concerne **leur composition** pour permettre une participation plus active de leurs membres. La piste d'une CRSA plus resserrée doit notamment être envisagée, sans pour autant rogner sur sa représentativité.

Par ailleurs, l'avis de la CRSA sur le PRS ne devrait pas être uniquement consultatif.

Enfin, **l'articulation entre les CRSA et les conseils territoriaux de santé** doit être précisée, car elle reste à l'heure actuelle très floue.

Proposition n°5 : Renforcer la légitimité des conférences régionales de la santé et de l'autonomie (CRSA), en leur donnant un budget propre, en rendant obligatoires leurs avis sur certains sujets, en travaillant à leur réorganisation et en clarifiant leur articulation avec les conseils territoriaux de santé.

2. Pour un véritable conseil d'administration, incluant les élus locaux

Le renforcement de l'échelon départemental constituera un premier pas important pour renouer le dialogue entre les collectivités territoriales et les ARS.

Cette avancée doit toutefois être complétée par un renforcement du rôle des élus locaux dans la gouvernance des ARS, alors que de nombreuses personnes auditionnées ont souligné que ces derniers n'arrivent pas à trouver leur place au sein des CRSA.

L'article 31 du projet de loi relatif à la différenciation, la décentralisation, la déconcentration et portant diverses mesures de simplification de l'action publique (dit « 4 D ») présenté en Conseil des ministres le 12 mai dernier prévoit la révision de la gouvernance des ARS :

– en transformant le conseil de surveillance des ARS en conseil d'administration (CA) ;

– en créant deux vice-présidences qui seront confiées à des représentants des collectivités territoriales.

Le projet de loi prévoit que ces conseils fixeront, sur proposition du directeur général de l'agence, les grandes orientations de la politique menée par l'agence en ce qui concerne la conclusion et l'exécution des conventions avec les collectivités territoriales pour la mise en œuvre du PRS. Il impose également au directeur général de l'ARS de transmettre au conseil d'administration nouvellement créé un rapport sur ces conventions ainsi qu'un rapport relatif aux actions financées par le budget annexe, qui finance notamment le FIR.

Composition et missions du conseil de surveillance des ARS

Aux termes des articles L. 1432-3 et D. 1432-15 du code de la santé publique, la présidence du conseil de surveillance revient au préfet de région.

Outre ce membre de droit, le conseil de surveillance se compose des membres suivants, disposant de voix délibératives :

- trois représentants de l'État (recteur, directeur régional de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale, préfet de département), quatre en Île-de-France pour y inclure le préfet de police ;
- neuf membres des conseils et conseils d'administration des organismes locaux d'assurance maladie ;
- quatre ou cinq représentants de collectivités territoriales ;
- trois représentants de patients, de personnes âgées et de personnes handicapées ;
- quatre personnalités qualifiées dans les domaines de compétence de l'agence.

Siègent également au conseil de surveillance, avec voix consultative, deux représentants élus du personnel, le directeur général et l'agent comptable de l'agence, le trésorier-payeur général ou le directeur régional des finances publiques et le président de la CRSA.

Des membres du conseil peuvent disposer de plusieurs voix. Le président et les représentants de l'État disposent ainsi de trois voix chacun.

Le conseil de surveillance se réunit au moins deux fois par an, sur convocation de son président ou à la demande écrite et motivée du tiers de ses membres.

Le rôle du conseil de surveillance est double : il détient une compétence dans le domaine financier mais également concernant la politique menée par l'agence.

L'article L. 1432-3 du code de la santé publique précise que le conseil de surveillance examine et approuve le budget et le budget annexe de l'agence, sur proposition du directeur général. Toutefois, dans les faits, il ne dispose que d'une simple faculté de s'opposer à ce budget à la majorité des deux tiers, et donc d'une marge de manœuvre limitée au regard de la pondération des voix en faveur des représentants de l'État (36 % des voix du conseil).

Il approuve également le compte financier et est informé par le directeur général de l'ensemble des charges de l'État, de l'assurance maladie et de la CNSA relatives au champ de compétences de l'agence ainsi que de la situation financière des établissements publics de santé placés sous administration provisoire.

Le conseil de surveillance émet un avis sur le PRS. Il émet également un avis sur le CPOM et, au moins une fois par an, sur les résultats de l'action de l'agence.

Pour les rapporteurs, **ces propositions du projet de loi « 4 D » vont dans le bon sens mais sont largement insuffisantes.**

Comme le ministre l'a lui-même rappelé en audition, les élus ne peuvent pas, aujourd'hui, du fait de la pondération des voix, s'opposer à l'adoption du budget de l'agence, ce qui explique en grande partie le caractère de « coquille vide » du conseil de surveillance. Toutefois, pourquoi ne pas en tirer les conséquences ?

Les dispositions actuelles du projet de loi changent le nom du conseil de surveillance en conseil d'administration, mais cette évolution ne sera que cosmétique si les missions de ce conseil de surveillance n'évoluent pas réellement. Il ne s'agit évidemment pas ici de bloquer le fonctionnement des ARS mais bien de garantir leur contrôle effectif.

Pour cela, les rapporteurs rappellent l'actualité des propositions formulées par la MECSS du Sénat en 2014 :

– le conseil, qu'il soit de surveillance ou d'administration, devrait pouvoir **se saisir de tout sujet entrant dans le champ de compétences de l'agence** ;

– le conseil devrait **approuver, à la majorité simple**, le budget et les documents financiers de l'agence, tout en prévoyant une procédure de mise en œuvre exceptionnelle par le ministre en cas de blocage persistant ;

– le conseil devrait être composé de quatre collèges comportant un nombre égal de membres, **chaque membre ne disposant que d'une seule voix** ;

- État ;
- assurance maladie ;
- collectivités territoriales (région, départements, communes et intercommunalités) ;
- usagers et personnalités qualifiées.

Enfin, plutôt que d'attribuer aux élus locaux des vice-présidences dont le rôle est mal défini, les rapporteurs proposent d'**instaurer une véritable gouvernance partagée, avec une co-présidence État-collectivités territoriales, confiée au président du conseil régional et au préfet de région**. C'est notamment la proposition formulée par le collègue des élus du Conseil national d'évaluation des normes applicables aux collectivités territoriales et à leurs établissements publics, dans son avis sur le projet de loi rendu le 1^{er} avril 2021.

En parallèle, l'utilité de la participation des collectivités territoriales à la CRSA pourrait le cas échéant être questionnée.

Proposition n°6 : Transformer le conseil de surveillance des ARS en conseil d'administration co-présidé par le président du conseil régional et le préfet de région, et donner à ce conseil d'administration le pouvoir de se saisir de tout sujet entrant dans le champ de compétences de l'agence et d'approuver, à la majorité simple, le budget et les documents financiers de l'ARS.

3. Renforcer la transparence de l'utilisation des crédits

Au-delà des seules questions de gouvernance, et de la nécessité de renforcer le pouvoir de contrôle de la CRSA et du conseil de surveillance sur l'utilisation du budget annexe, pour recréer de la confiance, il est nécessaire que les dotations attribuées par les ARS aux acteurs de santé le soient de manière beaucoup plus transparente qu'elles ne le sont aujourd'hui.

Cela concerne en premier lieu l'utilisation des crédits du fonds d'intervention régional (FIR) et des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC).

Dans son rapport de 2020 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, la Cour des comptes souligne ainsi que « *s'agissant des Migac, les circulaires budgétaires successives doivent être compilées pour connaître les montants délégués à une région pour une mission donnée. Hors Merri ⁽¹⁾, seules les ARS connaissent les allocations individuelles des établissements de santé, la publication au recueil des actes administratifs des arrêtés – au demeurant de lecture difficile – n'étant pas systématique. La transparence permettrait cependant de faire évoluer les organisations en conduisant, par des comparaisons, à s'interroger sur la pertinence de leur financement. Dans les établissements de santé, elle peut contribuer à une meilleure information des équipes soignantes sur les moyens mis à leur disposition pour financer leur activité.* »

Pour les rapporteurs, **un rapport sur l'utilisation des crédits FIR et MIGAC devrait ainsi être publié annuellement par chaque ARS sur son site internet.**

Proposition n° 7 : Imposer à chaque ARS la publication d'un rapport annuel sur l'utilisation des crédits FIR et MIGAC.

C. REPENSER LE RECRUTEMENT DES DIRECTEURS GÉNÉRAUX D'ARS

Sans nullement remettre en cause les qualités individuelles des titulaires des postes, les rapporteurs s'interrogent sur les modalités de recrutement actuelles des directeurs généraux d'ARS. Les dernières années ont en effet été marquées par la

(1) Missions d'enseignement, recherche, référence, innovation.

nomination de directeurs généraux directement issus du cabinet du ministre de la santé en place.

Les modalités de recrutement des responsables préfigureurs des ARS, par la suite nommés directeurs généraux, avaient été critiquées à l'époque de la mise en place des ARS mais avaient le mérite de l'originalité, et avaient favorisé un recrutement très diversifié. Il avait consisté en un large appel à candidatures (publication des offres d'emploi dans la presse écrite et approche directe par un cabinet de recrutement) puis en l'avis d'un comité consultatif sur les candidatures présélectionnées par ce cabinet et le secrétariat général du ministère.

Le retour à un mode de recrutement plus original et plus professionnel doit être envisagé. Ce mode de recrutement devrait valoriser la connaissance par le candidat du territoire de l'ARS qu'il souhaite diriger.

Proposition n° 8 : Repenser les modalités de recrutement des directeurs généraux d'ARS, en préservant la diversité des profils.

II. PRÉSERVER LES MISSIONS DES ARS ET METTRE ENFIN LA SUBSIDIARITÉ AU CŒUR DE LEUR EXERCICE

Lors des auditions, la question du périmètre des missions des ARS a été longuement évoquée, ces missions apparaissant à certains trop vastes pour être exercées par une seule entité régionale, et certaines missions étant susceptibles d'être exercées directement par les services déconcentrés de l'État.

Pour les rapporteurs, il convient toutefois, à ce stade, de **préserv**er le **champ de compétences actuel des ARS**.

En effet, ce n'est pas tant le champ des missions des ARS qu'il faut faire évoluer mais bien leurs modalités d'exercice. Pour cela, il est urgent de mettre le principe de subsidiarité au cœur des politiques de santé, et donc de **favoriser le contrôle *a posteriori* plutôt que la multiplication d'instructions *a priori***. Cela vaut à la fois pour les relations entre l'État et les ARS et pour les relations entre les ARS et les professionnels et établissements.

A. QUELLES MISSIONS POUR LES ARS ? SIMPLIFIER, PRÉCISER ET RENFORCER PLUTÔT QU'AMPUTER

1. Ne pas renoncer à une vision globale de la santé

a. *En matière de compétences, le choix de la stabilité plutôt que du retour en arrière*

Plusieurs personnes auditionnées, principalement parmi les syndicats d'inspection, ont appelé à sortir les activités d'inspection-contrôle du champ de compétences des ARS.

Le SNIASS-UNSA a par exemple évoqué la piste de la reprise de ces missions soit par un service à compétence nationale, soit par un rattachement direct à l'IGAS. Dans le domaine de la sécurité sanitaire et notamment de la santé environnementale, c'est davantage l'hypothèse d'un retour de ces services dans le giron de l'administration déconcentrée qui a pu être évoquée. Ces hypothèses ne semblent toutefois pas faire consensus parmi les corps d'inspection eux-mêmes. L'Association professionnelle des inspecteurs de l'action sanitaire et sociale a ainsi plaidé auprès des rapporteurs en faveur du maintien de ces activités en ARS : « *Décrocher l'inspection-contrôle des ARS serait oublier que cette dernière est un élément fondamental de la démarche qualité de ces agences, un levier d'action à la main des directeurs généraux d'ARS à utiliser en cohérence avec d'autres, comme la tarification, la planification ou bien encore la contractualisation* ».

S'ils ne sont pas par principe opposés à une meilleure distinction des activités d'inspection sanitaire et sociale, éventuellement au sein d'un service à compétence nationale, les rapporteurs soulignent que la connaissance fine de chaque territoire et de ses acteurs reste essentielle pour exercer au mieux une grande partie de ces fonctions.

Toutefois, sortir les activités de sécurité sanitaire – en particulier la santé environnementale – des ARS permettra-t-il de revaloriser ces activités ? On peut en douter, d'autant plus que la structuration de l'administration déconcentrée a elle aussi profondément évolué en dix ans. Les rapporteurs considèrent par ailleurs que les ARS et leurs agents ont déjà dû absorber beaucoup de changements de structures en un peu plus de dix ans, et que la stabilité des organisations doit être une priorité.

Surtout, les rapporteurs restent profondément attachés à la logique à l'origine de la création des ARS lors de la loi HPST : celle du décloisonnement des questions de santé et du développement d'une vision globale de ces dernières. Alors qu'il apparaît de plus en plus clairement que la santé environnementale comme la veille et la sécurité sanitaire comptent parmi les plus grands défis auxquels nous devons aujourd'hui répondre, l'heure peut-elle être au rétrécissement du champ sanitaire ? Pouvons-nous renoncer à intégrer ces sujets au sein des ARS car nous n'aurions pas réussi à les placer au cœur des politiques publiques de santé ? Les rapporteurs considèrent que ce choix, défaitiste, serait coupable.

b. Repenser la place de certaines missions

Si les rapporteurs sont davantage favorables à une stabilisation des compétences des ARS, ils appellent en revanche à clarifier une partie de ces dernières.

Une priorité, dans le bilan qui sera fait de la crise sanitaire, sera de **clarifier les compétences des ARS en matière de gestion de crise**, et l'articulation de ces compétences avec celles des préfets. La répartition des missions entre les ARS et Santé publique France devra également être précisée.

Les rapporteurs suggèrent parallèlement la création d'une « **réserve administrative** » composée de membres de diverses administrations, tous grades et corps confondus et spécifiquement formés à la gestion de crise, pour venir en aide, sur le terrain, aux ARS en cas de crise similaire – sur le modèle de ce qui existe aujourd'hui avec la réserve sanitaire.

Proposition n° 9 : Clarifier les compétences des ARS en matière de gestion de crise.

Proposition n° 10 : Créer une « réserve administrative » en capacité de venir en aide, sur le terrain, aux administrations en cas de crise similaire.

En ce qui concerne les **missions d'inspection**, elles doivent *a minima* être mieux identifiées et directement rattachées au directeur général de l'ARS. Elles doivent également être mieux séparées des autres activités des agences. Actuellement, un mélange des genres problématique subsiste : récemment, le comité de déontologie des ministères sociaux, saisi par l'UNSA, a rendu un avis dans lequel il considère que les prérogatives de l'ARS d'Île-de-France rendaient inopportun le lancement d'une mission conjointe avec l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris à la suite du décès d'une patiente à l'hôpital Lariboisière... De telles situations ne peuvent pas se reproduire.

La MECSS du Sénat s'interrogeait également sur la conciliation des fonctions de régulation et de tutelle exercée sur les établissements publics, qui place les ARS dans une situation dans laquelle elles sont à la fois juges et parties. Elle soulignait que cette question apparaît particulièrement prégnante s'agissant du suivi budgétaire mais également des pouvoirs dont dispose l'ARS concernant la procédure de nomination et l'évaluation des directeurs d'hôpitaux. Cette question reste toujours d'actualité, d'autant plus que les critères de nomination des directeurs ont été récemment assouplis. **Des travaux doivent être engagés en la matière, afin de mieux séparer ces fonctions hospitalières, et éventuellement d'en transférer une partie au centre national de gestion**, l'établissement public sous la tutelle du ministère de la santé qui est chargé du recrutement, de la gestion statutaire et du développement des ressources humaines des personnels de direction de la fonction publique hospitalière et des praticiens hospitaliers.

Proposition n°11 : Renforcer les compétences d’inspection et clarifier la place de ces fonctions au sein des ARS.

Enfin, la place du médico-social et de la médecine de ville dans les ARS doit être réaffirmée. Des logiques de « **guichet unique** » doivent être développées avec les conseils départementaux et les caisses primaires d’assurance maladie afin de simplifier le quotidien des professionnels de santé et du médico-social.

Enfin, les rapporteurs proposent de renommer les ARS « **agences régionales de santé et de l’autonomie** », afin de mieux valoriser leur rôle dans le champ médico-social.

Proposition n° 12 : Développer les logiques de « guichet unique » et de « chef de file » avec les conseils départementaux et les caisses primaires d’assurance maladie.

Proposition n°13 : Renommer les ARS « agences régionales de santé et de l’autonomie ».

2. Simplifier les missions des ARS

a. Une nécessaire revue des missions

Les rapporteurs appellent à la simplification des missions des ARS, plutôt qu’à leur rétrécissement.

Une revue des missions doit impérativement être engagée après la crise sanitaire : une première revue des missions a déjà été menée en 2012 (programme de simplification et de transformation des ARS, dit « Stars »), mais elle semble avoir été largement insuffisante.

Cette revue des missions apparaît particulièrement nécessaire dans le champ de la santé environnementale. Le rapport du Sénat précité sur la santé environnementale invite notamment à une actualisation de l’instruction de 2011 sur les missions des ARS en santé environnementale pour y intégrer les enjeux émergents, mais également à identifier une hiérarchisation des missions des agences et à engager une clarification du partage de responsabilités imbriquées avec celles des autres services de l’État et des collectivités territoriales.

Proposition n°14 : Engager une nouvelle revue des missions des ARS.

b. Le cas particulier de la relation avec les établissements de santé : faire confiance a priori, contrôler a posteriori

La crise sanitaire a également montré qu'une simplification était possible et nécessaire dans les relations avec les établissements de santé, alors que pour faire face à l'urgence, ces contrôles permanents se sont assouplis.

Le Syndicat des managers publics de santé (SMPS) a ainsi déploré que « *malgré une volonté réelle des professionnels des ARS d'aider et de préserver les acteurs hospitaliers [...], sur 220 jours ouvrés annuels, les établissements de santé publics reçoivent plus de 200 demandes de reporting ou de consignes de la part de leur tutelle* ». « *Pourtant les centres hospitaliers sont soumis à un contrôle du Trésor public, à un contrôle annuel de l'ARS via les comptes et rapports financiers, à un commissaire aux comptes pour les établissements les plus importants, et un contrôle tous les quatre ou cinq ans par les chambres régionales des comptes.* »

Le même constat peut être dressé en ce qui concerne les autorisations d'activités de soins, pour lesquels les échanges entre ARS et établissements de santé sont très chronophages. Or, pendant la crise sanitaire, comme le souligne le SMPS, « *toutes ces demandes et échanges ont disparu. Les hospitaliers ont pu s'organiser comme ils le souhaitent pour prendre en charge les patients (exemple des réaménagements d'unité ou d'extension de lits de réanimation).* »

De ce point de vue, des leçons doivent être tirées de la crise sanitaire. En ce qui concerne tant le contrôle budgétaire que les autorisations d'activité, les rapporteurs appellent donc à **davantage faire confiance aux établissements de santé et à substituer à des mécanismes de vérification continue et d'autorisations a priori des mécanismes de contrôle et d'inspection a posteriori.**

Cette proposition est particulièrement valable en ce qui concerne les créations et fermetures de services ou de lits, pour lesquels il serait pertinent de **passer d'un régime de déclaration à un régime de déclaration**, dès lors que ladite ouverture ou fermeture est conforme au PRS. **Cela donnerait davantage de souplesse et de marge de manœuvre aux établissements de santé.**

Proposition n°15 : Simplifier les régimes d'autorisation d'activités des établissements de santé et les transformer, lorsque cela est possible, en régimes de déclaration, notamment en ce qui concerne les créations et fermetures de services ou de lits.

B. DONNER DES MARGES DE MANŒUVRE AUX ARS

Pour permettre aux ARS de remplir leurs objectifs, il faut leur donner les moyens des ambitions importantes qui leur ont été confiées par le législateur. Cela implique de leur donner des marges de manœuvre et de recentrer leur pilotage national sur les grands objectifs stratégiques, mais également de leur donner les moyens financiers et humains nécessaires à l'accomplissement de leurs missions.

1. Renover le pilotage national des ARS, pour un pilotage plus stratégique et plus transversal

a. Redonner au conseil national de pilotage son rôle d'impulsion stratégique

Le CNP est petit à petit devenu une instance purement administrative. Il doit retrouver le rôle de pilotage politique et stratégique qui lui a été confié par la loi HPST, qui dispose que le CNP est présidé par **les ministres chargés de la santé, de l'assurance maladie, des personnes âgées et des personnes handicapées, ou leur représentant.**

Comme le soulignait déjà la Cour des comptes en 2015, « *contrairement à la vision initiale et aux textes, le ministre ne préside plus le CNP. Celui-ci est donc de fait présidé par le secrétaire général qui renvoie à l'arbitrage du cabinet. Le directeur de cabinet réunit régulièrement les directeurs des directions opérationnelles mais en dehors de la présence du secrétaire général. La question se pose de la réalité d'un pilotage stratégique par une instance composée essentiellement de directeurs, dans un ministère fortement cloisonné, où le partage des responsabilités, sur nombre de sujets, est complexe, voire peu clair et de surcroît confronté à la puissance de l'assurance maladie.* »⁽¹⁾ Depuis 2017, le CNP n'a été présidé par le ministre qu'une seule fois.

La re-politisation du CNP est nécessaire. Elle devrait contribuer à la diminution des instructions trop nombreuses et trop précises transmises aux ARS, et recentrer le CNP sur son rôle d'orientation.

Parallèlement, **la composition du CNP pourrait utilement évoluer, afin d'y intégrer Santé publique France.** Cela pourrait constituer un premier élément

(1) Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, chapitre VI « La stratégie et le pilotage central de l'organisation du système de soins : une refonte nécessaire », Cour des comptes, septembre 2015.

de réponse aux problèmes d'articulation rencontrés en région entre Santé publique France et les ARS.

Proposition n°16 : Renforcer le pilotage politique du CNP, via notamment une présidence plus régulière du ministre de la santé.

Proposition n°17 : Intégrer Santé Publique France au sein du CNP.

b. Repositionner le secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales

Au cours des travaux préparatoires à la loi HPST, avait émergé l'idée qu'en parallèle de la création des ARS devrait être créée par analogie une **Agence nationale de santé**. Le rapport d'Yves Bur considérait ainsi que « *seule une telle agence serait de nature à garantir la cohérence du pilotage national des ARS* ». Cette idée a ensuite fait long feu lors du débat parlementaire, et les rapporteurs considèrent aujourd'hui que la création d'une Agence nationale de santé constituerait sans doute une mauvaise réponse à une bonne question.

Toutefois, le fonctionnement en silo des directions d'administration centrale contribue largement aux dysfonctionnements que connaissent aujourd'hui les ARS.

Pour y répondre, le rôle du secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales doit impérativement évoluer. Il couvre aujourd'hui un spectre beaucoup trop large, puisqu'il a la charge non seulement de la santé et des solidarités mais également du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle, des sports ainsi que de la jeunesse et de la vie associative, et donc du périmètre de trois ministères.

Le secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales doit donc devenir un secrétariat général du ministère de la santé et des solidarités.

Parallèlement, son positionnement hiérarchique doit évoluer.

Aujourd'hui, comme dans la plupart des ministères, le secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales est chargé des fonctions support (ressources humaines, gestion financière, communication, affaires européennes et internationales, affaires juridiques, numérique). De manière plus originale, il a également pour mission d'animer et de coordonner les directions d'administration centrale des ministères de son champ de compétence. En revanche, contrairement au secrétariat général du ministère des affaires étrangères par exemple, il ne dispose pas d'une autorité sur l'ensemble des directeurs ou directeurs généraux d'administration centrale.

Comme les rapporteurs de la MECSS du Sénat avant eux, les rapporteurs considèrent qu'il est impératif de **nommer un secrétaire général dédié à la santé et à l'autonomie** – ce champ étant déjà suffisamment vaste – et **ayant autorité sur**

les directions « métiers » du ministère pour la mise en œuvre de la politique sanitaire et médico-sociale du Gouvernement.

Proposition n°18 : Nommer un secrétaire général dédié uniquement à la santé et à l'autonomie et ayant autorité sur les directions « métiers » du ministère.

c. Adapter les CPOM aux spécificités régionales

Les CPOM doivent devenir de véritables instruments de priorisation de l'action des ARS et de contractualisation avec ces dernières. Les objectifs contenus dans les CPOM devraient être peu nombreux (dix au maximum), et tous négociés en fonction des spécificités de la situation régionale. Ils pourraient utilement être élaborés en concertation avec chaque CRSA.

Les lettres de mission adressées chaque année aux directeurs d'ARS, qui sont aujourd'hui toutes identiques, doivent également être plus stratégiques, pour faire mieux apparaître les priorités de chaque ARS. Afin de renforcer cet aspect politique et stratégique, elles devraient être signées par le ministre des solidarités et de la santé plutôt que par le secrétaire général des ministères.

Proposition n°19 : Faire des CPOM et des lettres de mission des directeurs généraux d'ARS de véritables outils stratégiques.

2. Une plus grande régionalisation du financement de la santé

a. Les ORDAM : une piste qui reste floue

Au moment de la création des ARS, a été évoquée à de nombreuses reprises la possibilité de créer des « **objectifs régionaux de dépenses d'assurance maladie** » (ORDAM). Cette question revient régulièrement dans le débat public, en particulier dans le débat parlementaire.

Les contours de ces ORDAM restent flous.

S'agit-il d'isoler une sous-enveloppe régionalisée au sein de l'ONDAM, dont la gestion serait assurée par les ARS ? Dans ce premier cas, quelle serait la différence avec le FIR ?

Hypothèse beaucoup plus radicale, s'agirait-il de ventiler l'ensemble de l'ONDAM en sous-objectifs régionaux, librement répartis par chaque ARS ? Comme le souligne le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) dans son avis d'avril 2021 sur la régulation du système de santé, cette seconde piste « *impliquerait une régionalisation des mécanismes de régulation, c'est-à-dire des tarifs des établissements et des conventions conclues avec les organisations représentatives des professionnels libéraux* ». **Pour les rapporteurs, cette solution, qui pourrait renforcer les inégalités de santé, n'est pas souhaitable et**

ne serait acceptée ni par les professionnels de santé, ni par les citoyens et assurés.

b. Une évolution du fonds d'intervention régional préférable

La question de l'évolution du fonds d'intervention régional doit en revanche être posée.

C'est une somme loin d'être négligeable qui est entre les mains des directeurs généraux d'ARS, **car le montant du FIR s'élève à 3,7 milliards d'euros en 2019, et à 3,8 milliards d'euros dans la loi de financement de la sécurité sociale adoptée pour 2021.**

Deux actions représentent plus du tiers des montants liquidés en 2019 : la permanence des soins en établissements de santé (701 millions d'euros environ), et les aides à l'investissement hors plans nationaux (541 millions d'euros).

Toutefois, comme le rappelle le dernier rapport d'activité du FIR, cette souplesse d'utilisation reste relative, car elle est structurellement contrainte du fait de la nature des dispositifs financés par le FIR, qui « *génère des besoins de financement incompressibles ou fortement rigides représentant, selon une estimation réalisée par le secrétariat général du ministère des affaires sociales à l'issue des dialogues de gestion FIR de 2019, de l'ordre de 87 % de l'assiette du FIR* ».

Depuis 2015, le FIR a été assorti d'un dispositif de péréquation, qui doit permettre de mieux l'adapter aux besoins de santé régionaux. La péréquation s'applique à 60 % du total des crédits. Comme l'a souligné la Cour des comptes dans son rapport de 2020 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, cette péréquation est cependant peu transparente : « *trois critères, dont la formule de calcul n'est pas connue des ARS, sont pris en compte afin de pondérer la répartition des dotations en fonction de la population : la mortalité brute, un indice synthétique de précarité et le taux d'ALD (affections de longue durée), pour tenir compte des maladies chroniques [...] sachant qu'elle n'est pas appliquée aux dotations de la Corse et des régions ultramarines du fait de la prépondérance du critère populationnel mais également pour des raisons de spécificités territoriales, réelles mais non explicitées* ». Surtout, ses effets restent très limités : « *La péréquation est encadrée, de façon à ce que l'évolution de la dotation d'une région ne puisse conduire, d'une année sur l'autre, à une baisse supérieure à 1 %. Ses effets ne peuvent donc être que très modestes (quelques centaines de milliers d'euros en général). Ils ne font d'ailleurs l'objet d'aucun chiffrage national et n'ont donc à ce jour pas permis de limiter les disparités historiques dans la répartition des dotations.* »

S'ils s'opposent à l'idée d'ORDAM, les rapporteurs sont en revanche favorables à un **renforcement de ces mécanismes de péréquation du FIR**, afin que ce dernier soit mieux calibré en fonction des déterminants de santé du territoire.

Ils sont également favorables à la **fusion, en un seul budget annexe, de l'ensemble des crédits à la main des ARS, et donc du FIR mais également des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation et des crédits issus de la CNSA, avec le moins de fléchage de crédits possible.** Cette absence de fléchage des crédits demandera une importante discipline tant de la part du Gouvernement que des parlementaires.

La dotation MIGAC

Parallèlement à l'instauration de la tarification à l'activité dans les établissements de santé, un financement complémentaire a été maintenu pour la couverture de certaines charges dans ces établissements, notamment liées à des missions de service public: la dotation dite « pour missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation » (MIGAC).

Cette dotation représente au total **7,2 milliards d'euros en 2019.**

En pratique, la dotation Migac est divisée en deux compartiments servant à financer :

- les missions d'intérêt général (Mig), lesquelles comprennent les Missions d'Enseignement, Recherche, Référence, Innovation (Merri), qui représentent près de la moitié de l'enveloppe totale ;
- les aides à la contractualisation (AC).

La liste des missions d'intérêt général (Mig), de même que la répartition de cette dotation entre régions, sont fixées par arrêté. Cette dotation est ensuite gérée par les ARS, qui disposent d'une marge de manœuvre sur une partie d'entre elles, bien qu'une grande partie de ces crédits soient fléchés.

Cette fusion a été proposée à la mission par Jean-Yves Grall, président du collège des directeurs généraux d'ARS.

Dans son rapport précité, la Cour des comptes soulignait également le flou de la frontière entre le FIR et les dotations « MIGAC »: « *Certaines missions d'intérêt général (Mig) ne sont plus financées par la dotation Migac. Treize d'entre elles ont en effet été transférées dans le FIR, notamment pour contribuer à son abondement initial. Les aides à la contractualisation constituent une autre illustration de la relative porosité entre les actions financées par l'une ou l'autre des dotations. Selon les termes de la circulaire du 1^{er} août 2011, antérieure donc à la création du FIR, les aides à la contractualisation sont définies comme "la marge de manœuvre laissée aux agences régionales de santé afin de répondre à des orientations ou des problématiques régionales, non prises en compte par les autres sources de financement". Cette formulation, très imprécise, recouvre largement l'objectif de la mission 4 du FIR, laquelle finance également des opérations de restructuration et de modernisation des établissements.* »

Proposition n°20 : Fusionner, en un seul budget annexe, l'ensemble des crédits à la main des ARS, en leur donnant la plus grande latitude possible dans leur utilisation.

c. La régionalisation de certains financements conventionnels ?

Au-delà de la seule question du FIR, les rapporteurs sont favorables à la **régionalisation d'une part marginale et négociée à l'échelon national de certains financements conventionnels.**

Les ARS pourraient ainsi décliner certains éléments des politiques conventionnelles à l'échelle de la région. C'est tout particulièrement le cas pour les aides à l'installation des professionnels de santé relevant aujourd'hui de la négociation entre les professionnels et l'assurance maladie au niveau national, qui pourraient utilement être régionalisées, dans un cadre national prédéfini. Cette piste, déjà évoquée par la Cour des comptes et le HCAAM, permettrait notamment de donner des outils aux ARS dans leurs relations avec les professionnels de santé de ville.

Proposition n°21 : Régionaliser une part marginale et négociée à l'échelon national de certains financements conventionnels.

3. Un droit à la dérogation renforcé

Parallèlement, les ARS pourraient utilement bénéficier d'un « droit à la dérogation » renforcé, appelé de leurs vœux par les ARS ultramarines lors de leur audition.

Le décret n° 2017-1862 du 29 décembre 2017 relatif à l'expérimentation territoriale d'un droit de dérogation reconnu au directeur général de l'ARS – pris sur le fondement de l'article 37-1 de la Constitution – permet actuellement à quatre ARS (Auvergne-Rhône-Alpes, Hauts-de-France, Île-de-France et Provence-Alpes-Côte d'Azur) de déroger jusqu'au 30 juin 2021 à trois types de dispositions :

– les compétences requises des professionnels de santé pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient ;

– la composition du dossier d'agrément des personnes effectuant des transports sanitaires terrestres et le contrôle des véhicules affectés aux transports sanitaires ;

– la détermination des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins.

Pour les rapporteurs, un bilan approfondi doit être effectué de l'usage qui a été fait de ces dérogations, à l'heure où le ministère de la santé dispose déjà de plusieurs éléments d'évaluation (cf. annexe). Il devrait être envisagé d'aller

beaucoup plus loin dans le droit à la dérogation reconnu aux directeurs généraux d'ARS, sur le modèle de celui qui est aujourd'hui reconnu aux préfets ⁽¹⁾.

Proposition n°22 : Reconnaître un droit à la dérogation aux directeurs généraux d'ARS.

4. Préserver les moyens de fonctionnement des ARS

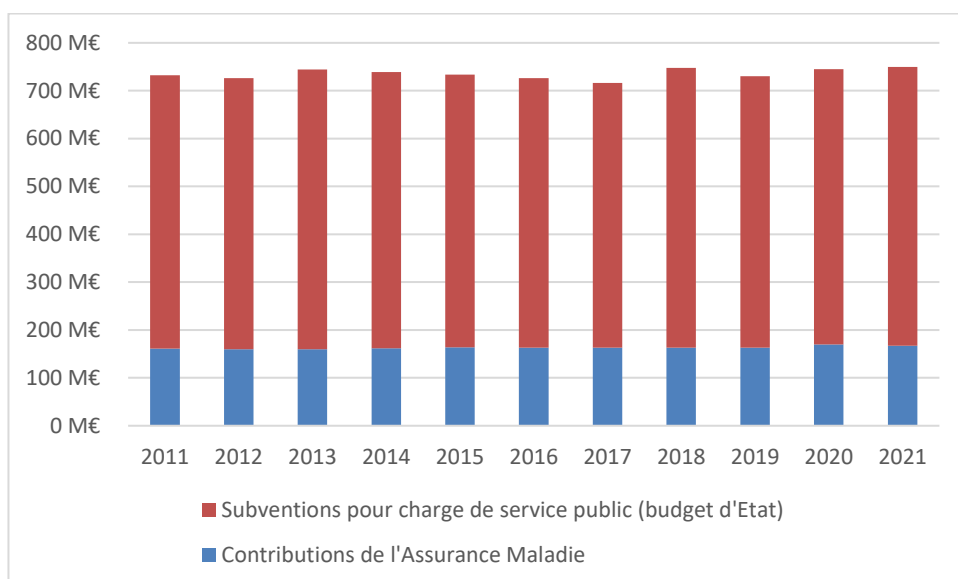
Donner les moyens de leurs ambitions aux ARS doit passer par de nouvelles marges de manœuvre mais également par une attention portée à leurs moyens de fonctionnement, en particulier dans le contexte de la réforme territoriale.

Le budget de fonctionnement des ARS est resté relativement stable depuis leur création, qu'il s'agisse de la contribution des régimes obligatoires d'assurance maladie ou de la subvention de l'État pour charges de service public. Cette dernière, portée par le programme 124 du budget de l'État, abonde le budget principal des ARS, et finance 80 % de leurs dépenses de personnel, ainsi que 15 % de leurs dépenses de fonctionnement et d'investissement. Cette subvention a toutefois fait l'objet de plusieurs abattements depuis 2011 : en 2019, elle a notamment été minorée en gestion à hauteur de 17,7 millions d'euros, ce dont la loi de finances pour 2020 a tiré les conséquences en prévoyant un abattement de 20 millions d'euros sur cette subvention. Évidemment, les budgets des ARS pour 2020 et 2021 se sont par la suite distingués par les contributions exceptionnelles liées aux enjeux de gestion de la crise sanitaire.

CONTRIBUTIONS AUX BUDGETS PRINCIPAUX DES ARS DEPUIS 2011

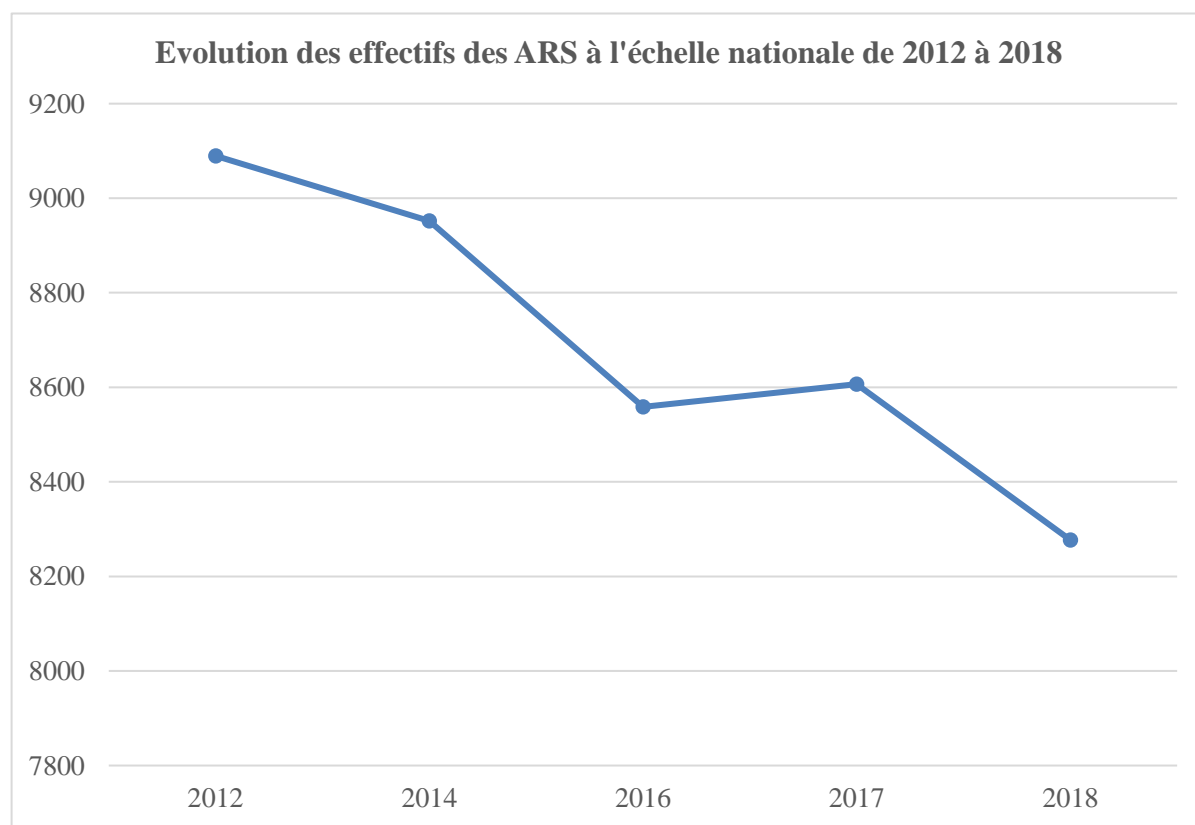
	Contribution AM touchée par les ARS	SCSP touchée par les ARS	Total
2011	161 000 000	571 514 498	732 514 498
2012	160 000 000	566 065 477	726 065 477
2013	160 000 000	584 489 911	744 489 911
2014	162 000 000	576 802 268	738 802 268
2015	164 000 000	569 694 870	733 694 870
2016	163 500 000	563 128 139	726 628 139
2017	163 500 000	552 886 645	716 386 645
2018	163 500 000	584 088 403	747 588 403
2019	163 500 000	566 948 577	730 448 577
2020	169 877 358	574 928 265	744 805 623
dont LFR COVID	6 377 358	22 610 630	28 987 988
Hors LFR COVID	163 500 000	552 317 635	715 817 635
2021	167 017 155	582 917 321	749 934 476
dont COVID	3 009 190	10 668 940	13 678 130
Hors COVID	164 007 965	572 248 381	736 256 346

(1) Décret n° 2020-412 du 8 avril 2020 relatif au droit de dérogation reconnu au préfet.



Source : secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales, à la demande des rapporteurs.

En revanche, **les effectifs des ARS ont systématiquement baissé depuis 2012**. Entre 2012 et 2018, **ces effectifs totaux ont diminué de 9 % au total**, passant de 9 090 à 8 277 sur cette période. Cette baisse des effectifs est très variable selon les régions, pouvant aller jusqu'à 14 % en Bourgogne-Franche-Comté.



Source : commission des affaires sociales d'après les données du secrétariat général des affaires sociales.

ÉVOLUTION DES EFFECTIFS DES ARS PAR RÉGION

Région	Total					Evolution 2012-2018	Taux d'évolution annuel
	ETP 2012	ETP 2014	ETP 2016	ETP 2017	ETP 2018		
Auvergne-Rhône-Alpes	956,02	942,44	920,6	907,2	899,55	-6%	-1,0%
Bourgogne-Franche-Comté	488,16	471,6	469,1	455,6	420,9	-14%	-2,4%
Bretagne	413,3	399,7	387,34	390,75	370,54	-10%	-1,8%
Centre-Val-de-Loire	353,8	355,25	339,59	346,1	327,2	-8%	-1,3%
Corse	110,23	112,6	108,2	108,5	106,8	-3%	-0,5%
Grand-Est	793,53	766,54	738,02	735,9	727,36	-8%	-1,4%
Guadeloupe	194,32	192	195,4	172,4	168,8	-13%	-2,3%
Guyane	74,51	80,4	78,4	81,4	72,2	-3%	-0,5%
Hauts-de-France	711,55	692,6	659,7	673,39	640,12	-10%	-1,7%
Ile-de-France	1225,94	1199,26	1151,51	1154,4	1096,9	-11%	-1,8%
Martinique	151,34	219,5	155,8	147,8	143,3	-5%	-0,9%
Normandie	424,86	417,2	387,7	392,3	397	-7%	-1,1%
Nouvelle-Aquitaine	885,82	865,6	828,65	863,1	793,8	-10%	-1,8%
Occitanie	812,43	780,8	732,4	768,39	736,31	-9%	-1,6%
Océan Indien	422,45	414,3	410,7	391,9	407	-4%	-0,6%
Pays-de-la-Loire	433	441	426,4	418,9	405,7	-6%	-1,1%
Provence-Alpes-Cote d'Azur	638,3	601,3	569,19	598,74	563,66	-12%	-2,1%
Total général	9089,56	8952,09	8558,7	8606,77	8277,14	-9%	-1,5%

Source : secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales.

Pour les rapporteurs, si la simplification des missions des ARS devrait permettre dans un second temps d'alléger la charge de travail, l'attention doit aujourd'hui être portée sur la préservation de ces effectifs, nécessaire à la réalisation par les ARS de l'ensemble des missions dont elles ont la charge.

Proposition n°23 : Préserver les moyens humains des ARS.

TRAVAUX DE LA MISSION

La mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) procède à l'audition de M. Olivier Véran, ministre des solidarités et de la santé, lors de sa réunion du lundi 10 mai 2021.

M. le président Jean-Carles Grelier. Après plus de cinquante heures d'auditions et deux déplacements, la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) arrive presque au terme de ses auditions en vue de la préparation d'un rapport sur l'évaluation des agences régionales de santé (ARS). Agnès Firmin Le Bodo et moi-même avons, dès l'origine, pris deux partis. Le premier est d'évaluer les ARS sur leurs dix années d'existence et pas seulement depuis le début de la crise sanitaire. Le second est de ne pas céder aux sirènes qui nous poussent à proposer la suppression des ARS. À l'heure où le monde de la santé est bousculé par la crise sanitaire, une telle réforme n'aurait en effet pas de sens. Nous avons donc préféré proposer des améliorations, en réfléchissant notamment à une meilleure territorialisation.

Je voudrais commencer par une note d'ambiance. Vous avez été, monsieur le ministre, praticien hospitalier, parlementaire, rapporteur général de la commission des affaires sociales et membre de la MECSS. Votre lecture des ARS a-t-elle évolué au gré de ces fonctions ?

Au cours des auditions, plusieurs de vos prédécesseurs au ministère de la santé ont jugé que l'administration centrale était restée organisée en silos et n'avait pas accompagné l'évolution des ARS. Est-ce ainsi que vous voyez les choses ? Je prends l'exemple du département dont je suis l'élu, où un service d'urgences va sans doute être fermé en pleine crise sanitaire par l'ARS en raison d'un manque d'effectif, le Centre national de gestion ayant laissé partir deux praticiens hospitaliers par voie de mutation. N'y a-t-il pas là une occasion de fluidifier les relations entre les différents services de votre ministère et les ARS ?

À l'occasion des différentes auditions, nous avons pu constater une très grande disparité dans l'organisation territoriale des ARS, notamment au niveau du département. Si la souplesse de leur statut est plutôt intéressante, cette disparité se traduit par des situations où des directeurs départementaux siègent au comité exécutif (COMEX) ou se trouvent même investis d'un important pouvoir délégué du directeur général alors que, dans d'autres, les délégués départementaux ne sont que des courroies de transmission. Cela a généré des incompréhensions et des réactions négatives des associations d'élus locaux. Le Ségur de la santé prévoit le renforcement du lien territorial entre le ministère de la santé, d'une part, et les acteurs de la santé et les élus des territoires, d'autre part. Comment améliorer les choses ? Pensez-vous qu'il faudrait aller jusqu'à définir un schéma organisationnel

identique pour tous les départements afin d'assurer une parfaite égalité entre tous les territoires ?

M. Olivier Véran, ministre des solidarités et de la santé. Je connais la qualité des travaux de la MECSS, dont j'ai suivi les publications au fil des ans. La MECSS, grâce à sa capacité à anticiper et à travailler dans la transversalité, est le lieu pour se poser les bonnes questions, au-delà des clivages politiques.

Je ne suis pas venu pour vous dire que tout va bien. Je n'avais cette habitude ni comme médecin, ni comme député, ni comme rapporteur général ; je ne l'ai pas plus comme ministre. Toutefois, mon premier message est de reconnaître l'exceptionnelle capacité de réactivité des agences régionales dans la durée et dans l'effort. Je la vis au quotidien. J'ai par exemple envoyé avant le week-end un SMS à un certain nombre de directeurs généraux d'ARS pour leur donner des objectifs chiffrés de vaccination à atteindre au 15 mai et les enjoindre à redoubler leurs efforts de mobilisation en ouvrant les centres de vaccination la nuit ou encore en vaccinant les vacanciers sur les aires d'autoroute.

Prenons de la hauteur. Nous parlons d'une crise sanitaire. Une crise, par définition, arrive sans qu'on ait pu l'anticiper et bouleverse l'action du quotidien. Les acteurs des agences régionales doivent donc traiter les affaires courantes, qui sont légion, et en même temps gérer et piloter la réponse à la plus grande crise que le monde ait connue depuis plus d'un siècle. Si tout cela se faisait sans difficulté et sans besoin de renfort dans les territoires, le premier procès que je pourrais faire en tant qu'ancien rapporteur général serait de juger que les ARS sont surdimensionnées en temps normal. Or, malgré les renforts et les soutiens, les équipes des ARS gèrent la crise au prix d'une fatigue conséquente, car elles sont mobilisées en semaine et en week-end et ont dû renoncer à des congés. Ces équipes sont des travailleurs de première ligne, essentiels et très engagés, qui ont réussi à faire face et continuent à le faire. Je leur tire donc mon chapeau.

Cette agilité que je constate dans mon quotidien avec les ARS, je la constate également avec les hôpitaux. Ainsi, des espaces permettant d'accueillir des civières de malades du covid-19 à l'extérieur des bâtiments, afin d'éviter de contaminer les autres patients, ont pu être organisés en 72 heures, voire en 48 heures. Autre exemple : les capacités en lits de réanimation ont été triplées grâce à la transformation de blocs opératoires en salles de réanimation. Je pourrais donc le discours de ceux qui voient dans l'hôpital une vieille structure trop rigide qu'il faudrait moderniser. Les hôpitaux en France sont modernes et réactifs. Il faut cesser de focaliser son attention sur ce qui ne va pas ! Malgré trois vagues épidémiques importantes, nous pouvons nous targuer de n'avoir jamais eu à trier les malades et nous n'avons pas subi de carence de médicaments de réanimation. La France n'a pas connu les scènes que nous avons pu voir en Italie, avec des malades utilisant des bouteilles d'oxygène dans les voitures, ou en Inde, où trois malades se partagent un même masque à oxygène. Ces résultats ont été obtenus grâce aux efforts des personnels des hôpitaux.

Je ne suis pas issu de la majorité qui a voté la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite loi HPST : il serait donc facile pour moi de la critiquer. Je salue au contraire le formidable travail de construction qui a abouti à la « loi Bachelot » : celle-ci a non seulement créé les ARS, mais également mis fin au pilotage en silos de l'offre de médecine de ville et de médecine hospitalière en créant la direction générale de l'offre de soins (DGOS). Cet outil centralisé donne une vision à 360 degrés de l'offre de soins. Cela ne me choque pas de voir, d'un côté, des administrations centrales focalisées sur des objectifs nationaux et, de l'autre, des agences déconcentrées et polyvalentes ayant une vision globale au niveau régional.

La structure qui doit avoir une vision centrale, polyvalente et à 360 degrés au niveau national, c'est bien le ministère. Il avait été question de créer une agence nationale de santé, et j'en avais d'ailleurs été partisan, mais trop regrouper à l'échelle nationale, c'est prendre le risque de faire disparaître le politique. Une telle agence aurait eu pour conséquence une totale dépolitisation de la gestion de crise sanitaire. Je ne m'inscris pas dans les procès contre l'État profond, mais la place du politique dans la gestion d'une crise sanitaire au sein d'un système démocratique comme le système français est fondamentale.

La question de l'organisation départementale a été abordée en début de mandat afin d'améliorer les conditions de recrutement des délégués départementaux. Historiquement, les postes de directions départementales furent occupés par des fonctionnaires exerçant des fonctions de direction dans les sept structures fusionnées par la loi HPST. On demandait donc à des ingénieurs des eaux, sans doute très compétents, de gérer la politique sanitaire et sociale à l'échelle d'un département, en lien avec les élus. Aujourd'hui, les profils des délégués départementaux ont considérablement évolué et continueront d'évoluer.

Je constate lors de mes déplacements que les élus ont tendance à comparer le directeur général de l'ARS de leur région au préfet de leur département. Je ne connais pas le nom des préfets de région ni des délégués départementaux d'ARS qui se sont succédé au cours de mon mandat de député. Je connaissais en revanche le préfet de département et le directeur général de l'ARS. On ne peut pas comparer un délégué départemental à un préfet de département : ni les fonctions ni la force de frappe organisationnelle en proximité ne sont les mêmes. Il est donc important qu'un directeur général d'ARS entretienne la même proximité avec les élus qu'un préfet de département. Cette importance a été renforcée après la réforme des régions. Je demande donc aux directeurs généraux d'ARS et aux délégués départementaux nouvellement nommés d'être le plus possible en lien avec les élus dans les territoires. Leur fonction politique est aujourd'hui très forte.

Le fonds d'intervention régional (FIR) est un outil d'agilité des ARS. Chaque année, lors de la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale, certains essaient de fixer des sous-objectifs au niveau national. C'est une chance énorme pour notre pays d'avoir des agences régionales dotées de budgets conséquents qu'elles peuvent dépenser comme elles le souhaitent. C'est ce qui a

permis pendant la crise sanitaire de trouver très rapidement, sans avoir besoin d'aller chercher des budgets au niveau national, des solutions opérationnelles. Voilà un aspect réussi de la déconcentration.

Nous allons discuter de ce qui doit être amélioré ou renforcé. Je ne suis pas là pour faire l'apologie des ARS et des délégations départementales, mais il ne faut pas perdre de vue l'effort conséquent réalisé par ces structures. Lors de mes déplacements, je demande aux préfets que je rencontre leur avis sur l'action des ARS. Tous me disent, à l'exception d'un préfet qui avait eu des difficultés avec son délégué départemental, qu'ils sont heureux de travailler avec les ARS et que les choses se passent très bien. Je le constate aussi de ma fenêtre. Il faut donc insister sur ce qui fonctionne tout en corrigeant ce qui doit l'être.

Mme Agnès Firmin Le Bodo, rapporteure. Je constate que vous rejoignez notre avis, monsieur le ministre : il ne faut pas supprimer les ARS, comme certains nous enjoignent de le faire, mais bien essayer d'améliorer ce qui peut l'être. Toutefois, je n'irais pas jusqu'à dire, comme vous-même ou les préfets, que tout va bien.

M. le ministre. Les préfets me disent qu'ils ont vu une évolution notable.

Mme Agnès Firmin Le Bodo, rapporteure. Disons que tout ne va pas mal. La crise sanitaire a mis en avant les ARS et soulevé l'enjeu de leurs relations avec le territoire. Jean-Carles Grelier et moi-même sommes convaincus que des améliorations peuvent être apportées – nous ferons des propositions à ce sujet dans la partie de notre rapport consacrée à la gestion de crise. Comment institutionnaliser les relations que les directeurs généraux d'ARS ont construites avec les préfets ? Quel rôle donner aux délégués départementaux ? Il faut lutter contre ce sentiment d'éloignement des ARS, qui s'est renforcé après la loi créant les grandes régions, même si certains collègues que nous avons interrogés n'ont pas ce ressenti. Quels moyens humains affecter à cet objectif et avec quels profils ? Faut-il désengorger les directions régionales pour mettre plus de moyens dans les départements ? Il faut également lutter contre le sentiment d'inégalité territoriale. Jean-Carles Grelier et moi-même proposons d'instituer un schéma d'organisation identique pour toutes les ARS.

Dans le cadre d'une crise qui, comme celle que nous traversons, dure, l'idée d'une réserve administrative pouvant épauler les équipes du ministère et des ARS, qui sont sur le pont jour et nuit, semble intéressante. Une telle réserve pourrait être intégrée à un schéma de crise.

Ma dernière question porte sur la démocratie sanitaire et sur le rôle des usagers et des élus. Quelle en est votre vision ?

Mme Valérie Six. Je voudrais d'abord saluer le travail des coprésidents et de la rapporteure, qui a permis de dresser un bilan du déploiement des ARS et de dessiner des perspectives pour le futur.

Santé publique France, établissement public placé sous la tutelle du ministère de la santé, et les ARS peuvent élaborer des conventions sur le suivi épidémiologique, des investigations en santé environnementale, la réserve sanitaire ou les campagnes de prévention. Sur ce dernier point, les inégalités d'engagement dans les régions sont flagrantes, d'autant plus que les ARS sont actuellement principalement mobilisées sur l'offre de soins. Envisagez-vous une déconcentration plus poussée dans ce domaine ? La prévention en région doit être développée avec les décideurs locaux et Santé publique France doit être plus visible dans les territoires.

Mon groupe a l'habitude de vous interroger régulièrement sur la répartition territoriale du fonds d'intervention régional. Je suis d'accord avec vous, c'est un outil important pour adapter le financement des ARS en fonction des besoins qu'elles identifient dans leur territoire, en matière tant d'offre médico-sociale et de soins sanitaires que de prévention ou de facilitation de l'accès aux soins. Nous proposons notamment que le FIR soit réparti en fonction d'indices tenant compte de la situation sanitaire régionale, afin d'éviter que les maladies chroniques ne pèsent trop lourdement sur le système de soins. Cette question est centrale, notamment dans les Hauts-de-France. Comment réduire la fongibilité asymétrique, qui joue souvent au détriment du FIR ?

M. Olivier Véran, ministre. Il faut renforcer le niveau départemental. Le Premier ministre s'y est d'ailleurs engagé et j'y suis très favorable. Tous les postes fonctionnels qui doivent être créés le seront à l'échelle départementale afin de permettre au délégué départemental de faire face à la multiplicité de ses missions. Cela permettra en outre de renforcer les relations avec les collectivités.

Un cadrage interdépartemental est souhaitable, mais un schéma identique ne permettrait pas de tenir compte de la particularité de chaque département. On ne peut pas comparer l'Isère et la Lozère. La crise sanitaire, mais aussi la gestion quotidienne nous ont montré qu'une certaine souplesse était nécessaire. Il faut prendre garde à ce que la décentralisation ou la déconcentration ne s'accompagnent pas de règles strictes établies au niveau national. De nombreux directeurs généraux d'ARS se plaignaient que les priorités nationales de politique sanitaire à appliquer dans les territoires consommaient 90 % de leur FIR, transformant ainsi un fonds qui devait être dédié à l'innovation et à l'intervention directe en un budget qui taisait son nom. Les choses se sont améliorées, mais il faut faire attention. Je précise que les sommes allouées au FIR sont fongibles, sauf la partie consacrée à la prévention, qui est sanctuarisée et ne peut être amputée.

La réserve de support est fondamentale. Elle a d'ailleurs été activée au niveau central et au niveau territorial. J'ai moi-même pu voir cette réserve en action puisque la bibliothèque du ministère a été transformée en un immense open space où se côtoyaient des personnes venues de partout pour nous prêter main forte. Le secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales fait un gros travail pour garder la mémoire des personnes ayant travaillé dans ce cadre tout au long de la crise sanitaire. Leur participation a été plus ou moins longue. Certains l'ont fait

de façon bénévole et les profils étaient divers : des personnes venant du secteur public – des militaires, des pompiers, des gendarmes – de la société civile ou du secteur privé. On m’a reproché d’avoir fait appel à des acteurs privés, mais je ne le regrette pas, car ils ont fait preuve d’un savoir-faire incroyable, notamment en matière logistique.

La plupart des ARS souhaitent avoir davantage la main sur les « cellules d’intervention en région » (CIRE) qui, aujourd’hui, relèvent de Santé publique France. J’ai d’ailleurs observé un manque de liaison en certains endroits entre les CIRE et les ARS. Il faudra en tirer les conclusions une fois la crise passée.

La santé environnementale est un sujet passionnant. Pas plus que les autres pays, la France ne dispose d’une capacité parfaitement adaptée dans ce domaine et j’ai pu constater comme député et comme médecin les lacunes de notre système, mais il s’agit d’un domaine émergent dans lequel nous avons encore tout à apprendre.

La santé environnementale et son organisation territoriale demandent des moyens importants car il s’agit de mener des actions de prévention, d’information et d’intervention, y compris dans l’urgence. Lors de l’incendie de l’usine Lubrizol, la communication avait été faite par secteur plutôt que de façon globale : sur la qualité de l’eau d’abord, puis, deux jours plus tard, sur la qualité de l’air. Je m’attendais naïvement à voir des médecins en blouse blanche expliquer aux habitants qu’ils pouvaient vivre en toute sécurité dans la périphérie de l’usine, mais on a préféré fonctionner de façon très sectorielle. Je ne suis pas certain que les médecins du travail aient été appelés en urgence, alors qu’ils étaient les plus à même de connaître la nature des produits stockés dans l’usine et dont la combustion aurait pu provoquer des dégâts sanitaires. Je ne suis pas convaincu non plus que l’on appelle en premier lieu les médecins du travail et les vignerons en cas de pollution agricole à côté d’une école, alors qu’ils connaissent les produits et la zone d’épandage. La réponse aux cas d’agénésie des bras, qui, dans l’Ain et ailleurs, faisaient peur à la population n’a pas été suffisamment globale et structurée.

Les réponses aux enjeux de santé environnementale doivent être améliorées et nécessiteront d’importants moyens publics. Le métier de préventologue pourrait être une piste d’amélioration : il serait chargé, dans le cadre d’une pensée globale, de former, d’informer et d’enquêter sur place, avec une équipe capable de se projeter immédiatement pour réaliser des prélèvements d’eau et d’air.

M. le président Jean-Carles Grelier. Dans l’esprit d’Agnès Firmin Le Bodo comme dans le mien, il ne s’agit pas de créer un schéma d’organisation départemental sur le modèle des anciennes directions départementales des affaires sanitaires et sociales, avec la même lourdeur. L’idée est que chaque délégué ou directeur départemental ait le même degré de compétence, pour gérer par exemple une partie du FIR, et de délégation de la part du directeur général de l’ARS afin que la réponse aux demandes des acteurs de santé et des élus locaux soit la plus rapide possible dans tous les départements du territoire.

M. le ministre. L'organisation départementale ne peut être la même dans un département sur le territoire duquel se trouve un site classé Seveso et dans un département qui n'en a pas. Encore une fois, je suis favorable à un cadrage, mais pas à une organisation uniforme.

Des débats ont eu lieu pour savoir s'il fallait retirer les enquêtes sur les eaux de la compétence des ARS pour les transférer aux préfetures. Sans la compétence et la disponibilité des agents des ARS, qui sont capables de réagir les soirs et les week-ends pour faire face à une urgence sanitaire potentielle, la qualité de la réponse n'aurait pas été la même. Cette vision globale est indispensable.

M. le président Jean-Carles Grelier. Globalement, nous partageons votre analyse. Une des surprises de nos auditions est le malaise exprimé par les représentants du corps du génie sanitaire et des corps de contrôle qui, à plusieurs reprises, se sont interrogés pour savoir s'ils avaient encore leur place dans l'organigramme des ARS. Le corps du génie sanitaire se trouve souvent partagé entre le préfet au titre de la police administrative et le directeur général de l'ARS pour la police sanitaire. Certains d'entre eux ont manifesté le souhait de quitter le giron sanitaire pour rebasculer sous le giron préfectoral.

Pourquoi avoir fait le choix, dès le début de la crise, de déroger au code de la santé publique en confiant l'essentiel de la gestion de la crise au ministère de la santé plutôt qu'au ministère de l'intérieur ? Nous avons posé cette question à votre secrétaire général et à votre directeur général de la santé : ils nous ont renvoyés à la dimension politique – je m'adresse donc directement à vous. Les préfets que nous avons auditionnés nous ont dit que les relations avec les ARS étaient fluides mais la question demeure de savoir pourquoi ils n'ont pas été les premiers acteurs de la crise. Le code de la santé publique prévoit en effet qu'en cas de crise sanitaire, c'est le préfet qui est à la manœuvre, avec l'expertise du directeur général de l'ARS.

La crise sanitaire a été l'occasion de voir l'intelligence de terrain se manifester. De nombreuses organisations ont fait fi des habitudes en agissant avec efficacité hors des cadres et des normes. Pouvez-vous nous donner des garanties que ces pratiques menées au plus près de la réalité du terrain seront prises en considération une fois la crise terminée ? Les hôpitaux se sont organisés de façon beaucoup plus souple qu'à l'accoutumée, en s'affranchissant dans une certaine mesure de l'autorité administrative des ARS. Nous espérons que des décisions fortes seront prises à la suite de ce retour d'expérience.

M. le ministre. Les comités exécutifs des ARS sont composés pour un tiers de personnes issues des corps de contrôle et la totalité des délégués départementaux y siègent.

Il m'est arrivé de dire qu'en cas de crise sanitaire, les préfets prenaient la main de fait sur la gestion de crise. L'article L. 1435-1 du code de la santé publique dispose, dans son alinéa 5, que le préfet peut placer les services de l'ARS sous son autorité quand une crise sanitaire entraîne un risque de trouble à l'ordre public. Cela

peut être le cas d'un attentat ou d'une guerre bactériologique, mais ce n'est pas forcément le cas d'une épidémie. Le secrétaire général de la défense et de la sécurité nationale, le préfet Bouillon, qui fait autorité, s'est exprimé devant la mission pour faire part de ses doutes sur la prise en main de la crise par les préfets, alors que ceux-ci n'ont pratiquement plus aucune compétence en matière de santé et qu'ils ne connaissent aucun des interlocuteurs, en dehors peut-être du directeur du SAMU. Il a ajouté que la collaboration avait bien fonctionné et que les préfets ne voulaient pas s'en occuper ; ces derniers me l'ont d'ailleurs tous confirmé. Nous avons fortement impliqué les préfets dans le pilotage des centres de vaccination aux côtés des ARS. Les préfets comme les directeurs généraux des ARS ont fait un très gros travail, mais le leadership en matière de politique vaccinale est assuré par les ARS et ce sont elles qui sont comptables de notre bilan.

La souplesse des pratiques est un des acquis positifs de cette crise terrible, qui nous a conduits à bazarder tout un tas de règles rigides et de normes qui n'ont pas de sens. La loi visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification adoptée à l'initiative de Mme Rist a ainsi rendu non opposable aux établissements de santé une partie conséquente du code de la santé publique, ce qui, avant la crise, eût été impensable. Aujourd'hui, nous disons à tous ceux qui se sont formidablement organisés pendant la crise : ce que vous avez réussi à faire, il n'y a pas de raison que vous ne soyez pas capables de le faire en un jour ordinaire. Nous voulons faire davantage confiance et imposer beaucoup moins de rigidité et de lourdeur.

Je mène un combat permanent dans mon ministère, parce que les habitudes de l'administration centrale peuvent revenir rapidement. En voici un exemple. Le régime d'autorisation de certains plateaux techniques m'agaçait profondément comme député et continue à m'agacer comme ministre. Les délais pour obtenir un équipement d'imagerie par résonance magnétique peuvent aller jusqu'à deux mois. Or il peut arriver que, dans une région, le comité ad hoc – la commission spécialisée de l'organisation des soins – valide trois ou quatre projets d'équipement mais que l'ARS ne puisse accorder qu'une seule autorisation dans l'année : comment en est-on arrivé là ? Le législatif comme l'exécutif ont considérablement rigidifié le droit en multipliant les normes, notamment dans le cadre de la maîtrise médicalisée. La gauche comme la droite ont fait le procès de l'hospitalo-centrisme et ont instauré des barrières et des garde-fous pour aller vers davantage de médecine de ville.

De même, le financement de la réanimation fonctionne par autorisations. Un hôpital peut se voir contraint de maintenir dix lits de réanimation et, que ces lits soient occupés par des malades ou non, le coût sera quasiment le même puisque les charges fixes en réanimation représentent 85 % des coûts liés à l'activité du service. Si tous les lits ne sont pas occupés, l'hôpital perdra de l'argent avec la réanimation. Cela a induit des comportements de recours excessif à la réanimation pour des patients qui n'en relevaient pas forcément. Aucun patient n'a été intubé alors qu'il n'en avait pas besoin, mais des facturations ont été faites pour rentabiliser un service de réanimation. Cela n'a pas de sens, surtout dans le cadre d'un dispositif qui fonctionne par autorisation. J'en avais fait le constat dans le cadre d'un rapport que

j'ai rédigé en 2015 lorsque j'étais député, et nous sommes en train de changer cela. Nous devons faire évoluer notre référentiel de gouvernance nationale pour tenir davantage compte des réalités de terrain.

Mme Agnès Firmin Le Bodo, rapporteure. Une des raisons qui nous amènent à penser qu'il faut renforcer les délégations et les directions territoriales, c'est le sentiment d'hospitalo-centrisme des ARS ressenti par l'ensemble du secteur médico-social. Ce sentiment repose sur des chiffres, étant donné l'importance du budget consacré à l'hôpital. À titre personnel, je pense que la mutation vers le secteur médico-social était en bon chemin, mais que la création des grandes régions a empêché son aboutissement. Ce secteur se sent aujourd'hui « lésé ».

Vous avez parlé, monsieur le ministre, de préventologue – on peut aussi parler de préventeur ; la sémantique reste à définir – mais la prévention est un enjeu de santé publique. Nous continuons à nous interroger sur le positionnement de Santé publique France par rapport aux ARS, car nous n'avons toujours pas obtenu de réponses claires à ce sujet, malgré les auditions que nous avons menées. C'est un vrai souci.

M. le ministre. Un important retour d'expérience est en cours sur Santé publique France. La fusion au sein de Santé publique France de structures telles que l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé ou l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires a pu avoir du sens pour constituer un organisme davantage tourné vers les grandes campagnes de prévention que vers la gestion de crise. Depuis le début de l'épidémie, Santé publique France a été réorientée vers la gestion de crise, mais l'heure n'est pas venue de dresser un bilan définitif. Le bilan se construit au quotidien afin d'identifier des pistes de réforme. Dans cette perspective, et je le dis sans flagornerie, j'ai besoin des travaux parlementaires et du regard transversal que vous portez sur ces questions.

Il existait deux secteurs médico-sociaux : celui qui avait déjà une gouvernance médicalisée bien structurée et celui qui n'en avait pas. Pour ce dernier, il a fallu la créer très rapidement et, pour le premier, les liens avec le champ sanitaire se sont faits beaucoup plus rapidement. Le lien entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social est précieux et je dirais, même si j'ai horreur de cette expression, qu'il est gagnant-gagnant. Le paquet a été mis sur le médico-social ; ce secteur a mobilisé énormément d'énergie des équipes, car il s'est trouvé au cœur de la crise. Les gens y mouraient le plus et c'est donc là qu'il fallait prévoir la plus grande protection. Lorsque le lien entre l'hôpital et les établissements médico sociaux, tels que les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), préexistait grâce à une gouvernance forte, par exemple pour le matériel de protection, la vaccination ou la filière de prise en charge et d'hospitalisation ad hoc de patients, tout a bien fonctionné et cela a été magique.

La relation avec les départements pose en revanche davantage de questions, même si certains départements ont fourni une aide précieuse, notamment en matière de transport de marchandises ou de matériel de protection. Nous devons consacrer

notre énergie davantage à la gouvernance des EHPAD – elle fera d’ailleurs l’objet d’un futur projet de loi – qu’à la crainte que l’hôpital « bouffe » le médico-social, car c’est plutôt l’inverse qui risque de se produire. En effet, si les choses ne sont pas bien structurées, les charges placées en aval et en amont de l’action des hôpitaux pourront pourrissent les empêcher d’accomplir le cœur de leur mission. Il faut donc veiller à ce qu’une congruence très forte existe entre l’hôpital et le médico-social.

M. le président Jean-Carles Grelier. Lors d’un déplacement dans l’Yonne, la semaine passée, avec Agnès Firmin Le Bodo, nous avons pu constater que la déléguée départementale ne siégeait pas au comité exécutif de l’ARS – je le signale toutefois avec réserve car la crise sanitaire a interrompu, notamment dans l’Yonne, le processus de décentralisation vers les délégations départementales.

J’ai bu vos propos, monsieur le ministre, lorsque vous avez parlé des plateaux techniques et exprimé le souhait de passer d’un régime d’autorisation à un régime de déclaration. Au mois de juin dernier, j’ai défendu dans l’hémicycle une proposition de loi qui visait à permettre la réorganisation des hôpitaux pendant la crise. Cette proposition n’a malheureusement pas reçu votre aval – dont acte.

Comment voyez-vous demain la gouvernance des ARS, pour répondre notamment à l’aspiration des élus départementaux et régionaux d’être plus fortement impliqués dans la gouvernance de la santé ? La crise a été l’occasion de voir les départements et les régions agir de façon parfois très efficace aux côtés des ARS. Les dix-huit directeurs généraux que nous avons auditionnés ont évoqué l’idée de créer un conseil d’administration qui viendrait se substituer au conseil de surveillance et à l’intérieur duquel pourraient siéger les élus des territoires. Est-ce également votre souhait ? Comment pourrait-on permettre la co construction avec les régions dans le domaine sanitaire et les départements dans le domaine médico-social ? Cette question est essentielle pour l’avenir. À titre personnel, je ne suis pas favorable à une totale décentralisation ni à la création d’objectifs régionaux de dépenses d’assurance maladie. Comme vous, je considère que la santé doit d’abord être gérée au niveau national, afin de garantir l’égalité d’accès et de prise en charge dans tous les territoires.

M. le ministre. En Bourgogne-Franche-Comté, le COMEX est appelé comité de direction (CODIR) et la déléguée départementale de l’Yonne y siège.

Il n’existe pas de minorité de blocage dans le conseil de surveillance des ARS. Le directeur ne sera donc pas gêné dans la présentation de son budget. Les élus, qui n’y ont aucun poids décisionnel, ne sont dès lors pas incités à y siéger. Les grands élus sont d’ailleurs la plupart du temps absents des ARS – c’est un problème. La future loi relative à la différenciation, la décentralisation, la déconcentration et la décomplexification, dite loi « 4D », prévoit la transformation du conseil de surveillance en conseil d’administration avec deux vice-présidences revenant à des représentants des collectivités territoriales. Je souhaite que ces postes soient occupés par les grands représentants des collectivités. Je suis favorable au renforcement des compétences et du rôle des élus locaux dans les prises de décisions dans le domaine

sanitaire au niveau régional. Un décret allant en ce sens est d'ailleurs en cours de préparation et sera signé dès la promulgation de la loi. Le lien entre les collectivités et l'État doit être renforcé dans le domaine sanitaire.

Il faut des preuves d'amour et la première preuve d'amour, ce fut la transformation du comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers en Conseil national d'investissement en santé. Désormais, les décisions concernant les projets inférieurs à 150 millions d'euros sont décentralisées et déconcentrées : il n'y a plus d'intervention de l'État. J'ai demandé que les élus fassent partie des processus décisionnels sur les budgets hospitaliers. Par ailleurs, on peut rêver, rien n'empêche les collectivités de mettre au pot commun.

Je ne suis en revanche pas favorable à une plus forte implication des élus dans la gestion du risque sanitaire. Je n'ai d'ailleurs pas été en phase avec les élus qui s'y sont essayés. Certains l'ont fait plus ou moins publiquement, qu'il s'agisse de politique vaccinale ou d'ordonnance de certains médicaments. Je me réjouis que ces initiatives aient été bloquées au niveau national.

En tant que député, j'ai été l'auteur d'un amendement, qui a été adopté, renforçant le rôle des élus locaux comme acteurs des politiques de santé publique. La politique de santé publique a d'ailleurs été historiquement conduite par des élus locaux, à qui l'on doit les grands gains d'espérance de vie dans l'histoire de notre pays : le tout-à-l'égout, l'eau potable, l'ouverture des fortifications pour laisser passer l'air, l'élargissement des voies pour éviter une trop grande promiscuité ou encore la gestion des déchets. Aujourd'hui, je ne peux pas concevoir qu'une collectivité territoriale élabore un plan local d'urbanisme ou un plan de transport sans volet sanitaire. Le sanitaire doit imprégner les politiques des collectivités. La santé n'est pas un domaine exclusivement régalien et elle doit être davantage décentralisée, mais la gestion du risque nécessite un pilotage particulier qui doit rester l'apanage de l'État, en concertation avec les élus.

M. le président Jean-Carles Grelier. Vos services pourraient-ils nous adresser le projet de décret que vous avez évoqué, afin que nous puissions le prendre en considération dans les conclusions de notre rapport ? Puisque je suis en train de quémander des informations, j'en profite pour vous dire que nous avons adressé à votre secrétariat général, il y a déjà quelques semaines, un questionnaire et la MECSS souhaiterait vivement obtenir une réponse. Je vous rappelle que la MECSS a le privilège de pouvoir enquêter sur pièces ou sur place : nous ne voudrions pas être obligés d'aller frapper à la porte de votre ministère pour obtenir cette réponse !

M. le ministre. La réponse au questionnaire est prête et vous sera envoyée dans les jours qui viennent. Ne vous déplacez pas – si vous venez, je vous offrirai le café ! Quant au décret, il est encore en cours de préparation.

M. le président Jean-Carles Grelier. Merci, monsieur le ministre, de nous avoir consacré du temps ce matin dans le cadre d'un agenda sanitaire et parlementaire chargé.

TRAVAUX DE LA COMMISSION

La commission examine le rapport de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur les agences régionales de santé (Mme Agnès Firmin Le Bodo et M. Jean-Carles Grelier, rapporteurs), au cours de sa réunion du mercredi 16 juin 2021.

Mme Fadila Khattabi, présidente. Avant même que ne survienne la crise sanitaire, notre commission a souhaité que la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) consacre l'une de ses évaluations structurantes aux agences régionales de santé (ARS). Au vu des événements et des problématiques soulevées depuis plus d'un an, les conclusions de la MECSS sont attendues avec un très grand intérêt. Dix ans après leur création, les ARS méritent de faire l'objet d'un bilan objectif et équilibré.

M. Jean-Carles Grelier, rapporteur. Nous voici arrivés au terme de cette mission qui a commencé au mois de janvier. Ma collègue Agnès Firmin Le Bodo et moi-même avons mené une cinquantaine d'heures d'auditions et effectué deux déplacements. Nous aurions aimé pouvoir nous déplacer davantage et rencontrer un plus grand nombre d'acteurs de la santé des territoires, mais les conditions sanitaires ne nous l'ont pas permis. Malgré tout, nous avons pu faire un déplacement dans l'Yonne et un déplacement dans les Yvelines pour étudier deux réalités départementales très différentes dans le fonctionnement et l'organisation des agences régionales de santé.

Je salue et je remercie les services de l'Assemblée nationale pour le travail intense effectué sur ce rapport à nos côtés. Je voudrais aussi souligner la parfaite coordination entre les deux co-rapporteurs tout au long de ces auditions, à la fois sur le constat effectué et sur les conclusions que nous en avons tirées. Les mauvaises langues, s'il en existait, ne trouveraient pas l'équivalent d'une feuille de papier à cigarette entre Agnès Firmin Le Bodo et moi-même sur la vision que nous avons eue et que nous aimerions avoir à l'avenir des agences régionales de santé.

Nous avons auditionné un grand nombre d'acteurs du monde de la santé. Nous avons entendu de manière exhaustive les dix-huit directeurs généraux des agences régionales de santé, y compris ceux des ARS ultramarines.

La Cour des comptes avait rendu un premier rapport sur les agences régionales de santé, mais il remonte à 2012. La MECSS du Sénat a également produit un rapport d'évaluation qui remonte à 2014 et, depuis un certain temps déjà, la MECSS de l'Assemblée nationale souhaitait procéder à cette évaluation. Le dixième anniversaire de la création des agences régionales de santé en a été l'occasion.

Nous avons commencé ces travaux avec deux partis pris, affichés de manière très claire et transparente à chacune des auditions. Le premier parti pris était que nous n'étions pas favorables et que nous ne sommes toujours pas favorables à un « grand soir » des ARS, ni n'étions d'accord avec tous ceux qui nous conseillaient de tout casser pour tout reconstruire.

Nous n'y étions pas favorables pour deux raisons. La première est que cela eût été une position vraisemblablement très injuste pour les personnels des ARS qui déploient depuis un peu plus de dix ans leurs activités dans les territoires. La deuxième raison est que notre système de santé a connu beaucoup de réformes en profondeur ; il nous a semblé qu'il n'y aurait pas grand sens d'en imposer encore une au travers des conclusions de notre rapport.

Cela ne nous a pas empêchés de porter un regard critique sur les agences régionales de santé. Vous verrez dans notre présentation et nos réponses que ce regard a parfois été sans concession sur le fonctionnement des agences, mais il nous a semblé que l'intérêt de cette mission était toutefois de repérer ce qui fonctionnait comme ce qui ne fonctionnait pas bien et méritait d'être amélioré.

Notre deuxième parti pris a été de ne pas regarder les agences régionales de santé exclusivement au travers du prisme de la crise sanitaire. Ces institutions ont plus de dix années d'existence et le regard porté sur elles n'aurait pas été juste si nous nous en étions tenus uniquement à l'action des ARS durant la crise sanitaire. Bien sûr, les différents manquements que chacun a pu observer dans les territoires au début de la crise sanitaire nous ont toutefois conduits à tirer un certain nombre de conclusions.

L'autre position que nous aurions pu prendre, à laquelle nous nous sommes refusés, aurait été de considérer que le monde d'avant les agences régionales de santé était un monde idéal, celui où existaient des directions régionales de l'action sanitaire et sociale (DRASS) et des directions départementales de l'action sanitaire et sociale (DDASS). Effectivement, les élus des territoires nous ont indiqué que, à cette époque, ils avaient au moins des interlocuteurs de proximité. C'est moins vrai aujourd'hui et ce point est sans doute à améliorer.

La première mission que la loi Hôpital, patients, santé, territoires (HPST) a confiée aux agences régionales de santé est d'être le régulateur de l'offre de santé. C'est sans doute pour cette raison que ces agences ont été considérées comme très centrées sur l'hôpital par nombre d'observateurs des ARS et d'acteurs de terrain de la santé.

Pourtant, parmi les compétences attribuées aux agences régionales de santé, la régulation de l'offre de soins est finalement la seule compétence qu'elles exercent en propre. Toutes les autres compétences, notamment celle, très importante, du médico-social, sont partagées avec les départements et cette dernière compétence sera sans doute aussi partagée avec la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) dans le futur. Le bloc des corps d'inspection – médecin

inspecteur de santé publique, pharmacien inspecteur de santé publique, corps des inspections sanitaires – partage ses compétences avec le corps préfectoral. Le sanitaire et l'hôpital public constituent donc la première des missions des agences régionales de santé.

Vous verrez au travers des éléments de ce rapport que les agences régionales de santé jouent un rôle de plus en plus important, et peut-être l'exercent de mieux en mieux, dans le secteur médico-social. L'accusation assez classique qui leur est faite d'hospitalo-centrisme est de moins en moins fondée ; elle correspond en tout état de cause à leurs compétences d'origine.

Nous nous sommes posé la question du statut des agences régionales de santé. Il ne s'agit pas d'un service déconcentré, ce qui est assez peu fréquent dans l'organisation territoriale des services de l'État. Les agences régionales de santé ne sont pas le service déconcentré du ministère de la santé mais sont des établissements publics, ce qui leur donne une certaine autonomie et confère à leur personnel des statuts assez différents. Cela fait leur originalité et leur donne une force qui n'est peut-être pas suffisamment exploitée.

Cela permet que les directeurs généraux des agences régionales de santé soient nommés « discrétionnairement » en conseil des ministres par décret du Président de la République. Ils ont des profils très variés. Parmi les directeurs généraux d'agences, nous trouvons aujourd'hui une ancienne ministre, des médecins, des médecins de santé publique ou un ancien préfet, ancien président de l'association du corps préfectoral. Ces différents profils font, à notre sens, une partie de la richesse de ces agences régionales de santé.

Deux problématiques sont assez rapidement apparues. La première problématique concerne le périmètre géographique. Les agences régionales de santé sont nées en 2010 et, après la loi portant nouvelle organisation territoriale de la République (NOTRe), qui a agrandi le périmètre de certaines de nos régions administratives, ces agences ont été contraintes de revoir une organisation qui était alors encore naissante et balbutiante dans certains cas.

Nous avons constaté les difficultés que cela représentait et nous avons alors vu une des dérives que connaissent les agences régionales de santé : leur forte régionalisation se déploie probablement au détriment de l'échelon départemental. Plusieurs ARS ont dû se réorganiser alors qu'elles n'avaient pas encore atteint leur maturité administrative. Par exemple, dans le cas de la région Nouvelle-Aquitaine, il faut près de six heures de route pour se rendre au siège de l'agence régionale de santé depuis certains départements. Si cet éloignement n'est pas compensé par une organisation départementale et territoriale beaucoup plus forte qu'elle ne l'est aujourd'hui, ce sentiment de distance et de défiance de certains élus à l'égard des ARS est compréhensible.

La seconde problématique sur laquelle nous avons été interpellés, notamment par les représentants de certaines catégories des personnels des ARS,

concerne le périmètre d'activité, en particulier celui des corps d'inspection. Nous avons entendu les représentants des organisations syndicales des médecins et pharmaciens de santé publique ainsi que du corps de l'inspection sanitaire, qui nous ont indiqué, pour certains d'entre eux, ne pas se retrouver dans les agences régionales de santé. Ils se disent souvent noyés dans les organigrammes et sous-employés au regard de leurs qualifications ; ils ont ajouté que leur lien fonctionnel avec l'autorité préfectorale les conduisait presque à souhaiter être rattachés à l'ensemble du corps préfectoral.

Nous avons d'abord été très interpellés par ce sentiment ; en effet, les mots employés, que nous avons repris dans le rapport, ont parfois été très forts. Certains ont évoqué un vrai mal-être professionnel et nous ne pouvions qu'être attentifs à cet appel au secours de ces professionnels. Nous avons beaucoup réfléchi pour savoir quelles propositions formuler. Fallait-il faire sortir ces corps d'inspection de l'autorité des agences régionales de santé ? Fallait-il imaginer la création d'un corps placé sous l'autorité de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS), qui aurait pu se décliner territorialement ? Finalement, il nous a semblé que tous ces corps d'inspection présentent une certaine cohérence, car ils interviennent dans le domaine de la santé publique. Fractionner la santé entre les agences régionales de santé et d'autres corps de l'État n'aurait sans doute pas rendu plus lisible ni plus cohérente l'action de ces corps d'inspection. Pour cette raison, nous proposons qu'ils soient mieux positionnés dans les organigrammes des ARS, mieux valorisés dans leurs missions et leurs savoir-faire, mais que ces corps d'inspection demeurent à l'intérieur des agences régionales de santé.

D'autres sujets ont attiré notre attention, notamment le fait que le principe de subsidiarité ne s'applique aujourd'hui pas correctement aux agences régionales de santé ; ce principe de subsidiarité correspond à l'idée selon laquelle il vaut mieux partir du bas plutôt que du haut de la hiérarchie administrative. On l'observe dans l'organisation des agences, qui sont sans doute trop régionalisées, pas assez départementalisées. Dans leurs relations avec le ministère de la santé, la pesanteur administrative et l'organisation en silos du ministère de la santé ne correspondent pas forcément au caractère très transversal des compétences des agences régionales de santé. Deux anciens ministres de la santé, d'époques et de majorités différentes, nous ont indiqué qu'ils partageaient ce constat : l'organisation du ministère de la santé ne s'est sans doute pas adaptée à la création des agences régionales de santé.

Par exemple, voici quelques semaines, le Centre national de gestion (CNG) – un établissement public rattaché au ministère de la santé qui gère la carrière des praticiens hospitaliers – a autorisé la mutation de deux praticiens hospitaliers du service des urgences d'un petit hôpital de mon département. Une fois la mutation effectuée, l'agence régionale de santé a constaté la carence en médecins et a décidé, en pleine crise sanitaire, de fermer un service des urgences. Nous sommes là au cœur de cette absence de dialogue et de subsidiarité. Le schéma devient kafkaïen : un service du ministère de la santé autorise le départ de médecins tandis qu'un autre service constate la carence en médecins et ferme le service au détriment des patients et des professionnels de santé d'un territoire. Il est donc

souhaitable que le ministère de la santé repense lui aussi son organisation et sa coordination avec les agences régionales de santé.

De façon assez claire, directe et transparente, les directeurs généraux d'ARS ne nous ont pas caché que le volume de normes que produit le ministère de la santé est important. Ces normes leur sont transmises et il leur revient de les faire exécuter. Même si ce volume diminue progressivement, même s'il suit une évolution plutôt positive, il reste très lourd. Ces normes sont extrêmement nombreuses et parfois contradictoires.

Enfin, un organisme nommé Conseil national de pilotage (CNP) a été créé dans le cadre de la loi HPST pour coordonner à l'échelle ministérielle l'action des agences régionales de santé. Il devrait, selon la loi HPST, être présidé par le ministre de la santé. Or, presque dès l'origine des agences régionales de santé, jamais le ministre en personne n'a présidé les réunions du Conseil national de pilotage. C'est le secrétaire général des ministères sociaux qui le remplace. Dans le cas de l'exemple local cité précédemment, il est clair que si le directeur général de l'ARS avait pu interpellé directement son ministre sur une question aussi forte avec des conséquences aussi importantes, celui-ci aurait sans doute veillé à ce que cette situation kafkaïenne ne se produise pas. Il nous semble donc impératif d'avoir plus de transparence et que les relations entre l'administration centrale et les ARS deviennent plus confiantes.

Nous souhaitons également que les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) conclus tous les cinq ans entre le ministère et les ARS deviennent transparents, qu'ils soient rendus publics pour que l'ensemble des acteurs de santé d'un territoire connaissent les orientations que le ministère fixe à l'agence régionale de santé, tant en matière de régulation sanitaire qu'en matière médico-sociale ou en matière d'inspection, de santé publique et d'épidémiologie par exemple.

Les relations entre les établissements de santé et les agences régionales de santé restent compliquées. Comme le disait le Président Obama : « *ne gâchons pas une crise* » : nous devons tirer les bonnes leçons de cette crise pour l'avenir. Nous avons vu émerger pendant la crise sanitaire des intelligences de terrain extrêmement fortes. Nous avons vu des directeurs d'hôpitaux et les instances de gouvernance des hôpitaux – directeur et président de la commission médicale – être capables de prendre des décisions très rapides, de ne pas se conformer à toutes les normes qui leur sont imposées pour être efficaces et répondre au plus vite à aux attentes des patients.

Gardons le bénéfice de ces intelligences de terrain, remettons de la confiance dans les relations entre les agences régionales de santé et les hôpitaux et passons par exemple d'un régime d'autorisation extrêmement lourd, comme actuellement, à un régime de déclaration, à partir du moment où les créations de services, les ouvertures ou fermetures de lits dans les établissements intègrent les objectifs du plan régional de santé adopté par l'ARS. Le directeur pourrait ainsi, en accord avec le président de la commission médicale d'établissement, déclarer

l'ouverture d'un lit de réanimation ou d'un lit dans un service hospitalier sans avoir besoin d'obtenir l'accord exprès du directeur général de l'ARS – à charge pour le directeur de contester cette déclaration dans un délai raisonnable, s'il le juge utile.

La réussite des agences régionales de santé et leur territorialisation nécessiteront de se poser la question des moyens dédiés à ces agences. Les dépenses de personnels sont en constante diminution, avec 9 % de baisse des effectifs entre 2012 et 2018. J'entends bien que nous vivons une période durant laquelle la régulation du budgétaire doit rester importante et forte, mais nous ne recréerons du lien dans les territoires entre les acteurs de santé, entre les professionnels de santé et avec les élus des territoires qu'à partir du moment où ils disposeront d'interlocuteurs de proximité, investis de pouvoirs, de compétences et de la capacité à répondre aux questions qui leur sont posées. Cela nécessite des équipes départementales beaucoup plus fortes et plus structurées.

Mme Agnès Firmin Le Bodo, rapporteure. Notre approche de la mission qui nous a été confiée a défini les propositions que nous formulons. Beaucoup seront peut-être déçus, car ils attendaient que nous propositions la suppression des ARS. Nous pensions avant de commencer que ce n'était pas une bonne idée et je crois que nous en sommes encore davantage convaincus après cette mission.

Le dénigrement des ARS durant cette période de crise est un peu facile et simpliste ; il succède à des interrogations que nous pensons légitimes d'ailleurs sur le fonctionnement des ARS, mais nous avons pensé préférable de faire des propositions pour améliorer le fonctionnement de cette institution. Elle est jeune et a pourtant déjà dû subir une réforme structurelle et une importante crise sanitaire. Nous partageons donc vraiment cette idée que proposer la suppression des ARS aurait été facile, aurait peut-être fait du bruit, mais que cela aurait été vain. Notre mission doit produire un rapport dont nous aimerions que les propositions aboutissent.

Le principal enjeu est celui du périmètre d'action géographique des ARS. Ce sentiment d'éloignement des territoires est vraiment le sujet qui a prédominé lors de toutes nos auditions, à une exception près, celui des directeurs généraux des ARS ultramarines. Les ARS ultramarines, au contraire, se vivent plutôt comme des agences de proximité ; les ultramarins sont satisfaits.

Ce sentiment a été exacerbé par la création en 2015 des grandes régions qui sont à l'origine de ces superstructures technocratiques, alors que les ARS étaient déjà ressenties comme des agences quelque peu technocratiques. Ce choc a été difficile à absorber par ces structures qui étaient en phase de « création » et, à mon sens, il n'est toujours pas absorbé.

Pour lutter contre ce sentiment d'éloignement, notre rapport appelle à transformer en profondeur l'organisation et la gouvernance des ARS. C'est le principal enjeu pour que, dans dix ans, un prochain rapport puisse faire le constat que cette réforme de la gouvernance était nécessaire.

La création des grandes régions a mis en lumière le rôle fragile des délégations départementales des ARS, du fait tant de leurs responsabilités que de leurs effectifs. Leurs missions et leur positionnement ne leur permettent pas de rapprocher les ARS du terrain. Nous avons été frappés par l'hétérogénéité du rôle des délégations départementales et de leurs directeurs en fonction des régions. Par ailleurs, certains ont dit avoir plutôt de bonnes relations avec leurs ARS tandis que, pour d'autres, elles sont très difficiles. C'est clairement parce que le fonctionnement des ARS est trop hétérogène.

Toutefois, nous pouvons dire sans trop généraliser que le rôle subsidiaire aujourd'hui joué par ces directeurs départementaux génère de la frustration pour les agents des ARS eux-mêmes, ainsi que chez tous les acteurs de terrain, en particulier chez les élus locaux. Constatant que les directeurs départementaux ne peuvent jouer d'autre rôle que celui parfois dit de « boîte aux lettres » ou de « courroie de transmission », ces acteurs ont l'impression d'être écoutés par ces derniers, mais jamais entendus.

Cette faiblesse de l'échelon départemental apparaît d'autant plus problématique qu'elle crée une forte asymétrie avec deux des principaux partenaires institutionnels des ARS : d'une part, le préfet de département, en matière de sécurité sanitaire, et d'autre part, le conseil départemental, qui a la responsabilité du secteur médico-social.

Revaloriser cet échelon départemental, en plus de favoriser la proximité avec les acteurs et d'améliorer la relation avec les élus locaux, permettra de renforcer le rôle d'animation des ARS que les délégations départementales incarnent tout particulièrement. Il permettra aussi d'accélérer le décloisonnement des politiques publiques, car, du fait de leur connaissance des acteurs du terrain et de la petite taille des équipes, les délégations départementales seraient les plus à même de créer ces passerelles.

La première des 23 propositions que nous faisons est donc de renforcer ces délégations départementales en élaborant un cadre de référence, un modèle cible de répartition des missions et des compétences entre les délégations départementales et le siège des ARS. Dans ce modèle cible, davantage de délégations de compétences devraient être accordées aux délégations départementales, *a minima* en ce qui concerne les sujets médico-sociaux et ambulatoires, ainsi que pour la promotion de la santé et de la santé environnementale. Une enveloppe du fonds d'intervention régional (FIR) devrait notamment leur être déléguée par le siège. C'est ce qui est pratiqué aujourd'hui dans la région Grand Est et permet d'avoir de véritables actions en fonction des territoires.

Nous appelons également à favoriser une politique ambitieuse de recrutement et d'attractivité des métiers au sein des délégations départementales. Leur donner davantage de pouvoir et de responsabilités renforcera certainement cette attractivité.

Nous proposons aussi d'institutionnaliser les réunions entre les préfets, les directeurs départementaux et les élus dans chaque département – réunions auxquelles nous avons, pour bon nombre d'entre nous, participé au cours de cette crise sanitaire – dans la continuité des bonnes habitudes prises dans certains départements durant la crise. Institutionnaliser ces réunions à trois, en ajoutant parfois l'éducation nationale, a plutôt bien fonctionné pendant la crise même si cela a été mis en place assez tard dans certaines régions. Cela permet de bien faire circuler l'information, ce dont nous avons tous besoin.

Parallèlement, nous devons renforcer les contre-pouvoirs au niveau régional, alors que le directeur général de l'ARS est aujourd'hui tout-puissant. La question de la réforme des ARS doit être abordée sous l'angle de leur contrôle démocratique. Nous pensons qu'il passera d'abord par le renforcement de la démocratie sanitaire, un enjeu qui nous occupe également beaucoup dans cette commission. Nous appelons à renforcer la légitimité des conférences régionales de la santé et de l'autonomie (CRSA) en leur donnant un budget propre, en rendant obligatoires leurs avis sur certains sujets, en travaillant à leur réorganisation et en clarifiant leur articulation avec les conseils territoriaux de santé.

Nous devons surtout renforcer le format et le rôle du conseil de surveillance des ARS. La loi « Décentralisation, différenciation, déconcentration et décomplexification » (dite loi 4D) nous permettra d'en débattre, mais elle ne va aujourd'hui pas assez loin. En effet, ce projet de loi propose de transformer le conseil de surveillance des ARS en conseil d'administration et de créer deux vice-présidences qui seront confiées à des représentants des collectivités territoriales. Ce projet de loi prévoit également que ces conseils fixeront, sur proposition du directeur général de l'agence, les grandes orientations de la politique menée par l'agence sur la conclusion et l'exécution des conventions avec les collectivités territoriales pour la mise en œuvre du projet régional de santé. Il impose aussi au directeur général de l'ARS de transmettre au conseil d'administration nouvellement créé un rapport sur ces conventions ainsi qu'un rapport relatif aux actions financées par le budget annexe, qui finance notamment le FIR.

Nous proposons d'aller beaucoup plus loin en instaurant une co-présidence de ce conseil par le président du conseil régional et le préfet de région, en donnant à ce conseil d'administration le pouvoir de se saisir de tout sujet entrant dans le champ de compétences de l'agence et d'approuver à la majorité simple le budget et les documents financiers de l'ARS.

Nous proposons également de garantir plus de transparence dans les décisions des ARS en imposant à chaque agence de publier un rapport annuel sur l'utilisation des crédits FIR et des crédits pour les missions d'intérêt général et d'aides à la contractualisation (MIGAC).

Sans remettre en cause les personnalités des directeurs généraux actuels, nous invitons enfin à repenser les modalités de recrutement des directeurs généraux d'ARS, en préservant la diversité des profils. Nous avons pu constater en

auditionnant les 18 directeurs que leurs profils étaient vraiment très divers. Nous leur rendons hommage dans ce rapport, ainsi qu'à l'ensemble des agents des ARS, qui donnent sans compter de leur temps depuis le début de la crise. Nous n'avons d'ailleurs pas manqué lors des auditions de les remercier pour leur engagement au nom de l'ensemble de notre mission.

Je ne veux pas terminer sans remercier Marion Muscat et Gabrielle Pilon qui nous ont accompagnés pendant toute cette mission, ces nombreuses auditions et nos deux déplacements. Cette mission a été pour nous riche d'enseignements et nous espérons que nos propositions seront majoritairement appliquées.

Mme Annie Vidal, co-présidente de la MECSS. Je salue la qualité et la richesse de ce rapport. Je salue notamment ce travail en ce qu'il s'inscrit dans ce que nous avons construit durant ces dernières années au sein de la MECSS, à savoir la volonté de réaliser collectivement des évaluations structurantes objectives, transpartisanes et constructives.

La MECSS a tenu dans le cadre de ce rapport une cinquantaine d'auditions. Elle a fait preuve d'exhaustivité, puisque vous avez entendu l'ensemble des directeurs d'agences ainsi que les syndicats des agents travaillant au sein de ces agences, les acteurs travaillant au quotidien avec les ARS, au premier rang desquels les professionnels de santé libéraux, les représentants des établissements sanitaires et médico-sociaux et les représentants des patients. À travers la manière dont vous avez organisé ces auditions, vous avez souhaité avoir un champ de réflexion très large pour faire vos propositions, ce qui en garantit la qualité et l'intégration de toutes les dimensions du sujet.

La création par la MECSS de cette étude sur les agences régionales de santé avait été décidée de longue date et, pour une fois, nous pouvons finalement nous réjouir d'un retard dans nos travaux, puisqu'il vous a permis de les enrichir à la lumière de la crise sanitaire. Cela a accru la pertinence de ces travaux et des réponses que vous apportez. L'épidémie a mis en lumière l'ampleur des missions des agences, mais aussi les difficultés de leur organisation, notamment du fait de leur taille.

Dix ans après la création des agences régionales de santé et à l'issue de cette crise, votre étude dresse donc un premier bilan de leur action et de leur organisation. Comme vous l'avez souligné, votre approche de bon sens, réaliste et constructive, ne préconise pas un démantèlement des ARS, mais formule des propositions concrètes pour améliorer leur fonctionnement.

Vous souhaitez clarifier les compétences des ARS en matière de gestion de crise, mieux articuler ces compétences avec celles des préfets ou encore préciser la répartition des missions entre les ARS et Santé publique France. À cet égard, le rapport de la commission d'enquête sur la gestion de la crise sanitaire proposait de départementaliser les ARS et de les rattacher aux préfets de département. Quelle est votre vision sur ce sujet et plus largement, quel rôle d'animateur de la démocratie sanitaire peuvent jouer les ARS dans les territoires selon vous ?

Mme Mireille Robert. Le caractère perfectible de la gestion de la pandémie a été très souvent souligné au départ et a donné lieu à des critiques des ARS. Par l'équilibre et le sérieux de votre travail et de ce rapport, vous remettez l'église au milieu du village. Je veux rendre hommage aux équipes des ARS qui ont en réalité servi d'exutoire. La réussite actuelle de la vaccination est aussi leur réussite.

Vous insistez sur les nombreuses leçons à tirer de la crise actuelle. À la lecture du rapport, la première leçon est le besoin général de penser notre administration par rapport aux nécessités de la société, et non l'inverse. Vous relatez la colère des élus locaux face aux ARS, jugées arrogantes. Les ARS doivent sans doute être aussi plus à l'écoute de l'esprit des textes. C'est une question de culture et il nous revient de travailler ensemble pour penser le territoire, plutôt que de nous affronter. Ce qui est vrai pour les élus doit l'être aussi entre services, dont la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM), avec laquelle vous souhaitez une meilleure coopération.

Le caractère régalien de la compétence de santé ne s'oppose pas à la coopération. Nous avons besoin de territorialisation, mais il ne faut pas la confondre avec la « pensée magique » de la décentralisation. En Italie ou en Espagne, le système de santé très décentralisé a aussi montré des failles.

L'hospitalo-centrisme est critiquable au regard de la complémentarité des acteurs de soins, mais je note que des représentants des collectivités territoriales sont présents dans les conseils de surveillance. Ils pourraient aussi agir en faveur de la coopération des acteurs, intervenir avec les ARS en matière de prévention, dont vous montrez très justement qu'elle est un parent pauvre du système de santé.

J'ai été frappée de lire le mal-être des personnels de la sécurité sanitaire dans les ARS. Cette question rejoint celles des priorités du fonctionnement de ces agences.

La leçon fondamentale de votre rapport ne serait-elle pas que nos politiques de santé sont pilotées, au ministère comme dans les ARS, d'abord d'un point de vue trop comptable ? L'hôpital coûte cher, mais il est débordé. La réforme des ARS que vous appelez de vos vœux ne part-elle pas d'une nouvelle vision dont le prisme serait moins budgétaire et comptable, pour s'attaquer à la prévention, reposant sur la coopération des acteurs ? Investir en amont pourrait être plus efficace au final.

M. Alain Ramadier. La création des ARS visait trois objectifs principaux : garantir davantage d'efficacité ; renforcer la territorialisation des politiques sanitaires ; assurer le décloisonnement des prises en charge.

Pour ce faire, des compétences de portée inégale ont été transférées aux ARS en matière ambulatoire, hospitalière, médico-sociale, de santé publique ainsi que de veille et sécurité sanitaires. Conséquence directe de ces larges prérogatives, les ARS sont sur les lèvres de tous les acteurs, directeurs d'hôpitaux, médecins, infirmiers, personnels des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), mais aussi préfets, élus locaux, parlementaires...

Malheureusement, nous n'entendons pas toujours parler en bien de ces administrations au fonctionnement complexe, souvent mal identifiées par les populations. Il est vrai que fermer des lits en pleine crise du covid ou demander aux soignants de jeter les doses de vaccin en trop, qui ne sont pas prévues dans les instructions administratives, peut paraître plein de sens pour un énarque, mais difficilement compréhensible pour le reste de la population.

Dans ce contexte, le travail de la MECSS apporte une contribution saine et bienvenue au débat. Après six mois de travail, une cinquantaine d'auditions et de tables rondes, ce travail dense, fourni et précis témoigne une fois de plus de l'importance de la MECSS et de l'indispensable travail de contrôle de notre Assemblée.

Le premier objectif de l'ARS était d'améliorer l'efficacité du système de santé. Si nous considérons que l'efficacité se juge par la meilleure utilisation des moyens humains, techniques et budgétaires pour obtenir un résultat donné, je crois que le constat est aujourd'hui largement partagé : notre système de santé n'est pas efficace.

Le deuxième objectif de territorialisation ne me semble pas atteint non plus, puisque l'administration centrale ne s'est pas réformée et que nous constatons une défaillance entre les acteurs au niveau local, ainsi qu'une surcharge administrative déconnectée des réalités de terrain.

Mme Michèle de Vaucouleurs. Dans votre rapport, vous avez rappelé les cinq missions confiées aux ARS lors de leur création en 2009 : accentuer la territorialisation des politiques de santé ; renforcer le caractère préventif des politiques de santé ; recentrer l'offre de soins vers les soins primaires ; faciliter les restructurations et promouvoir l'efficacité hospitalière ; recomposer l'offre hospitalière au profit du médico-social.

Toutefois, vous avez souhaité préciser que, concernant les objectifs principaux des ARS, seul celui concernant les restructurations et la recherche de performance des acteurs hospitaliers a trouvé une réponse satisfaisante.

Vous avez émis de nombreuses propositions pour davantage d'efficacité. Le poste de directeur général d'ARS est bien évidemment central et primordial, pour mettre en œuvre les objectifs assignés par l'État et je tiens à les remercier pour le travail qu'ils réalisent, particulièrement pendant la gestion de la crise sanitaire. La huitième proposition formulée dans votre rapport fait état d'une problématique concernant le recrutement des directeurs généraux des ARS. Vous suggérez de repenser leurs modalités de recrutement, en préservant la diversité des profils. Pouvez-vous nous présenter les avantages et inconvénients du mode de nomination actuel, ainsi que l'intérêt concret que présenterait le retour à un recrutement tel qu'il était pensé initialement, par appel à candidatures suivi d'un avis du comité consultatif ?

Mme Nicole Sanquer. Ce rapport d'information sur les ARS est particulièrement précieux, car nous entendons bien souvent des critiques à l'endroit de ces administrations. Avant de rentrer dans le vif du sujet, je souhaite exprimer le soutien et la reconnaissance de mon groupe pour le travail fourni par les ARS dans le contexte de la crise sanitaire. Même si tout n'est pas parfait, ces hommes et ces femmes ont œuvré sans relâche pour organiser au mieux notre système de soins. Eux aussi ont sauvé des vies.

Parmi vos recommandations, celle du renforcement des contre-pouvoirs régionaux par la transformation du conseil de surveillance des ARS en un conseil d'administration, coprésidé par le président du conseil régional et le préfet de région, a tout particulièrement attiré mon attention. Si nous sommes totalement favorables à une collaboration accrue de la région et de l'État en matière de santé, ne nous arrêtons-nous pas au milieu du gué avec cette proposition ? En effet, l'UDI préconise depuis plusieurs années maintenant une décentralisation complète de la compétence santé auprès des régions, pour une meilleure réactivité. Les régions ont une meilleure connaissance du territoire et cela rendrait à nos concitoyens la capacité de choisir la conception du système de soins la plus adaptée au niveau local. Monsieur le rapporteur, madame la rapporteure, pourquoi ne pas avoir retenu la solution d'une décentralisation complète ?

Mme Jeanine Dubié. Je remercie très chaleureusement nos deux rapporteurs, car il n'était pas facile de faire ce rapport dans le contexte actuel, pendant cette crise sanitaire où les ARS ont souvent été clouées au pilori. Vous avez su garder distance et raison pour faire un constat factuel. Vous avez repéré ce qui ne fonctionnait pas et l'avez indiqué clairement. En même temps, vous avez donné des explications liées à notre organisation, du ministère jusqu'aux délégations territoriales.

Durant vos déplacements et vos auditions, vous avez pu observer des initiatives et des pratiques novatrices instaurées pendant la crise sanitaire et qu'il serait peut-être utile de pérenniser. Pourriez-vous nous en faire un retour ?

Lors de l'audition du ministre de la santé Olivier Véran, a été évoqué le renforcement du rôle des élus locaux dans la prise de décision dans le domaine sanitaire au niveau régional, ce qui pourrait aussi constituer un contre-pouvoir face au directeur général d'ARS. Le ministre a annoncé qu'un décret est en cours de préparation et sera signé dès la promulgation de la loi. Je pense qu'il s'agit de la loi 4D puisque des mesures sont prévues à l'article 31. Lors de cette audition, monsieur le rapporteur, vous avez souhaité être destinataire de ce projet de décret. Vous a-t-il été transmis, de façon à voir si ses dispositions vont dans le sens préconisé par votre rapport ?

Sur le champ du médico-social, vous avez proposé que le mot « autonomie » soit ajouté à l'intitulé des ARS. Ne pensez-vous pas qu'il faudrait renforcer davantage l'échelon départemental et remettre tout le médico-social au niveau départemental ?

M. Pierre Dharréville. Je me demande s'il n'existe pas une forme de trompe-l'œil dans l'organisation de la chaîne de décision et de transmission. Finalement, les ARS ne sont-elles pas aussi des instruments de mise en œuvre de la politique ministérielle, en l'occurrence des politiques de compression des dépenses de santé ? Elles en sont forcément les courroies de transmission et nous ne pouvons donc pas extraire une analyse de ce contexte général, à mon avis. Les ARS disposent d'une forme d'autonomie, mais qui reste quelque peu formelle par certains aspects, alors que nous aurions pu saisir cette occasion pour développer la démocratie sanitaire.

Je crois que cela fait partie des propositions que vous essayez de développer. Il faudrait étudier dans le détail ce que vous proposez en la matière, mais je pense que la démocratie sanitaire ne fonctionne pas très bien. Nous avons tout de même le sentiment d'une forme d'éloignement, alors qu'un rapprochement a été effectué. Les décisions s'appliquent bien souvent sans discussion aux différents acteurs, aux élus locaux, mais aussi aux décideurs et aux acteurs de terrain, aux professionnels de santé. Jusqu'où va cette action ? Jusqu'où va, parfois, l'intrusion dans l'organisation des services, dans la protocolisation, dans les modes de fonctionnement, dans le nombre de personnels par service ? Nous avons tout de même le sentiment que cela va très loin.

Par ailleurs, les ARS défendent-elles suffisamment la puissance publique et le développement du service public, notamment hospitalier, dans les arbitrages qu'elles ont à rendre ?

Enfin, avez-vous un ordre d'idée des moyens déployés pour la prévention et, notamment, pour la santé environnementale ?

M. Thierry Michels. Je reviens à la question de l'échelon, pour plaider avec conviction pour davantage de proximité. Dans ce domaine de l'action départementale, avez-vous repéré des bonnes pratiques notamment en matière de prévention en santé ? Les fonds régionaux représentent 3,7 milliards d'euros, à comparer aux plus de 200 milliards d'euros de notre politique de santé, essentiellement nationale. Je voudrais connaître votre regard sur cette question et ajouter que la crise n'a pas nécessairement démontré que les États dont l'organisation du système de santé était régionale ou fédérale apportaient une meilleure réponse à la crise.

Mme Véronique Hammerer. En ce qui concerne la réorganisation de la gouvernance, je vous suis totalement ! Nous voyons bien, lorsque vous parlez d'hétérogénéité, qu'elle est surtout liée aux personnes. Quand des personnes ont décidé de développer la démocratie participative et de travailler plus en profondeur, le fonctionnement est satisfaisant.

Je suis députée de la Gironde, en Nouvelle-Aquitaine. Je rappelle que la Nouvelle-Aquitaine est aussi grande que l'Autriche, ce qui complique la situation. Les personnels de l'ARS ont fourni un travail remarquable, mais je trouve qu'il

manque des profils d'ingénierie de projets. Ils ne sont pas suffisamment formés pour être au plus proche des projets des territoires, pas suffisamment formés à l'ingénierie de projets et à l'intervention sociale. Ces articulations entre différents partenaires manquent, ils ne connaissent pas forcément tout ce qu'il se fait et je trouve que c'est regrettable.

Vous avez dit qu'il faut renforcer les moyens en agents. Vous ont-ils fait part de cet aspect ? Souhaitent-ils que les profils changent, pour ne pas forcément retrouver toujours les mêmes profils de santé, mais plutôt des personnes qui sont de véritables intervenants sociaux ? Je pense que cela manque dans les ARS.

Mme Monique Iborra. Je remercie nos collègues pour leur travail, d'autant plus que les événements lors de la crise sanitaire auraient pu laisser penser qu'une réforme beaucoup plus importante serait proposée, qui n'irait pas forcément dans le sens du renforcement des ARS.

Nous nous sommes interrogés sur les origines des dysfonctionnements que nous avons constatés au début de la crise sanitaire. Il ne faut pas éviter de les regarder en face. Je crois quant à moi que le rapprochement entre le sanitaire et le médico-social devient de plus en plus évident et que le traitement de la crise, à partir du moment où certaines difficultés ont été dépassées, montre bien que les ARS ont été très présentes. Ce rapprochement en transversalité a été tout à fait bénéfique.

Encourager le niveau départemental me paraît pertinent. Dans l'organisation prévue, il n'existait plus de niveau départemental, ce qui est une difficulté. En revanche, je ne souhaite pas renforcer à tout prix ce niveau contre le niveau régional, ou en concurrence avec le niveau régional. Nous savons bien que le niveau départemental est le niveau de proximité, mais il est aussi le niveau où nous trouvons le plus d'inégalités entre les territoires, que nous le voulions ou non. Ce n'est pas dû aux politiques qui sont menées, mais au fait même que les politiques sont menées au niveau départemental, et parfois même au niveau infra-départemental. L'approche au niveau régional peut apporter des améliorations, au moins dans la lutte contre les inégalités, même si elle ne règle pas tous les problèmes.

Mme Nicole Trisse. Je remercie nos rapporteurs pour ce travail considérable d'investigation sur les missions et l'utilité des ARS de manière générale. Par rapport à leur utilité et jusqu'à la crise sanitaire, nous parlions surtout de l'organisation très verticale de l'ARS. Nous disions que les ARS étaient le bras armé du ministère. Les consignes tombaient de manière très verticale, sans laisser vraiment de place pour la discussion.

Avec la crise, l'ARS a été remise à un niveau plus local, malgré elle et malgré tout le monde d'ailleurs, puisque nous subissons tous la crise. Le couple ARS-préfet a ramené l'ARS au niveau départemental. Il serait bon que, tout en étant régionale, l'ARS reste proche au niveau territorial. Il faut que les agents de l'ARS se déplacent, qu'ils ne restent pas dans leurs bureaux et qu'ils continuent à échanger,

à porter des projets innovants, de sorte que nous puissions aussi avoir un retour dans l'autre sens. Je pense que tous les acteurs y gagneraient puisque, même si la santé est nationale ou régionale, elle a aussi des spécificités selon les régions et les territoires. Il faut que nous arrivions à mettre en exergue cette spécificité et que l'ARS puisse accompagner la collectivité locale ou les médecins concernés, lorsqu'il faut développer ou favoriser un projet. Cela ne concerne pas seulement l'hôpital, mais également des établissements, tels que les EHPAD, et les médecins libéraux qui attendaient beaucoup de l'ARS pendant la crise sanitaire.

M. Jean-Carles Grelier, rapporteur. La décentralisation de la santé n'est effectivement pas le choix que nous avons fait. Le libéral que je suis considère que la santé est un sujet qui doit être régulé par l'État sur l'ensemble des territoires. Chacun doit pouvoir, en tout point du territoire national, être pris en charge dans les mêmes conditions sanitaires. L'incidence d'une décentralisation de la santé à l'échelle des régions, par exemple, nécessiterait que la régulation budgétaire faite par les ARS au travers de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) devienne demain une régulation régionale avec la création d'objectifs régionaux des dépenses d'assurance maladie (ORDAM). La conséquence de la création d'ORDAM serait la mise en place de tarifs régionaux. Nous aurions, d'un seul coup, une inégalité d'accès sur le territoire puisque, selon les politiques conduites ici ou là, les tarifs pourraient varier d'un établissement à l'autre et d'une région à l'autre. Cela ne nous a pas semblé acceptable.

En revanche, nous sommes très favorables à une départementalisation de l'organisation des agences régionales de santé. Il ne s'agit pas, comme notre collègue Iborra y a fait référence, d'une décentralisation des politiques de santé, mais simplement de décliner la politique régionale de santé à l'échelle départementale, avec une organisation spécifique, un peu dans l'esprit de ce qu'étaient les directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS), mais sans revenir à ce régime. Cela permettrait aux acteurs des territoires – professionnels de santé, ordre des médecins, chefs d'établissements, élus locaux – de retrouver ce qu'ils n'ont pas forcément aujourd'hui, c'est-à-dire des interlocuteurs de proximité qui connaissent le département, les problématiques départementales et sont capables d'apporter des réponses aux questions posées.

Dans cet effort d'organisation départementalisée, il faut renforcer le dialogue entre les ARS et l'autorité préfectorale. Que les comités qui se sont mis en place pendant la crise puissent perdurer serait une bonne idée, de manière à ce que s'établisse un dialogue.

Nous avons aussi vu que le dialogue avec les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) est souvent très lié à la personnalité des deux directeurs concernés, à l'ARS et à la CPAM. Si nous avons demain dans les départements des directeurs départementaux des ARS disposant de vraies compétences déléguées, le directeur de la CPAM deviendra l'interlocuteur naturel de l'agence régionale de santé, alors que ce n'est pas le cas aujourd'hui.

La prévention est restée pour nous un sujet « nébuleux », pour essayer de ne pas être désagréable. Nous avons auditionné la directrice générale de Santé publique France ; j'avoue que ma collègue et moi-même, qui sommes tous deux d'une intelligence moyenne n'avons absolument pas compris comment s'organisaient territorialement les actions de Santé publique France. Aujourd'hui, il existe à l'intérieur de chaque agence régionale de santé une délégation de Santé publique France, qui n'est chargée que de l'épidémiologie. Nous avons certes vu l'intérêt de suivre l'évolution du nombre de cas pendant la crise sanitaire, mais cette délégation ne va pas au-delà de l'épidémiologie. À aucun moment Santé publique France ne fait déployer ses actions de prévention et d'éducation à la santé dans les territoires par le canal des agences régionales de santé. À nos yeux, cela constitue une faille immense. Nous savons tous que, dans notre pays, nous vieillissons, mais pas toujours en bonne santé parce que, en amont, nous ne déployons pas suffisamment de politiques de prévention et d'éducation à la santé. La traduction de l'action de Santé publique France dans les territoires, les régions et les départements reste aujourd'hui beaucoup trop nébuleuse à notre avis.

S'agissant du recrutement des directeurs généraux des agences, nous n'avons pas imaginé de modifier la procédure et d'en revenir à la procédure d'origine, constituée d'un appel à candidatures, avec un comité qui choisissait. Ce serait plutôt une bonne idée, mais il ne faudrait surtout pas que l'ARS devienne demain une étape obligée et nécessaire de tout haut fonctionnaire du ministère de la santé. Un agent du ministère de la santé n'a pas l'obligation d'aller travailler en province dans une direction d'ARS. Ce sont deux mondes qui n'ont pas à se regarder en chiens de faïence. Avoir des profils quelque peu différents, avec des acteurs régionaux un peu différents qui peuvent aussi de temps en temps, quand c'est nécessaire, tenir la dragée haute aux directions d'administration centrale, peut constituer un réel progrès.

Nous n'avons pas reçu le projet de décret et vous avez noté que, dans le compte rendu de l'intervention du ministre de la santé, celui-ci nous avait promis un café si nous allions le chercher au ministère de la santé. Je pense donc que nous essaierons très prochainement de nous faire offrir un café par Olivier Véran.

La compression des budgets est évidemment une difficulté, parce que la première mission confiée par la loi HPST aux ARS était la régulation budgétaire. Les ARS traduisent régionalement l'ONDAM que nous votons, lequel n'a pas toujours été en hausse et qui, quand il a augmenté, n'a pas toujours été à la hauteur de ce que le monde de la santé aurait pu attendre, ni de ce que l'hôpital public aurait pu attendre. Cela ne laisse pas de marge de manœuvre.

Le directeur général de l'ARS dispose en théorie d'un outil extrêmement performant, le fonds d'intervention régional, qui est une enveloppe budgétaire à sa disposition, dont il peut user comme il le souhaite, en fonction des projets qui lui sont soumis. Nous avons tout de même noté que, quand les crédits du FIR arrivent dans une ARS, 87 % de l'enveloppe sont déjà fléchés par le ministère et qu'il ne reste donc que 13 % de marge de manœuvre au directeur général de l'ARS. Pour redonner un

peu d'autonomie et de marge de manœuvre aux directeurs généraux des ARS, il faudrait sans doute inverser la tendance.

Le premier dossier que les ARS ont dû traiter, avant même les questions sanitaires ou médico-sociales, a été la fusion des statuts des personnels. En effet, lors de la création des ARS, nous avons fusionné plusieurs administrations, organismes publics ou parapublics décentralisés. Les ARS se sont retrouvées à devoir faire vivre ensemble des fonctionnaires relevant du statut de la fonction publique de l'État, des contractuels de droit public ou encore des agents de droit privé travaillant pour un établissement public de l'État. Cela a été à l'origine de vraies difficultés. Aujourd'hui, beaucoup de personnels des ARS sont d'anciens personnels des DRASS, des DDASS...

Dans un monde idéal auquel nous aspirons tous, nous pourrions demain recruter des personnels « hors système », avec des profils un peu différents, notamment dans les délégations départementales. Pourquoi ne pas imaginer qu'un ancien directeur d'un hôpital local puisse un jour, dans le déroulement de sa carrière, passer par la direction départementale d'une ARS ? Pourquoi ne pas imaginer qu'un médecin libéral ayant acquis une certaine expérience et une vision du monde de la santé, puisse lui aussi travailler un moment pour une ARS ? Tout pourrait être imaginé. La seule chose à laquelle nous n'aspirons pas est une uniformisation des modes de recrutement. Uniformisons, autant qu'il est possible, les structures organisationnelles départementales, mais redonnons un peu de souffle et d'air en ce qui concerne les recrutements. Je crois que ce serait grandement nécessaire.

Sur l'animation de la démocratie sanitaire, nous avons été très sensibles à une proposition faite par France Assos Santé, à laquelle nous avons décidé de souscrire : il s'agit, pour permettre aux élus de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) – professionnels de santé, représentants des patients – d'évaluer les politiques conduites par les agences régionales de santé, de donner une enveloppe budgétaire à la CRSA, qui est en quelque sorte le Parlement de la santé, placé dans les régions aux côtés du directeur général de l'ARS. Ce qui nous a frappés est en effet que les politiques de santé déployées par les ARS ne font l'objet d'aucune évaluation, ou simplement d'une évaluation *a posteriori* par le juge financier. C'est notoirement insuffisant. Lorsqu'une ARS décide de s'investir dans une action de prévention en santé, par exemple, l'objet serait que la CRSA puisse disposer de moyens financiers, humains et matériels pour évaluer après un an si, au regard des moyens déployés, les objectifs ont été atteints ou non, et ce qu'il serait nécessaire de corriger ou non.

Mme Agnès Firmin Le Bodo, rapporteure. Il se dit qu'en France, la prévention ne fait pas partie de notre culture. Je crois que nous avons à peu près vu pourquoi. Franchement, nous n'avons toujours pas compris comment cela fonctionne, malgré nos efforts ! La prévention représente 4 % du budget des ARS, mais le problème de fonctionnement et d'articulation est majeur. De plus, la prévention doit être mise en œuvre en fonction des besoins des territoires. Nous avons identifié un vrai sujet de fonctionnement et de modulation de la prévention en France ; c'est un enjeu important.

Les ARS ont été créées pour réguler, mais elles doivent évoluer pour devenir également des animatrices des politiques de santé, ce qu'elles ne sont pas suffisamment. Cela pose la question du recrutement et des profils des personnels qui travaillent dans les ARS. C'est pourquoi nous avons aussi fait des propositions dans ce sens, en suggérant de varier les métiers pour qu'elles puissent être de véritables animatrices des politiques de santé.

Je pense aussi que la méconnaissance de ce que sont et font les ARS est profonde. Peut-être, notamment lorsque les élus arrivent en poste, faudrait-il faire savoir ce que font les ARS. Un maire n'a parfois jamais de relations avec les ARS et le premier lien avec les ARS peut avoir lieu pour évoquer le sujet des déserts médicaux. Dans ce cas, le maire doit d'abord chercher le bon interlocuteur et il me semblerait donc utile que les élus sachent ce que sont et ce que font les ARS.

L'enjeu de la démocratie sanitaire est essentiel. La CRSA est une pièce à l'édifice de la construction de la démocratie sanitaire ; c'est une pièce importante qui pourrait constituer le lien entre élus, ARS et professionnels de santé.

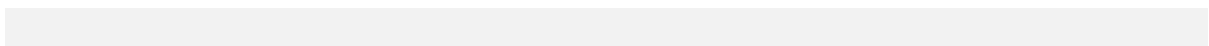
Nous aurons répondu à une partie de la question en institutionnalisant ces réunions de partage autour du préfet, de l'ARS, des élus et, à mon avis, également de l'éducation nationale, au titre des enjeux de prévention. Il faut trouver le bon *modus vivendi*, mais de telles réunions fonctionnent bien et sont intéressantes pour tous les acteurs. Elles permettent de partager des problématiques et d'éviter de découvrir des sujets. Elles peuvent peut-être même permettre que des maires accompagnent les préfets et les directeurs d'ARS pour fermer un hôpital, lorsque le sujet a été coconstruit et partagé, que des solutions sont prêtes.

J'insiste sur l'échelon départemental. Je ne parle pas de la collectivité « département », mais de l'échelon départemental de l'ARS qui doit prendre en main ces politiques, notamment dans le champ médico-social. Il ne s'agit pas d'opposer l'échelon départemental et l'échelon régional, mais de décliner à l'échelon de proximité les politiques publiques.

Le reproche qui a été fait n'est pas que l'ARS représente la puissance publique, mais plutôt que, parfois, l'ARS ne s'intéresse pas suffisamment au secteur privé qui intervient pourtant dans le champ de la santé.

Mme la présidente Fadila Khattabi. Je remercie et félicite à mon tour nos rapporteurs, pour la qualité de ces travaux, menés dans un contexte difficile, et pour les éléments de réponse qu'ils ont apportés.

En l'absence d'objections et en application de l'article 145 alinéa 7 du règlement, la commission autorise la publication de ce rapport.



SYNTHÈSE DES PROPOSITIONS

Proposition n° 1 : Élaborer un cadre de référence proposant un modèle-cible de répartition des missions et des compétences entre les délégations départementales et le siège des ARS.

Proposition n° 2 : Favoriser une politique ambitieuse de recrutement et d'attractivité des métiers au sein des délégations départementales.

Proposition n° 3 : Institutionnaliser les réunions entre préfets, directeurs départementaux et élus dans chaque département.

Proposition n° 4 : Instaurer des contrats pluriannuels de programmation et d'investissement en santé, négociés et conclus entre la région et l'ARS.

Proposition n° 5 : Renforcer la légitimité des conférences régionales de la santé et de l'autonomie (CRSA), en leur donnant un budget propre, en rendant obligatoires leurs avis sur certains sujets, en travaillant à leur réorganisation et en clarifiant leur articulation avec les conseils territoriaux de santé.

Proposition n° 6 : Transformer le conseil de surveillance des ARS en conseil d'administration co-présidé par le président du conseil régional et le préfet de région, et donner à ce conseil d'administration le pouvoir de se saisir de tout sujet entrant dans le champ de compétence de l'agence et d'approuver, à la majorité simple, le budget et les documents financiers de l'ARS.

Proposition n° 7 : Imposer à chaque ARS la publication d'un rapport annuel sur l'utilisation des crédits FIR et MIGAC.

Proposition n° 8 : Repenser les modalités de recrutement des directeurs généraux d'ARS, en préservant la diversité des profils.

Proposition n° 9 : Clarifier les compétences des ARS en matière de gestion de crise.

Proposition n° 10 : Créer une « réserve administrative » en capacité de venir en aide, sur le terrain, aux administrations en cas de crise similaire.

Proposition n° 11 : Renforcer les compétences d'inspection et clarifier la place de ces fonctions au sein des ARS.

Proposition n° 12 : Développer les logiques de « guichet unique » et de « chef de file » avec les conseils départementaux et les caisses primaires d'assurance maladie.

Proposition n° 13 : Renommer les ARS « agences régionales de santé et de l'autonomie ».

Proposition n° 14 : Engager une nouvelle revue des missions des ARS.

Proposition n° 15 : Simplifier les régimes d'autorisation d'activités des établissements de santé et les transformer, lorsque cela est possible, en régimes de déclaration, notamment en ce qui concerne les créations et fermetures de services ou de lits.

Proposition n° 16 : Renforcer le pilotage politique du CNP, via notamment une présidence plus régulière du ministre de la santé.

Proposition n° 17 : Intégrer Santé Publique France au sein du CNP.

Proposition n° 18 : Nommer un secrétaire général dédié uniquement à la santé et à l'autonomie et ayant autorité sur les directions « métiers » du ministère.

Proposition n° 19 : Faire des CPOM et des lettres de mission des directeurs généraux d'ARS de véritables outils stratégiques.

Proposition n° 20 : Fusionner, en un seul budget annexe, l'ensemble des crédits à la main des ARS, en leur donnant la plus grande latitude possible dans leur utilisation.

Proposition n° 21 : Régionaliser une part marginale et négociée à l'échelon national de certains financements conventionnels.

Proposition n° 22 : Reconnaître un droit à la dérogation aux directeurs généraux d'ARS.

Proposition n° 23 : Préserver les moyens humains des ARS.

ANNEXES

ANNEXE N° 1 :

COMPOSITION DE LA MISSION

La République en marche

M. Julien BOROWCZYK

M. Marc DELATTE

Mme Audrey DUFEU

Mme Monique LIMON

M. Thomas MESNIER

Mme Annie VIDAL

Les Républicains

M. Jean-Carles GRELIER

M. ALAIN RAMADIER

Mme Nadia RAMASSAMY

M. Stéphane VIRY

Mouvement Démocrate (MoDem) et Démocrates apparentés

M. Cyrille ISAAC-SIBILLE

UDI et Indépendants

Mme Valérie SIX

Agir ensemble

Mme Agnès FIRMIN LE BODO

Socialistes et apparentés

M. Boris VALLAUD

La France insoumise

Mme Caroline FIAT

Gauche démocrate et républicaine

M. Pierre DHARRÉVILLE

Groupe Libertés et Territoires

Mme JEANINE DUBIÉ

ANNEXE N° 2 :

LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES PAR LES RAPPORTEURS

L'ensemble des comptes rendus des auditions de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sont disponibles sur le portail de la MECSS :

<http://www2.assemblee-nationale.fr/15/commissions-permanentes/commission-des-affaires-sociales/mecss/mission-d-evaluation-et-de-contrôle-des-lois-de-financement-de-la-securite-sociale>

Auditions du 11 janvier 2021

- [14 heures](#) : Dr Jean-Yves Grall, directeur général de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes, président du collège des directeurs généraux
- [15 heures](#) : M. Pierre Pribile, directeur général de l'ARS Bourgogne-Franche-Comté
- [17 heures](#) : Dr Patrick Bouet, président du Conseil national de l'Ordre des Médecins (CNOM)*

Auditions du 14 janvier 2021

- [9 heures 30](#) : Dr William Joubert, président de l'Union nationale des professionnels de santé, Mme Mathilde Guest, directrice générale, M. John Pinte, secrétaire général et infirmier, M. Mickaël Mulon, vice-président et masseur-kinésithérapeute rééducateur, et Dr. François Blanchecotte, vice-président et biologiste
- [11 heures 30](#) : Table ronde des Fédérations hospitalières :
 - Fédération de l'hospitalisation privée (FHP)* – M. Lamine Gharbi, président, Mme Christine Schibler, déléguée générale et Mme Béatrice Noëllec, directrice des relations institutionnelles
 - Fédération hospitalière de France (FHF) – Mme Zaynab Riet, déléguée générale, M. Vincent Roques, directeur de cabinet, et M. Marc Bourquin, conseiller stratégie
 - Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privés à but non lucratif (FEHAP*) – M. Antoine Perrin, directeur général

Auditions du 18 janvier 2021

- [13 heures 30](#) : M. Stéphane Mulliez, directeur général de l'ARS Bretagne
- [14 heures 30](#) : M. Laurent Habert, directeur général de l'ARS Centre-Val de Loire

Auditions du 21 janvier 2021

- [9 heures 30](#) : Mme Virginie Magnant, directrice générale de la CNSA
- [10 heures 15](#) : M. Etienne Champion, secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales
- [11 heures 45](#) : Mme Gwénaëlle Sebilo, vice-présidente du Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPH), présidente de la commission « organisation institutionnelle », conseillère technique de l'Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés non lucratifs sanitaires et sociaux (UNIOPSS), et M. François Bernard, assesseur de la commission, directeur général du Groupement des Associations Partenaires d'Action Sociale
- [12 heures 30](#) : Association des maires de France – M. Frédéric Chéreau, maire de Douai, vice-président de l'agglomération du Douaisis, co-président de la commission santé, Mme Nelly Jacquemot, responsable du département action sociale, culture, éducation, Mme Sarah Reilly, conseillère santé et action sociale, Mme Charlotte de Fontaines, chargée des relations avec le Parlement

Auditions du 27 janvier 2021

- [14 heures](#) : Mme Geneviève Chêne, directrice générale de Santé publique France
- [15 heures](#) : M. Dominique Dhumeaux, premier vice-président de l'Association des maires ruraux de France (AMRF), maire de Fercé sur Sarthe et président des maires ruraux de la Sarthe

Auditions du 1^{er} février 2021

- [14 heures](#) : Mme Elisabeth Hubert, présidente de la Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (FNEHAD)*
- [15 heures](#) : Mme Virginie Cayré, directrice générale de l'ARS Grand Est
- [16 heures](#) : M. Benoit Elleboode, directeur général de l'ARS Nouvelle-Aquitaine

Auditions du 3 février 2021

- [14 heures](#) : Mme Valérie Denux, directrice générale de l'ARS Guadeloupe, Saint-Martin et Saint-Barthélemy, M. Jérôme Viguier, directeur général de l'ARS Martinique et Mme Clara De Bort, directrice générale de l'ARS Guyane
- [15 heures 30](#) : M. Philippe de Mester, directeur général de l'ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur
- [16 heures 30](#) : M. Claude Evin, ancien ministre, ancien député, ancien directeur général de l'Agence régionale de santé Ile-de-France.

Auditions du 4 février 2021

- [9 heures 30](#) : Assemblée des départements de France (ADF) – M. André Accary, président de Saône-et-Loire et M. Jean-Michel Rapinat, conseiller pour les politiques sociales

- [11 heures 30](#) : Mme Martine Ladoucette, directrice générale de l'ARS de la Réunion et Mme Dominique Voynet, directrice générale de l'ARS de Mayotte

Auditions du 8 février 2021

- [14 heures](#) : Audition commune de :
 - M. Jean-Louis Garcia, président de l'Association pour Adultes et Jeunes Handicapés (APAJH)
 - Mme Marie Aboussa, directrice du pôle offre sociale et médico-sociale chez NEXEM* et Mme Aurélie Sabatier, chargée de mission relations institutionnelles
 - M. Denis Leguay, président de Santé mentale France
- [15 heures](#) : M. Jean-Jacques Coiplet, directeur général de l'ARS Pays de la Loire
- [16 heures](#) : Pr. Benoit Vallet, directeur général de l'ARS Hauts-de-France
- [17 heures](#) : Audition commune de :
 - M. Francis Saint-Hubert, président de la Conférence nationale des directeurs de centre hospitalier (CNDCH)
 - Mme Gerain-Breuzard, présidente de la Conférence des directeurs généraux de Centres Hospitaliers Universitaires (CHU), directrice générale du CHU de Tours, et M. Leludec, directeur général du CHU de Montpellier
 - M. Pascal Mariotti, président de l'Association des établissements du service public de santé mentale (ADESM)

Auditions du 10 février 2021

- [14 heures](#) : Audition commune de :
 - M. Pascal Champvert, président de l'Association des directeurs au service des personnes âgées (AD-PA)
 - M. Jean-Pierre Riso, président de la Fédération Nationale des Associations de Directeurs d'établissements et Services pour Personnes Âgées (FNADEPA*), et Mme Annabelle Vêques, directrice
- [15 heures](#) : M. Gérard Raymond, président de France Assos Santé*, de M. Yvon Graic, président de France Assos Santé Normandie, et de M. Alexis Vervialle, conseiller technique offre de soins
- [16 heures](#) : M. Aissam Aimeur, président du Syndicat des Pharmaciens Inspecteurs de Santé Publique (SPHISP-UNSA) et de M. Alain Henry, vice-président
- [16 heures 45](#) : M. Frédéric Le Louedec, secrétaire général du Syndicat National des Personnels de Santé Environnementale (SYNAPSE-UNSA)

Auditions du 11 février 2021

- [9 heures 30](#) : Mme Florence Arnaiz-Maumé, déléguée générale du SYNERPA
- [10 heures 15](#) : Mme Katia Julienne, directrice générale de l'offre de soins (DGOS)

- [11 heures 15](#) : Dr Thierry Fouéré, président du Syndicat des médecins inspecteurs de santé publique (SMISP)

Audition du 17 février 2021

- [15 heures 30](#) : M. Aurélien Rousseau, directeur général de l'ARS Ile-de-France

Auditions du 1^{er} mars 2021

- [14 heures](#) : M. Pierre Ricordeau, directeur général de l'ARS Occitanie
- [16 heures](#) : M. François Bonneau, président de la région Centre-Val de Loire, président délégué de Régions de France
- [17 heures](#) : M. Jérôme Goeminne, président du Syndicat des Managers Publics de Santé (SMPS)

Audition du 4 mars 2021

- [9 heures 30](#) : M. Dominique Giorgi, inspecteur général des affaires sociales (IGAS), M. Christian Poiret, inspecteur général des affaires sociales (IGAS), et de Mme Isabelle Yeni, inspectrice générale honoraire à l'inspection générale des affaires sociales, co-auteurs du rapport de 2018 sur « *Le pilotage de la transformation de l'offre de soins par les ARS* »

Auditions du 8 mars 2021

- [14 heures](#) : Table-ronde des syndicats représentatifs des agents de droit public des ARS (premier collège) :
 - UNSA - M. Stéphane Blanchon, secrétaire général
 - INTERCO-CFDT – M. Alain Olmos, secrétaire fédéral
 - SNASS-CGT – M. Olivier Miffred, secrétaire général
 - SNPASS-FO – M. Juan Navarro, secrétaire général
- [15 heures 30](#) : M. Thomas Fatôme, directeur général de la Caisse nationale d'assurance maladie
- [16 heures 30](#) : M. Christophe Mirmand, préfet de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur, président de l'Association du corps préfectoral et des hauts fonctionnaires du ministère de l'intérieur (ACPHFMI)

Auditions du 11 mars 2021

- [9 heures 30](#) : M. Thomas Deroche, directeur général de l'ARS Normandie
- [10 heures 30](#) : M. Stéphane Bouillon, secrétaire général de la défense et de la sécurité nationale (SGDSN)
- [11 heures 30](#) : Table-ronde des syndicats représentatifs des agents de droit privé des ARS (deuxième collège) :

- CFDT - Fédération PSTE – M. Stéphane Ruelle, membre du comité national de concertation des ARS
- FNPOS CGT – Mme Sylviane Thiebault, coordinatrice du réseau assurance maladie, Mmes Marie-Laure Malpart et Catherine Borne, membres du collectif ARS
- SNFOCOS – M. Alain Gautron, secrétaire général

Auditions du 15 mars 2021

- [14 heures](#) : M. Xavier Bertrand, président du conseil régional des Hauts-de-France
- [15 heures 15](#) : Mme Virginie Lasserre, directrice générale de la cohésion sociale

Auditions du 22 mars 2021

- [14 heures](#) : M. Joël Defontaine, président des « Restos du cœur »* de la Sarthe
- [14 heures 45](#) : M. Stéphane Bernard, secrétaire général adjoint du Syndicat national des inspecteurs des affaires sanitaires et sociales (SNIASS-UNSA)
- [15 heures 45](#) : Mme Marie-Hélène Lecenne, directrice générale de l'ARS Corse

Auditions du 12 avril 2021

- [13 heures 30](#) : Audition commune de :
 - Dr. Thierry Godeau, président de la Conférence nationale des Présidents de Commissions Médicales de Centres Hospitaliers, et Dr. David Piney, secrétaire général
 - Dr. Christian Müller, président de la Conférence nationale des présidents de Commissions Médicales d'Établissements de Centres Hospitaliers Spécialisés, et, Dr Christophe Schmitt, psychiatre, président de CME au Centre Hospitalier Jury et membre de la Conférence
 - Pr. François-René Pruvot, président de la Conférence nationale des présidents de Commissions Médicales d'Établissements de Centres Hospitaliers Universitaires, et Pr. De La Coussaye, président de CME du CHU de Nîmes et membre du bureau
- [15 heures 45](#) : M. Olivier Mariotte, président de Nile Consulting*
- [16 heures 30](#) : M. Alain Milon, sénateur, ancien président de la commission des affaires sociales du Sénat, co-rapporteur du rapport « Les agences régionales de santé : une innovation majeure, un déficit de confiance »

Audition du 6 mai 2021

- [10 heures](#) : M. Maurice-Pierre Planel, directeur général adjoint de la santé

Audition du 10 mai 2021

- [10 heures 30](#) : M. Olivier Véran, ministre des Solidarités et de la Santé

() Ces représentants d'intérêts ont procédé à leur inscription sur le répertoire de la Haute Autorité de transparence pour la vie publique s'engageant ainsi dans une démarche de transparence et de respect du code de conduite établi par le Bureau de l'Assemblée nationale*

ANNEXE N° 3 :

PRÉSENCE DES CORPS D'INSPECTION ET CONTRÔLE AU SEIN DU COMEX DES ARS

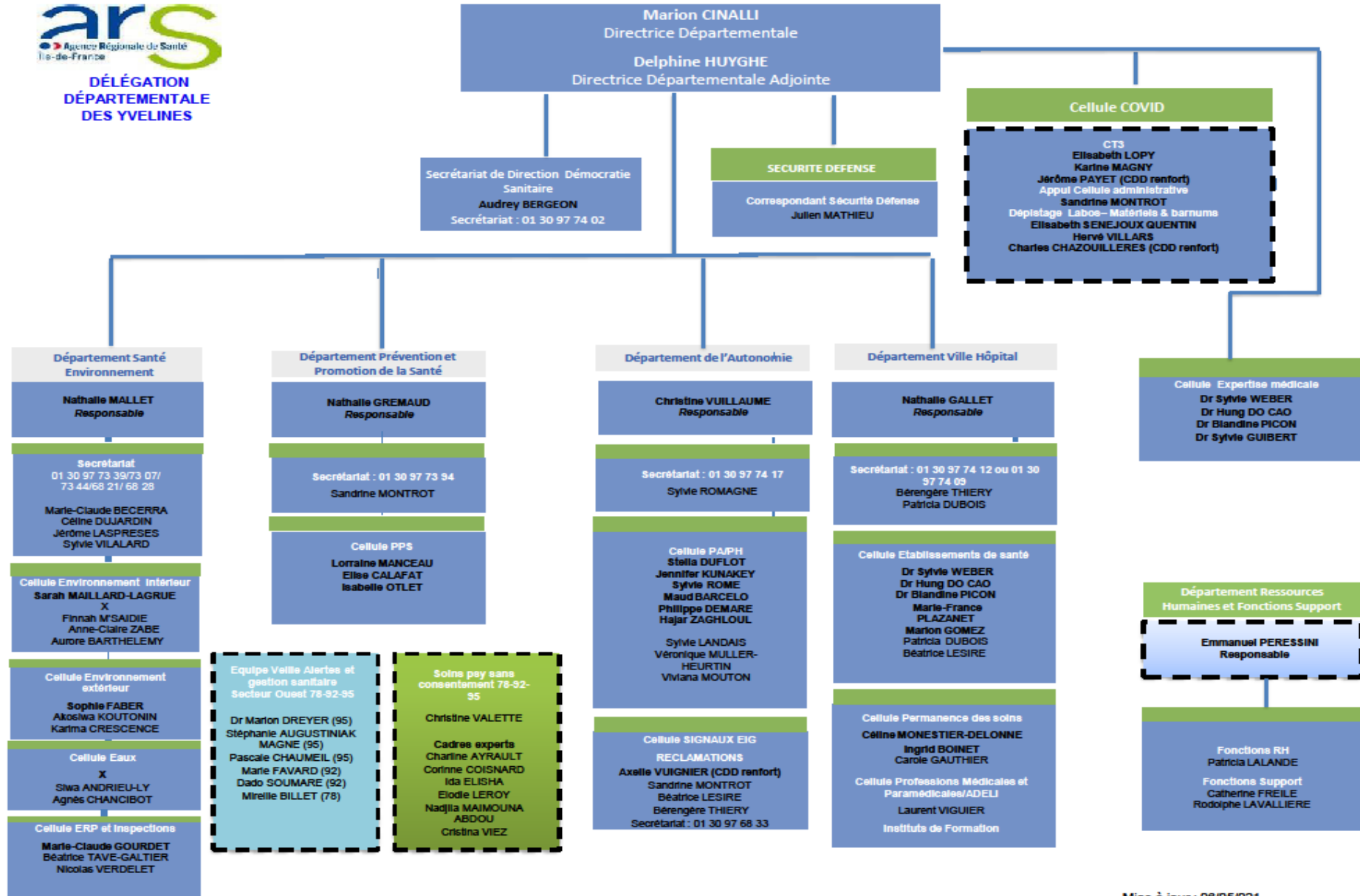
	Situation – mai 2021	Pourcentage en %
Auvergne Rhône Alpes	<p>Sur 20 postes possibles selon l'arrêté de février 2020, 14 sont pourvus en emploi contrats Comex et 6 sont pourvus sur des statuts d'emploi spécifiques (détachement FPH, CDI public, Agent UCANSS ADD)</p> <p>Pour les contrats COMEX : 7 concernent des agents du corps des IASS (ICE ou HC) ; 1 concerne un agent du corps des MISP ; 1 concerne un agent du corps des IGS ; 1 concerne un agent du corps des AAE ; 1 concerne un agent de direction de la FPH ; 1 concerne un agent de direction de la FPT ; 2 agents contractuels de droit public.</p>	45 %
Bourgogne Franche Comte	<p>16 emplois COMEX dont 6 relèvent d'un corps de contrôle :</p> <p>IGAS : 2 ; IASS : 3 et IGS : 1</p>	38 %
Bretagne	<p>Sur les 9 emplois Comex, 5 relèvent du corps des IASS (DGA, DSP, 3 DD sur 4)</p>	56 %
Centre Val de Loire	<p>12 emplois COMEX, dont 4 IASS et 2 MISP</p>	50 %
Corse	<p>6 Emplois COMEX dont 3 IASS 1 MISP</p>	67 %
Grand Est	<p>Sur 17 contrats, 8 titulaires relèvent d'un corps de contrôle: 3 IGAS, 3 IASS, 1 MISP et 1 PHISP.</p>	47 %
Hauts de France	<p>Le nombre d'emplois COMEX est de 11, dont 6 emplois de direction « métier » et 5 emplois de directeurs départementaux.</p> <p>Les IASS occupent 7 emplois COMEX, dont 1 emploi de DGA, 3 emplois de direction « métier » et 3 emplois de directeur départemental.</p>	64 %
Ile de France	<p>16 postes Comex : 8 DM et 8 DD dont 4 relèvent des corps de contrôle : 2 IASS, 1 IGS et 1 PHISP (en CET avant retraite)</p>	25 %

Nouvelle Aquitaine	13 contrats COMEX (7 au siège, 6 en DD) dont 6 de ces emplois sont occupés par des IASS (2 au siège, 4 en DD)	46 %
Normandie	10 emplois COMEX dont 2 relèvent du corps de contrôle des IASS.	20 %
Occitanie	20 emplois COMEX autorisés, dont 13 en DD <u>12 emplois occupés par</u> des agents des corps de contrôle : 1 IGAS, 8 IASS, dont 7 en DD, 2 PHISP, dont 1 en DD et 1 IGS (en DD)	60 %
PACA	10 contrats COMEX : 7 sont des fonctionnaires détachés sur ces contrats donc 5 de la FPE et 4 relevant des corps de contrôle : Parmi ces 5 : 3 IASS et 1 PHISP	40 %
Pays de la Loire	11 emplois COMEX dont 7 relèvent des corps de contrôle : 4 IASS (dont le DG) ; 1 MISP, 1 IGS et 1 IGAS.	64 %
Guadeloupe	3 COMEX dont 1 MISP.	33 %
Guyane	4 emplois COMEX (y compris DD) : Dont 2 occupés par chacun des corps de contrôle : 1 IGS et 1 PHISP.	50 %
Martinique	3 postes COMEX autorisés, dont 2 activés actuellement, occupés tous les 2 par des Inspecteurs Hors Classe de l'Action Sanitaire et Sociale. Il s'agit des postes de directeur général adjoint et de secrétaire général.	100 %
Mayotte	4 emplois COMEX dont 1 IGS	25 %
Réunion	4 emplois COMEX dont 2 occupés par un agent relevant des corps de contrôle : 1 IASS et 1 MISP.	50 %

Source : secrétariat général des ministères sociaux, « enquête flash mai 2021 »

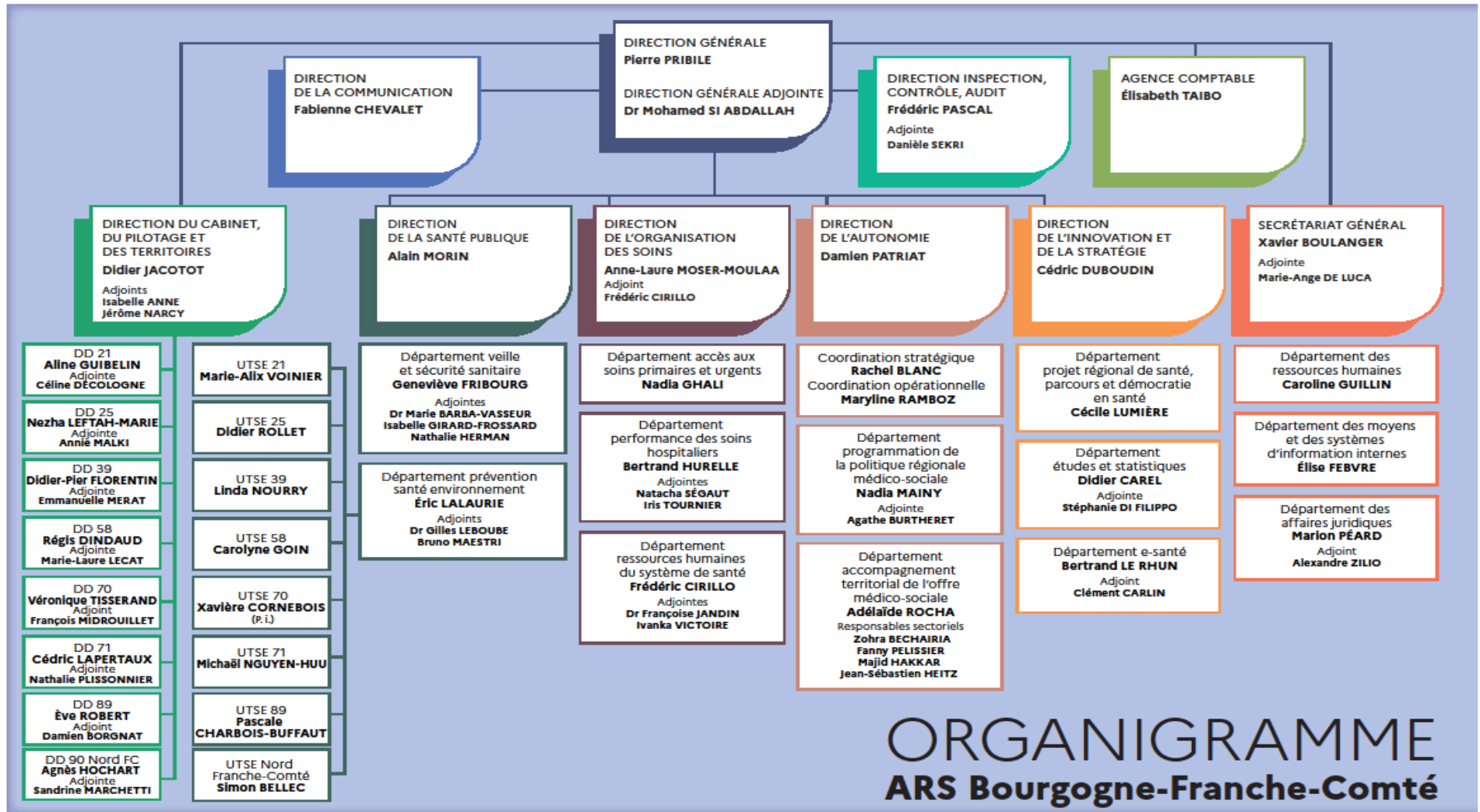
ANNEXE N° 4 A :

**ORGANIGRAMME DE LA DÉLÉGATION DÉPARTEMENTALE
DES YVELINES**



ANNEXE N° 4 B :

ORGANIGRAMME ARS BOURGOGNE-FRANCHE-COMTÉ



ORGANIGRAMME

ARS Bourgogne-Franche-Comté

ANNEXE N° 5 :

ÉLÉMENTS RELATIFS AU DROIT À LA DÉROGATION OUVERT AUX ARS TRANSMIS PAR LE SECRÉTARIAT GÉNÉRAL DES MINISTÈRES SOCIAUX

« Le décret du 29 décembre 2017 a ouvert le droit à dérogation aux ARS sous la forme d'expérimentations menées pendant deux ans et pouvant aboutir à l'évolution de la réglementation dès lors que leur évaluation est positive. C'est ainsi que six dérogations ont été expérimentées pour aboutir, à l'extension dans le droit commun pour trois d'entre elles (décret du 20 août 2019) et trois autres ont fait l'objet d'une prolongation devant s'achever en 2021 (décret du 29 décembre 2019).

A- Le lancement

L'expérimentation « droit à dérogation » lancée par le décret du 29 décembre 2017 est intervenue après un travail préparatoire ayant permis d'identifier 6 dérogations expérimentées par quatre ARS (ARA, IDF, HDF, PACA). Ces dérogations concernent uniquement les décisions dérogeant à une norme réglementaire dont la mise en œuvre incombe aux ARS au titre des compétences que les directeurs généraux exercent au nom de l'État. Elles concernaient les points suivants :

1- Seuils à partir desquels les projets d'autorisation d'extension d'établissements ou de services sociaux et médico-sociaux doivent être soumis à la commission d'information et de sélection d'appel à projet

Les ARS n'ont pas rencontré de difficultés avec les associations gestionnaires d'ESMS. L'ARS Auvergne-Rhône-Alpes a fait le choix de mettre en œuvre cette dérogation lors de l'entrée en vigueur du PRS dans sa région.

Les quatre ARS ont exprimé le souhait d'une ouverture de ce droit à dérogation aux conseils départementaux, ce qui a été fait avec le décret n° 2018-552 du 29 juin 2018.

2- Délai de réception des réponses des candidats à un appel à projets mentionné à l'article L.313-1-1 du CASF

L'objectif de cette dérogation était d'éviter des procédures infructueuses en donnant plus de temps aux promoteurs de présenter un dossier conforme au cahier des charges publié. Les ARS ont dressé un bilan plus partagé mais considéré que cette dérogation pouvait être utile dans le cas des dossiers complexes impliquant de multiples coopérations. La possibilité d'assouplir les seuils à partir desquels un AAP est requis est apparu dans certaines conditions comme une alternative intéressante. Aussi le décret n°2019-854 du 20 août 2019, dans son article 2, a introduit la disposition suivante :

« Toutefois et par dérogation aux dispositions des I à IV, le directeur général de l'agence régionale de santé et le président du conseil départemental, pour les autorisations qu'ils accordent seuls ou conjointement, peuvent appliquer un seuil plus élevé que celui résultant de ces dispositions lorsqu'un motif d'intérêt général le justifie et pour tenir compte des circonstances locales. » La dérogation aux seuils prévus au I à III ne peut avoir pour effet de retenir un seuil dépassant 100 % d'augmentation de

la capacité autorisée. La dérogation au seuil prévu au IV ne peut avoir pour effet de retenir un seuil dépassant 100 % d'augmentation des produits de la tarification. »

« La dérogation est motivée dans la décision d'autorisation de l'autorité compétente, ou des autorités compétentes quand elles agissent conjointement. » ;

Délai de réception des réponses aux appels à projet concernant les ESSMS :

18° À l'article R. 313-4-1, le 4° est complété par la phrase suivante :

« Toutefois, lorsqu'un motif d'intérêt général le justifie et pour tenir compte des circonstances locales, l'autorité compétente ou, conjointement, les autorités compétentes peuvent déroger à ces limites, par décision motivée publiée avec l'avis d'appel à projet, sans que le délai puisse être inférieur à trente jours ou supérieur à cent-quatre-vingts jours ; »

3- Compétences requises des professionnels de santé pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient (ETP)

Le décret ne permet pas de prendre des arrêtés réglementaires à portée générale, seulement de prendre un arrêté dérogatoire dans chaque cas individuel. La question s'est donc posée, au démarrage, de la conciliation entre cette exigence de ne prendre que des actes individuels et la nécessité de passer aux acteurs concernés un message clair de portée générale. Toutefois les ARS ont par la suite su concilier ces deux attentes.

4- Détermination des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins

L'ARS Ile-de-France a fait le choix de privilégier certains quartiers prioritaires de la politique de la ville. Aucune difficulté à motiver l'intérêt général n'a été rencontrée. L'expérimentation a été prolongée afin de se donner plus de recul sur sa mise en œuvre dans différents environnements.

5- Composition du dossier d'agrément des personnes effectuant des transports sanitaires terrestres et au contrôle des véhicules affectés aux transports sanitaires

Plusieurs types de contrôles existent (ARS, CPAM, DGCCRF), ce qui induit un souci de simplification. Il a été décidé de se donner plus de temps pour apprécier les avantages/inconvénients des pistes explorées par les ARS en prolongeant l'expérimentation.

6- Procédure d'avis préalable à la fixation, par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé, du cahier des charges régional sur les principes d'organisation de la permanence des soins

Les ARS perçoivent cette dérogation comme une véritable simplification des consultations nécessaires pour modifier le cahier des charges de la PDSA. L'ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur, pour souci d'efficacité, a remplacé la procédure de réunion des CODAMUPS-TS par des réunions de sous-comités médicaux.

B- Bilan partagé en 2019

Le décret du 20 août 2019 portant diverses mesures de simplification dans les domaines de la santé et des affaires sociales a généralisé 3 des 6 dérogations prévues par le décret du 29 décembre 2017 dont le bilan est apparu positif dès cette première phase :

Sont ici concernées les dérogations relatives :

- à l'allégement des procédures d'avis préalable pour les modifications des cahiers des charges concernant la PDSA (champ des soins de premiers recours),

- aux seuils à partir desquels les projets d'autorisation d'extension d'établissements ou de services sociaux et médico-sociaux doivent être soumis à la commission d'information et de sélection d'appel à projets (CISAAP) (champ médico-social),
- au délai de réception des réponses des candidats à un appel à projets (champ médico-social).

Trois expérimentations sont donc encore en cours :

a- Les compétences requises des professionnels de santé pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient (ETP)

Utilisée par les quatre ARS expérimentatrices, l'objectif de cette dérogation est de développer davantage de nouveaux programmes d'ETP pour faciliter l'accès des malades chroniques à l'éducation thérapeutique, en ville et dans les territoires où l'offre est insuffisante et sécuriser la pratique actuelle tout en maintenant la qualité de formation des équipes.

Les ARS jugent pertinente la généralisation de cette dérogation qui n'a présenté aucune difficulté d'application et qui a permis de faciliter la mise en œuvre des programmes. Lorsque les coordinateurs ont déjà un DU ou un master en ETP, les ARS considèrent qu'ils sont aptes à réaliser la coordination sans formation supplémentaire.

Cette dérogation est particulièrement nécessaire dans les régions où le turn-over est conséquent, notamment en Ile-de-France.

Cela permet également de maintenir l'offre, notamment en encourageant un exercice coordonné puisque dans les Hauts-de-France, de nombreuses équipes de soins primaires en ont été bénéficiaires.

Les ARS précisent qu'au-delà de ce dispositif dérogatoire, l'ensemble de la réglementation ETP doit être assouplie pour bénéficier d'effets « levier » plus importants.

b- La composition du dossier d'agrément des personnes effectuant des transports sanitaires terrestres et le contrôle des véhicules affectés aux transports sanitaires

Utilisée par les quatre ARS expérimentatrices et mise en œuvre à 100%, l'objectif de cette dérogation est de simplifier l'autorisation de mise en service des véhicules de transports sanitaires, en substituant aux contrôles physiques préalables des véhicules une déclaration de conformité sur l'honneur du transporteur. L'ARS IDF indique que cela a permis « d'éviter » 2 500 contrôles et 500 à l'ARS ARA.

Chaque ARS est très favorable à la suppression des contrôles *a priori* et à la pérennisation d'attestation sur l'honneur. Cela améliore le service rendu par l'ARS aux transporteurs (réduction des délais) sans moindre qualité du service fourni par les transporteurs aux patients (absence de dégradation du taux de non-conformités). L'IDF observe que du fait de la réduction des délais de traitement des demandes, les tensions avec les transporteurs ont baissé (externalités positives de la mesure).

Les ARS HDF et PACA suggèrent également d'optimiser les contrôles *a posteriori* en associant mieux les différents acteurs pour diligenter des contrôles conjoints (CPAM, forces de police, préfectures etc.), voire d'envisager que les CPAM qui effectuent le contrôle des factures se chargent de l'ensemble du contrôle pour le compte de la puissance publique.

L'ARS ARA propose d'alléger la formalité de transmission aux ARS de la liste des personnels dès changement de personnel dans une entreprise de transports sanitaires (article R 6312-17 du CSP). Un travail plus approfondi devra être fait en lien avec la DGOS pour trouver une rédaction consensuelle.

c- La détermination des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins (zonage « médecins »)

Trois ARS ont utilisé la dérogation (IDF, HDF, PACA). L'ARS ARA ne l'a pas utilisée car le décret est arrivé de manière concomitante avec la publication de son arrêté de zonage régional qui n'a pas donné lieu à des contestations au niveau local.

L'objectif de cette dérogation est de permettre aux directeurs généraux de déroger aux règles nationales (arrêté) de définition des zones sur lesquelles les médecins généralistes et les autres professionnels de santé peuvent bénéficier d'une aide conventionnelle en cas d'installation.

C- Les suites

En fin d'année 2019 et afin de se donner plus de temps pour évaluer ces trois expérimentations, il a été décidé de proroger par décret en CE pour 18 mois à compter du 1^{er} janvier 2020 les trois mesures en vigueur.

En parallèle, a été engagée une révision des normes concernées pour deux des trois mesures restantes : transports sanitaires (DGOS) et ETP (DGS), dans le cadre du décret CE « revue des missions des ARS »

Concernant la 3^{ème} mesure, celle du zonage « médecins », un travail plus large de révision de la méthodologie a également été engagé.

La crise sanitaire n'ayant pas permis de procéder au bilan approfondi souhaité, il a été décidé de demander au CE de prolonger l'expérimentation jusqu'en novembre 2021.

➤ Au total, aucune des dérogations n'a posé de difficultés notables et elles ont largement inspiré une évolution du « droit commun » dans les domaines concernés. Il en ressort que le droit à dérogation est un procédé efficace pour tester des évolutions du droit sur des sujets techniques complexes et pour faciliter l'adaptation aux besoins des territoires. Les ARS disposent des compétences et de la maturité nécessaire pour gérer les questions juridiques et pédagogiques associées à ce droit de dérogation, ce qui permet aujourd'hui d'envisager un élargissement inspiré du droit de dérogation très large dont bénéficient les préfets. »

ANNEXE N° 6 :

DONNÉES SUR LES EFFECTIFS DES ARS (PAR GRANDS SECTEURS, RÉGIONS, STATUTS, EMPLOIS, ...)

Tableau 1 : Evolution des effectifs des ARS de 2012 à 2018 par grand secteur et par région

Région	Direction					Planification/Parcours					Sécurité sanitaire-Prévention risques-protection populations				
	ETP 2012	ETP 2014	ETP 2016	ETP 2017	ETP 2018	ETP 2012	ETP 2014	ETP 2016	ETP 2017	ETP 2018	ETP 2012	ETP 2014	ETP 2016	ETP 2017	ETP 2018
Auvergne-Rhône-Alpes	45,65	32,73	32,75	31,75	31,85	67,23	53,6	39,77	40,12	43,15	195,44	202,03	195,41	198,02	194,15
Bourgogne-Franche-Comté	25,92	22,9	29,45	25,15	18,6	55,2	53,28	53,53	55,34	61,56	96,42	100,72	100,06	104,36	91,24
Bretagne	18,4	21,05	20,8	19,65	19,65	43,11	32,2	44,27	42,9	36,2	82,5	89,05	83,05	82,65	80,55
Centre-Val-de-Loire	18,85	16,6	17	19,4	18,95	23,92	26,69	23,8	25,4	26,1	73,92	69,28	66,55	66,37	63,05
Corse	12,59	7,75	5,2	7,5	6,6	8,98	6,69	10,2	9,1	8,05	23,96	21,59	22,65	24,45	23,45
Grand-Est	43,52	40,45	30,9	36,5	50,9	60,44	56,53	62,02	60,75	70,74	145,29	138,97	154,33	154,07	145,45
Guadeloupe	5,71	4,03	4,15	4,05	5,7	8,51	5,84	6,8	6,6	6	88,58	86,95	82,85	70,45	64,5
Guyane	4,5	2,35	2,95	2,6	2,8	8,34	7,1	6,4	6,7	7,3	16,99	19,39	20,49	21,25	20,6
Hauts-de-France	36,25	25,87	16,45	11,45	17,9	64,44	59,99	58,2	64,67	61,39	130,57	130,39	136,55	141,76	135,82
Ile-de-France	48,11	40,8	38,45	43,8	44,3	109,44	63,26	68,07	72,53	81,87	214,63	224,79	222,76	236,97	211,5
Martinique	9,25	6	7	5	5	10,93	12,64	11,35	13,45	12,55	43,12	108,58	44,16	45,24	43,49
Normandie	20,4	14,5	17,17	17,55	18,1	35,92	26,26	25,65	26,4	31,35	78,69	84,52	87,35	83,8	88,6
Nouvelle-Aquitaine	54,76	48	41,95	41,75	37,15	70,86	62,27	59,94	61,36	58,07	180,57	172,78	164,86	163,08	164,19
Occitanie	50,93	48,7	38	38,95	36,1	70,74	56,73	44,06	58,83	58,93	163,24	166,34	149	163,4	160,85
Océan Indien	9,75	8,45	11,3	11,85	9,3	16,46	11,58	15,05	14,7	10,85	274,16	259,75	247,23	243,75	244,45
Pays-de-la-Loire	26,4	21,3	25,5	20,1	21,3	38,26	39,75	40,93	44,05	47,05	83,42	78,5	79,45	80,79	81,34
Provence-Alpes-Cote d'Azur	34,93	35,4	34,51	34,7	23,2	40,12	28,37	27,85	31,56	27,4	116,86	109,11	117,98	123,48	120,85
Total général	465,92	396,88	373,53	371,75	367,4	732,9	602,78	597,89	634,46	648,56	2008,36	2062,74	1974,73	2003,89	1934,08

Région	Prévention et promotion de la santé publique					Professionnels de santé					Soins ambulatoires				
	ETP 2012	ETP 2014	ETP 2016	ETP 2017	ETP 2018	ETP 2012	ETP 2014	ETP 2016	ETP 2017	ETP 2018	ETP 2012	ETP 2014	ETP 2016	ETP 2017	ETP 2018
Auvergne-Rhône-Alpes	32,92	36,61	40,5	37,6	38,75	20,47	18,85	19,3	18,72	17,85	46,04	45,73	45	42,6	43,4
Bourgogne-Franche-Comté	19,99	13,71	13,3	12,2	11,85	10,05	10,29	16,75	19,06	13,75	24,37	22,27	28,85	27,67	25,6
Bretagne	16,05	14,63	14,6	15,8	15,35	10,27	7,45	10,9	11,1	12,6	23,5	26,78	19,45	19,58	18,65
Centre-Val-de-Loire	16,63	15,56	11,5	14,35	13,88	6,25	7,83	8,8	8,45	7,79	16,38	17,8	19,85	18,2	17,59
Corse	3,98	4,3	4,8	2,9	2,9	1,85	2,56	2,55	2,95	3,4	4,65	4,62	5,42	4,9	5,95
Grand-Est	32,94	32,09	23,4	22,67	21,07	23,54	23,56	29,02	27,95	29,92	29,94	33,21	46,43	45,41	45,92
Guadeloupe	6,73	5,45	4,7	8,25	7,95	3,13	3,6	3,9	2,65	1,9	5,02	3,75	5	4,25	3,95
Guyane	5,01	4,85	5,5	5,3	6,4	1,6	1,25	1,65	1,9	1,4	2,53	2,45	2,15	1,75	1,55
Hauts-de-France	30,59	37,06	27,65	33,05	31,6	13,02	12,27	17	17,45	17,4	29,24	29,46	29,45	33,53	35,47
Ile-de-France	67,4	64,25	64,35	70,85	65,05	33,8	36,86	40,05	37,8	41,59	74,3	66,98	60,18	69,48	66,1
Martinique	11,11	8,94	12,6	8,35	10,15	6,05	1,7	0,7	0,9	1,65	5,35	6,09	5,56	4,11	3,55
Normandie	15,99	17,85	19,32	18,5	17,15	10,68	10,68	7,63	6,43	7,15	18,86	19,7	18,9	18,55	18,03
Nouvelle-Aquitaine	39,47	35,01	42,18	51,2	46,42	13,98	16,51	18,64	19,3	16,92	38,39	38,34	40,63	41,86	37,72
Occitanie	32,01	28,74	34,93	34,82	32,5	17,53	16,98	16,92	22,9	24,2	41,74	40,15	36,83	43,05	41,75
Océan Indien	7,2	8,42	7,63	7,2	6,85	6,27	5,4	4,68	5,05	4,7	6,47	5,91	6,95	6,3	8,3
Pays-de-la-Loire	16,03	17,05	17,65	18,1	15	11,5	12,35	12,71	11,18	11,35	20,93	20,32	21,75	19,95	19,38
Provence-Alpes-Cote d'Azur	25,35	25,81	25,29	23,71	22,96	8,32	13,09	9,3	9,85	16,85	29,09	42,4	35,26	34,3	30,1
Total général	379,4	370,33	369,9	384,85	365,83	198,31	201,23	220,5	223,64	230,42	416,8	425,96	427,66	435,49	423,01

Région	Soins hospitaliers					Médico-social					Fonctions de gestion sanitaire				
	ETP 2012	ETP 2014	ETP 2016	ETP 2017	ETP 2018	ETP 2012	ETP 2014	ETP 2016	ETP 2017	ETP 2018	ETP 2012	ETP 2014	ETP 2016	ETP 2017	ETP 2018
Auvergne-Rhône-Alpes	125,23	133,57	127,9	118,9	121,1	155,77	147,59	163,15	166,2	165,39	44,22	37,91	37,3	36,5	33,9
Bourgogne-Franche-Comté	53,09	57,1	47,35	49,53	45,15	73,21	66,47	63,55	57,63	51,3	17,98	16,64	15,45	15,8	11,2
Bretagne	55,72	51,01	47,28	45,6	41,57	54,74	52,62	48,15	47,65	45,7	15,39	15,45	16,95	15	14,55
Centre-Val-de-Loire	49,11	48,62	43,3	37,05	32,25	58,29	57,25	50,85	53,2	48,3	17,18	15,3	16,34	14,08	15,4
Corse	14,47	16,5	15,13	12,1	13,35	9,54	10,15	10,25	10,25	11,35	4,4	5,6	4,9	3,95	3,8
Grand-Est	118,87	95,65	87,72	82,94	83,05	121,66	121,94	101,81	106,33	102,65	42,4	38,09	39,89	33,15	27,6
Guadeloupe	11,31	14,86	16,7	15,6	16,25	12,14	10,5	10,1	9,25	11,1	5,87	5,8	5,75	3,85	4,25
Guyane	5	5,86	5,41	5,3	5,55	3,95	4,9	6,45	6,05	3,7	2,41	2,8	3,05	1,75	1,45
Hauts-de-France	98,89	96,48	81,55	86,84	76,44	105,02	104,4	98,4	96,05	99,91	29,61	28,13	26,35	26,85	23
Ile-de-France	166,84	167,07	152,73	147,82	133,68	166,03	179,75	168,3	154,55	154,9	63,49	61,72	61,09	51,63	45,51
Martinique	10,26	12,13	14,92	10,42	9,85	11,92	12,4	13,62	12,45	10,4	1,55	4,45	2,5	2,05	2,35
Normandie	54,18	50,65	40,09	44,92	41,4	68,14	71,62	69,57	67,02	70,8	19,14	18,49	18,85	18,35	14,25
Nouvelle-Aquitaine	99,7	108,05	93,35	101,84	97,24	137,01	128,38	133,78	138,59	121,41	45,7	35,49	35,9	30,95	25,55
Occitanie	92,33	84,9	74,32	84,9	72,3	128,08	127,41	124,04	120,18	109,16	31,31	33,82	28,2	28,25	27,05
Océan Indien	14,86	17	15,53	13,2	17,4	9,78	7,6	10,23	9,2	11,85	8,37	6,7	7,8	4,8	8,15
Pays-de-la-Loire	50,42	56,53	50,06	47,81	47,47	65,86	62	58,07	60,87	58,79	19,59	17,95	18,34	14,65	13,32
Provence-Alpes-Cote d'Azur	98,8	78,27	72,85	86,08	88,18	88,71	86,3	85,96	85,94	83,24	29,92	25,52	25,82	25,32	24,07
Total général	1119,08	1094,25	986,19	990,85	942,23	1269,85	1251,28	1216,28	1201,41	1159,95	398,53	369,86	364,48	326,93	295,4

Région	Missions d'appui					Missions supports					Situations particulières				
	ETP 2012	ETP 2014	ETP 2016	ETP 2017	ETP 2018	ETP 2012	ETP 2014	ETP 2016	ETP 2017	ETP 2018	ETP 2012	ETP 2014	ETP 2016	ETP 2017	ETP 2018
Auvergne-Rhône-Alpes	42,23	60,18	50,1	51,4	46,35	150,03	143,32	131,35	121,85	127,55	30,79	30,32	38,07	43,54	36,11
Bourgogne-Franche-Comté	29,25	40,14	32,06	27,3	34,3	65,23	55,63	52,27	46,65	37,9	17,45	12,45	16,48	14,91	18,45
Bretagne	23,65	32,61	28,85	29,73	25,04	56,8	47,1	42,15	45,3	43,2	13,17	9,75	10,89	15,79	17,48
Centre-Val-de-Loire	19,38	26,75	25,05	21,05	23,79	44,22	46,62	44,05	46,42	42,6	9,67	6,95	12,5	22,13	17,5
Corse	3,4	6,3	4,85	7,1	7,2	18,67	21,73	18,5	21,4	18,35	3,74	4,81	3,75	1,9	2,4
Grand-Est	40,09	64,99	59,17	54,95	51,75	110,12	97,95	93,04	94,18	90,31	24,72	23,11	10,29	17	8
Guadeloupe	4,29	10,58	11,58	8,15	6,45	39,2	31,29	32,57	30,2	31,3	3,83	9,35	11,3	9,1	9,45
Guyane	4,95	8,7	3,2	3,3	3,9	17,78	18,3	20,7	20,05	17,15	1,45	2,45	0,45	5,45	0,4
Hauts-de-France	40,53	55,53	41,7	41,05	37,8	96,68	92,08	101,85	107,09	90,59	36,71	20,94	24,55	13,6	12,8
Ile-de-France	50,84	98,18	81,28	73,86	79,65	190,61	169,35	151,9	159,69	136,1	40,45	26,25	42,35	35,42	36,65
Martinique	6,7	13,02	14,29	14,68	14,26	28,1	32,55	27,5	28,45	28,35	7	1	1,6	2,7	1,7
Normandie	15,75	29	17,77	22,83	21,84	65,81	62,88	55,15	57,6	57,25	21,3	11,05	10,25	10,35	11,08
Nouvelle-Aquitaine	46,93	69,22	47	46,89	41,71	128,67	126,49	122,35	116,56	102,07	29,78	25,06	28,07	49,72	45,35
Occitanie	36,41	48,37	43,8	42,28	40,11	108,68	94,88	104,17	99,09	94,13	39,43	33,78	38,13	31,74	39,23
Océan Indien	12,51	21,69	14,65	15,45	13,75	49,03	55	56	52,65	58,85	7,59	6,8	13,65	7,75	12,55
Pays-de-la-Loire	23,8	37,9	30,54	32,49	29,64	61,6	58,4	53,6	51,8	45,6	15,19	18,95	17,8	17,11	15,46
Provence-Alpes-Cote d'Azur	29,75	38,55	41,81	49,25	40,01	99,6	91,51	78,92	80,2	65,8	36,85	26,97	13,64	14,35	21
Total général	430,46	661,71	547,7	541,76	517,55	1330,83	1245,08	1186,07	1179,18	1087,1	339,12	269,99	293,77	312,56	305,61

	Total				
Région	ETP 2012	ETP 2014	ETP 2016	ETP 2017	ETP 2018
Auvergne-Rhône-Alpes	956,02	942,44	920,6	907,2	899,55
Bourgogne-Franche-Comté	488,16	471,6	469,1	455,6	420,9
Bretagne	413,3	399,7	387,34	390,75	370,54
Centre-Val-de-Loire	353,8	355,25	339,59	346,1	327,2
Corse	110,23	112,6	108,2	108,5	106,8
Grand-Est	793,53	766,54	738,02	735,9	727,36
Guadeloupe	194,32	192	195,4	172,4	168,8
Guyane	74,51	80,4	78,4	81,4	72,2
Hauts-de-France	711,55	692,6	659,7	673,39	640,12
Ile-de-France	1225,94	1199,26	1151,51	1154,4	1096,9
Martinique	151,34	219,5	155,8	147,8	143,3
Normandie	424,86	417,2	387,7	392,3	397
Nouvelle-Aquitaine	885,82	865,6	828,65	863,1	793,8
Occitanie	812,43	780,8	732,4	768,39	736,31
Océan Indien	422,45	414,3	410,7	391,9	407
Pays-de-la-Loire	433	441	426,4	418,9	405,7
Provence-Alpes-Cote d'Azur	638,3	601,3	569,19	598,74	563,66
Total général	9089,56	8952,09	8558,7	8606,77	8277,14

Source : SGMAS/DFAS/SDAF/PCG - Enquêtes activités ARS

**Tableau 2 : Evolution des effectifs des ARS de 2012 à 2018 entre le siège et les délégations départementales (ou délégations territoriales, DT)
par région**

Région	Siège					DT					Total				
	ETP 2012	ETP 2014	ETP 2016	ETP 2017	ETP 2018	ETP 2012	ETP 2014	ETP 2016	ETP 2017	ETP 2018	ETP 2012	ETP 2014	ETP 2016	ETP 2017	ETP 2018
Auvergne-Rhône-Alpes	441,38	473,02	405,8	393	403,6	514,64	469,42	514,8	514,2	495,95	956,02	942,44	920,6	907,2	899,55
Bourgogne-Franche-Comté	392,53	385,6	331,7	327,1	302,7	95,63	86	137,4	128,5	118,2	488,16	471,6	469,1	455,6	420,9
Bretagne	214,3	214,3	215,54	213,55	199,04	199	185,4	171,8	177,2	171,5	413,3	399,7	387,34	390,75	370,54
Centre-Val-de-Loire	171	181,25	178,69	190,7	180,5	182,8	174	160,9	155,4	146,7	353,8	355,25	339,59	346,1	327,2
Corse	71,13	72,9	81	82,3	83,6	39,1	39,7	27,2	26,2	23,2	110,23	112,6	108,2	108,5	106,8
Grand-Est	499,58	483,64	342,28	350,62	352,48	293,95	282,9	395,74	385,28	374,88	793,53	766,54	738,02	735,9	727,36
Guadeloupe	183,42	180	179,4	161,4	155,8	10,9	12	16	11	13	194,32	192	195,4	172,4	168,8
Guyane	74,51	80,4	78,4	81,4	72,2						74,51	80,4	78,4	81,4	72,2
Hauts-de-France	512,32	530,1	457	492,19	484,19	199,23	162,5	202,7	181,2	155,93	711,55	692,6	659,7	673,39	640,12
Ile-de-France	541,06	579,4	551,95	559	535,99	684,88	619,86	599,56	595,4	560,91	1225,94	1199,26	1151,51	1154,4	1096,9
Martinique	151,34	219,5	155,8	147,8	143,3						151,34	219,5	155,8	147,8	143,3
Normandie	307,33	304	130,7	308,4	260,6	117,53	113,2	257	83,9	136,4	424,86	417,2	387,7	392,3	397
Nouvelle-Aquitaine	424,62	463,3	387,35	417,8	381,7	461,2	402,3	441,3	445,3	412,1	885,82	865,6	828,65	863,1	793,8
Occitanie	398,91	392,4	355,4	386,99	379,99	413,52	388,4	377	381,4	356,32	812,43	780,8	732,4	768,39	736,31
Océan Indien	96,2	104	104,2	103,6	79,8	326,25	310,3	306,5	288,3	327,2	422,45	414,3	410,7	391,9	407
Pays-de-la-Loire	259	286,7	271	259,4	259,4	174	154,3	156,7	147,9	146,3	433	441	426,4	418,9	405,7
Provence-Alpes-Cote d'Azur	332,6	320	300,33	329,48	305,6	305,7	281,3	268,86	269,26	258,06	638,3	601,3	569,19	598,74	563,66
Total général	5071,23	5270,51	4525,24	4816,33	4580,49	4018,33	3681,58	4033,46	3790,44	3696,65	9089,56	8952,09	8558,7	8606,77	8277,14

Source : SGMAS/DFAS/SDAF/PCG - Enquêtes activités ARS

Tableau 3 : Evolution des effectifs des ARS de 2018 à 2018 par type de statut (public/privé) et par région

Région	Statut Public					Statut Privé					Total				
	ETP 2012	ETP 2014	ETP 2016	ETP 2017	ETP 2018	ETP 2012	ETP 2014	ETP 2016	ETP 2017	ETP 2018	ETP 2012	ETP 2014	ETP 2016	ETP 2017	ETP 2018
Auvergne-Rhône-Alpes	798,96	786,28	742,1	727,6	722	157,06	156,16	178,5	179,6	177,55	956,02	942,44	920,6	907,2	899,55
Bourgogne-Franche-Comté	395,66	378,8	361,1	344,1	312,3	92,5	92,8	108	111,5	108,6	488,16	471,6	469,1	455,6	420,9
Bretagne	327	311,3	295,2	303	285,1	86,3	88,4	92,14	87,75	85,44	413,3	399,7	387,34	390,75	370,54
Centre-Val-de-Loire	285,3	285,1	272,5	278,15	262,4	68,5	70,15	67,09	67,95	64,8	353,8	355,25	339,59	346,1	327,2
Corse	91,53	92,3	90,4	89,1	85,4	18,7	20,3	17,8	19,4	21,4	110,23	112,6	108,2	108,5	106,8
Grand-Est	649,8	610,77	597,25	593,1	584,35	143,73	155,77	140,77	142,8	143,01	793,53	766,54	738,02	735,9	727,36
Guadeloupe	183,32	180	182,4	159,4	155,8	11	12	13	13	13	194,32	192	195,4	172,4	168,8
Guyane	67,51	74,4	70,4	73,4	64,2	7	6	8	8	8	74,51	80,4	78,4	81,4	72,2
Hauts-de-France	563,55	549,2	517,4	523,59	495,82	148	143,4	142,3	149,8	144,3	711,55	692,6	659,7	673,39	640,12
Ile-de-France	933,84	870,76	815,81	847,7	819,4	292,1	328,5	335,7	306,7	277,5	1225,94	1199,26	1151,51	1154,4	1096,9
Martinique	139,34	206,5	139,8	131,8	126,3	12	13	16	16	17	151,34	219,5	155,8	147,8	143,3
Normandie	343,76	338,6	309,4	315,7	324,1	81,1	78,6	78,3	76,6	72,9	424,86	417,2	387,7	392,3	397
Nouvelle-Aquitaine	753,72	725	683,85	707	641,1	132,1	140,6	144,8	156,1	152,7	885,82	865,6	828,65	863,1	793,8
Occitanie	681,13	647,1	576,5	615,3	580,12	131,3	133,7	155,9	153,09	156,19	812,43	780,8	732,4	768,39	736,31
Océan Indien	403,45	394,3	389,7	370,1	378	19	20	21	21,8	29	422,45	414,3	410,7	391,9	407
Pays-de-la-Loire	355,3	348,1	325,3	320,4	306,8	77,7	92,9	101,1	98,5	98,9	433	441	426,4	418,9	405,7
Provence-Alpes-Cote d'Azur	535,2	499,1	471,2	501,8	477	103,1	102,2	97,99	96,94	86,66	638,3	601,3	569,19	598,74	563,66
Total général	7508,37	7297,61	6840,31	6901,24	6620,19	1581,19	1654,48	1718,39	1705,53	1656,95	9089,56	8952,09	8558,7	8606,77	8277,14

Source : SGMAS/DFAS/SDAF/PCG - Enquêtes activités AR

Tableau 4 : Effectifs des ARS en 2018 par grand secteur et par région au sein du siège et des délégations départementales (ou délégations territoriales, DT)

Région	Type Entité	Département	Direction	Plannification/ Parcours	Sécurité sanitaire- Prévention risques- protection populations	Prévention et promotion de la santé publique	Professionnels de santé	Soins ambulatoires	Soins hospitaliers	Médico- social	Fonctions de gestion sanitaire	Missions d'appui	Missions supports	Situations particulières	Total	
Auvergne-Rhône-Alpes	DT	Ain	2,0	1,0	15,8	1,6	0,1	2,1	2,9	9,3	1,8	0,2	2,6	0,5	39,7	
		Allier	2,0	0,5	7,7	2,2	0,4	2,0	2,6	6,9	0,6	0,1	3,4	0,9	29,0	
		Ardeche	0,6	1,1	13,8	1,0	0,2	1,2	2,8	6,0	1,2	0,4	1,8		29,9	
		Cantal	2,0	1,4	7,6	1,1	0,6	1,1	3,0	7,4	0,2		1,0		25,2	
		Drome	1,7	2,1	13,4	1,9	0,8	2,3	4,7	8,0	1,6	0,6	2,9	0,1	39,7	
		Haute-Loire	2,0	0,4	8,6	1,1	0,6	1,6	2,9	7,1	0,7	0,1	1,7	2,7	29,2	
		Haute-Savoie	1,8	0,6	13,1	1,6	0,4	2,6	3,9	10,7	6,6			2,2		43,3
		Isere	2,3	1,4	18,0	3,1		4,8	8,0	14,5	2,1			4,2	0,4	58,4
		Loire	1,9	2,3	16,4	2,2	0,3	3,4	6,8	12,7	2,3	0,2	2,8	2,0	53,1	
	Siège	Puy-de-Dome	0,1	5,9	11,5	4,7	2,0	2,0	20,8	14,5	4,3	5,3	12,4	4,3	87,7	
	DT	Puy-de-Dome	2,2	1,1	15,2	3,4	0,7	1,6	3,6	6,4	1,5		0,2	1,7	37,4	
	Siège	Rhone	8,3	22,0	17,8	10,7	11,5	11,1	48,6	35,5	1,5	39,2	89,5	20,7	315,9	
	DT	Rhone	3,3	3,0	20,3	3,7	0,1	5,1	7,0	19,8	7,5	0,3	0,5	2,6	73,0	
		Savoie	1,9	0,8	15,3	0,9	0,4	2,7	3,9	7,0	2,2	0,1	2,6	0,5	38,1	
Bourgogne-Franche-Comté	Siège	Cote-d-Or	8,0	29,2	22,7	7,5	8,5	14,1	28,3	18,8	3,9	12,5	7,5	6,2	166,9	
	DT	Cote-d-Or													0,0	
	Siège	Doubs	3,0	18,4	19,1	1,4	2,5	3,3	11,5	16,8	4,9	19,8	25,1	10,2	135,8	
	DT	Doubs													0,0	
		Haute-Saone	1,0	3,1	9,0	0,5	0,3	1,6	2,1	1,8	0,9	0,7	1,0	0,3	22,1	
		Jura	1,0	3,7	7,9	0,2	0,2	0,6	1,0	3,7		1,0	0,8		20,1	
		Nievre	1,3	1,6	6,5	1,0	0,2	1,1	3,0				1,1	0,2	16,0	
		Saone-et-Loire	2,4	2,1	9,4	0,6	1,5	1,4	1,1	3,6			0,5	0,7	23,2	
		Territoire-de-Belfort	0,5	0,8	8,1		0,2	1,5	0,2	0,3	1,0	0,3		0,9	13,8	
		Yonne	1,4	2,8	8,7	0,7	0,4	2,0	1,1	3,3	0,5	0,1	2,0	0,1	23,0	
Bretagne	DT	Cotes-d-Armor	2,0	2,7	13,2	1,7	0,2	2,3	5,0	7,2	2,4	0,2	1,6	2,0	40,2	
		Finistere	2,1	3,1	18,1	1,7	1,1	2,2	2,2	5,9	3,9	2,8	2,3	0,5	45,6	
	Siège	Ille-et-Vilaine	10,4	20,5	18,7	8,1	10,4	11,2	28,7	22,4	0,9	21,0	35,3	11,6	199,0	
	DT	Ille-et-Vilaine	3,2	4,2	13,7	2,3	0,8	1,1	3,7	5,8	4,5		1,0	2,0	42,1	
		Morbihan	2,0	5,9	17,0	1,7	0,2	2,0	2,1	4,6	2,9	1,1	3,0	1,4	43,6	
Centre-Val-de-Loire	DT	Cher	2,4	1,2	6,9	0,7		2,2	2,2	5,8	1,3	0,2		0,3	23,0	
		Eure-et-Loir	1,7	1,4	9,0	1,5	0,3	1,7	1,8	6,2	3,0	0,1	0,6	0,1	27,0	
		Indre	2,1	1,0	4,9	0,8	0,9	1,7	1,2	5,9	1,5	0,3	0,3	1,2	21,4	
		Indre-et-Loire	2,1	1,2	7,9	0,8	0,2	1,6	0,9	6,7	2,1		1,2	1,4	25,9	
		Loir-et-Cher	1,6	1,2	7,1	1,4	0,4	1,4	1,4	4,9	1,4	0,1	0,4	0,5	21,5	
	Siège	Loiret	7,1	19,2	17,6	7,9	6,1	6,9	23,9	12,4	3,2	23,3	40,3	12,8	180,5	
	DT	Loiret	2,1	1,0	9,8	0,8	0,1	2,2	1,1	6,5	3,0			1,5	27,9	

Région	Type Entité	Département	Direction	Plannification/ Parcours	Sécurité sanitaire- Prévention risques- protection populations	Prévention et promotion de la santé publique	Professionnels de santé	Soins ambulatoires	Soins hospitaliers	Médico- social	Fonctions de gestion sanitaire	Missions d'appui	Missions supports	Situations particulières	Total	
Corse	Siège	Corse-du-Sud	4,6	7,1	14,0	2,9	3,3	5,3	12,9	6,1	1,9	6,2	17,9	1,7	83,6	
	DT	Corse-du-Sud													0,0	
Grand-Est	DT	Haute-Corse	2,0	1,0	9,5		0,1	0,7	0,5	5,3	2,0	1,0	0,5	0,8	23,2	
		Ardennes	1,7	1,8	8,3	1,3	0,2	2,3	1,5	4,5	1,3		0,5		23,3	
	Siège	Aube	4,4	0,8	8,6	0,8	0,0	2,9	1,5	3,5	0,8			0,6	23,7	
		Bas-Rhin	2,9	8,3	6,0		0,5	0,5	12,5	1,9	0,6	21,5	23,7	1,5	79,6	
	DT	Bas-Rhin	3,6	6,9	19,2	3,6	5,1	3,8	10,0	14,8	4,3	0,1	1,0	0,9	73,1	
		Haut-Rhin	2,3	2,7	11,5	0,2	0,8	3,7	5,2	11,7	1,8	0,2	1,0	0,2	41,1	
		Haute-Marne	2,7	2,7	10,8	0,3	0,5	1,2	2,6	3,2				0,4	24,2	
	Siège	Marne	3,1	10,7	10,4	2,3	3,8	7,7	7,9	24,1	1,4	9,9	13,3	1,8	96,3	
		Marne	2,1	4,5	10,0	1,0	0,1	2,7	2,3	5,2	3,4			0,1	31,0	
	Siège	Meurthe-et-Moselle	10,8	17,1	16,6	7,6	16,0	9,6	24,5	1,3	2,7	18,6	48,7	3,3	176,6	
		Meurthe-et-Moselle	4,4	5,0	14,2	1,3	0,2	3,0	3,7	10,0	3,3	1,2			46,1	
	DT	Meuse	6,0	3,2	6,9	1,5	1,0	3,5	2,0	5,0				0,1	29,0	
		Moselle	2,4	3,0	12,5	0,8	0,3	3,2	6,2	10,2	6,1	0,4			0,4	45,4
		Vosges	4,6	4,3	10,7	0,6	1,6	2,1	3,5	7,5	2,2			1,0	38,0	
Guadeloupe		5,3	5,4	54,3	8,0	1,9	4,0	16,3	11,1	3,8	6,3	30,3	9,5	155,8		
DT	Guadeloupe	0,4	0,7	10,3							0,5	0,2	1,0	13,0		
Guyane	Siège	Guyane	2,8	7,3	20,6	6,4	1,4	1,6	5,6	3,7	1,5	3,9	17,2	0,4	72,2	
Hauts-de-France	DT	Aisne	1,0	2,9	12,3	0,8	0,4	0,9	1,9	9,5	0,5	0,1	1,8		31,9	
	Siège	Nord	10,5	37,5	69,1	17,3	11,2	20,1	49,4	52,2	11,0	28,0	53,8	7,0	367,0	
		Nord		1,5	7,1	1,4				0,6					10,6	
	DT	Oise	1,2	2,3	9,1	1,6	0,4	1,5	4,6	10,8	2,6	0,2	1,0		35,1	
		Pas-de-Calais	0,6	3,7	22,0	3,3	0,4	3,0	3,5	14,3	3,5	1,0	3,2	0,7	59,0	
		Somme	2,6	12,2	7,5	7,3	5,1	10,0	16,5	6,5	5,5	8,6	30,8	4,9	117,2	
	DT	Somme	2,0	1,5	8,9					6,8				0,2	19,3	
	Ile-de-France	DT	Essonne	2,2	2,7	19,9	3,2	0,4	2,9	7,8	14,2	5,4	1,8	3,9	1,1	65,2
		Siège	Hauts-de-Seine	2,0	5,2	17,8	3,1	1,4	3,2	7,7	13,5	7,6	0,8	2,1	3,3	67,5
			Paris	20,2	56,1	40,5	31,7	32,4	43,7	67,9	45,3	1,1	68,9	109,5	18,8	536,0
DT		Paris	3,0	5,3	16,0	7,8	1,8	4,3	13,9	15,5	7,5	4,9	1,5		81,4	
		Seine-Saint-Denis	4,5	0,9	27,5	4,1	1,4	2,5	8,0	14,6	8,6	0,3	3,0	2,5	77,8	
		Seine-et-Marne	3,0	3,2	21,2	3,6	2,0	3,3	5,4	13,6	4,4	0,6	6,0	1,8	68,0	
		Val-d'Oise	3,5	3,5	24,9	4,1	0,4	0,8	7,2	12,5	3,4	0,4	4,6	2,2	67,4	
		Val-de-Marne	3,0	1,3	21,5	3,9	1,1	2,3	7,1	12,8	4,5	0,6	3,5	5,0	66,3	
	Yvelines	3,0	3,9	22,4	3,7	0,8	3,4	8,8	13,0	3,2	1,4	2,1	2,0	67,4		
Martinique	Siège	Martinique	5,0	12,6	43,5	10,2	1,7	3,6	9,9	10,4	2,4	14,3	28,4	1,7	143,3	
Normandie	Siège	Calvados	6,7	14,1	20,3	5,2	2,3	8,3	23,3	2,3	7,8	14,3	20,3	2,0	126,8	
		Calvados	3,0	0,6	11,9						9,8				0,5	25,7
	DT	Eure	2,5	1,3	11,6					0,2	8,9			1,2	0,6	26,3
		Manche	1,8	1,4	13,2	0,5			1,1	0,8	8,0			0,8	1,0	28,5
		Orne	1,0	0,4	9,6						7,7			0,8	0,4	19,8
	Siège	Seine-Maritime	1,8	11,6	3,9	11,5	4,9	8,7	17,2	19,6	6,5	7,5	34,2	6,6	133,8	
		Seine-Maritime	1,3	2,1	18,1						14,6					36,1

Région	Type Entité	Département	Direction	Planification/ Parcours	Sécurité sanitaire- Prévention risques- protection populations	Prévention et promotion de la santé publique	Professionnels de santé	Soins ambulatoires	Soins hospitaliers	Médico- social	Fonctions de gestion sanitaire	Missions d'appui	Missions supports	Situations particulières	Total		
Nouvelle-Aquitaine	DT	Charente	2,3	2,4	9,9	2,9	1,3	1,8	2,1	4,7	0,5	0,5	2,0	2,4	32,5		
		Charente-Maritime	1,8	3,8	12,9	3,3	0,4	2,8	3,5	5,6	0,8	0,2	2,1	2,7	39,6		
		Correze	2,0	0,4	10,9	1,3	0,5	1,3	2,1	3,3	0,8			0,1	0,5	23,0	
		Creuse	2,2	0,6	9,1	1,6	0,9	1,1	2,3	2,2	0,3			0,1	1,7	21,8	
		Deux-Sevres	2,2	3,0	10,0	1,7	0,3	1,7	2,2	4,9	0,6	0,3		1,7	0,4	28,8	
		Dordogne	1,4	2,4	10,4	1,1	0,5	1,8	2,4	4,3	0,6	0,3		2,1	1,9	28,8	
		Siège	Gironde	10,2	23,4	18,2	13,7	4,4	10,9	41,7	29,0	0,4	26,2	55,2	17,5	250,6	
	DT	Gironde	2,3	5,8	20,3	4,6	0,8	4,9	6,0	9,7	9,9	0,3		2,7	67,1		
	DT	Haute-Vienne	2,0	2,9	9,9	4,5	0,7	1,1	2,8	7,1	2,6	0,2		0,1	1,1	34,8	
	DT	Landes	2,0	1,1	11,2	1,8	0,2	1,7	2,9	5,1	1,7	0,1		1,5	2,1	31,0	
		Lot-et-Garonne	2,0	2,1	5,7	3,4	1,4	0,8	3,5	5,3	0,5			2,2	1,3	28,0	
		Pyrenees-Atlantiques	3,0	1,5	16,0	2,3		1,2	5,1	8,3	1,1	0,3		1,6	0,1	40,2	
		Siège	Vienne		5,0	3,1	1,9	5,0	1,3	7,7	17,0	0,8	2,8	16,6	4,8	65,9	
		DT	Vienne	4,0	1,6	11,3	2,0	0,5	2,3	2,9	5,2	4,9	0,4		1,6	36,5	
		Occitanie	DT	Ariege	1,0	1,4	5,3	1,3	0,9	1,2	1,0	4,5	1,0	0,1		2,2	19,7
				Aude	2,0	1,2	10,5	0,1	1,0	1,6	1,0	5,8		0,3		0,6	0,3
	Aveyron			1,1	1,3	6,4	1,1	0,3	1,8	1,3	7,8	0,6	0,3		0,9	0,1	22,7
Gard	1,9			2,6	11,6	1,0	0,5	2,2	3,2	9,3	1,5	0,1		2,2	0,3	36,1	
Gers	2,2			0,3	7,4	1,0	0,3	0,9	2,4	6,3	0,5	0,1		1,7	1,9	24,7	
Siège	Haute-Garonne		1,0	16,7	29,9	12,7	3,0	8,3	9,6	22,0	12,2	16,1	41,9	10,6	183,8		
DT	Haute-Garonne		1,4	2,1	12,5	1,3	0,3	3,4	2,1	11,5	1,0	0,5		1,1	37,0		
DT	Hautes-Pyrenees		2,0	1,0	9,3	1,8	0,5	1,8	1,9	4,7	1,2	0,2		1,2	0,2	25,6	
	Siège		Heraut	14,6	23,7	11,4	2,2	15,1	10,8	37,7	3,8	1,9	20,3	37,1	17,8	196,2	
	DT		Heraut	0,9	2,5	16,9	2,8		2,9	4,0	9,1	2,2			2,0	43,2	
	Lot		2,1	1,5	6,7	1,6	0,6	1,6	0,5	5,0	1,0	0,1		1,7	0,8	22,9	
	Lozere		1,3	0,1	8,6	1,4	0,2	0,5	1,6	3,2	0,3	0,1		0,7	2,5	20,2	
	Pyrenees-Orientales		2,5	2,2	11,2	1,6	0,7	0,8	1,9	6,2	2,0	1,6		2,4	1,2	34,0	
	Tarn		1,3	1,4	7,2	1,3	0,4	2,6	3,2	5,5	1,0	0,1		1,2	0,6	25,5	
Tarn-et-Garonne	1,1		1,3	6,2	1,6	0,9	1,6	1,3	4,6	1,0	0,5		0,5	0,1	20,3		
Océan Indien	Siège		Océan Indien	5,4	5,4	2,7	0,6	2,8	1,2	4,3	1,0	13,2	39,6	2,9	79,8		
	DT		Océan Indien	3,9	5,5	241,8	6,3	1,9	7,2	13,1	10,9	7,2	0,6	19,3	9,7	327,2	
Pays-de-la-Loire	Siège	Loire-Atlantique	10,3	24,0	25,5	11,3	7,4	10,9	42,2	47,0	1,6	27,1	43,7	8,6	259,4		
	DT	Loire-Atlantique	3,0	6,0	12,6	0,9	0,9	3,2	1,0	1,5	8,3	0,5		2,4	40,2		
		Maine-et-Loire	2,8	5,3	12,2	0,5	0,8	1,7	1,5	2,4	0,9			0,6	1,0	29,4	
		Mayenne	2,4	4,9	7,5	0,5	0,6	0,6	0,7	2,2	0,6	0,1		1,1	0,1	21,0	
		Sarthe	1,7	3,7	9,7	1,4	1,0	1,4	0,8	2,8	1,1			0,3	1,7	25,4	
		Vendee	1,2	3,3	13,9	0,5	0,8	1,7	1,4	3,1	1,0	2,0			1,7	30,3	
Provence-Alpes-Cote d'Azur	DT	Alpes-Maritimes	2,0	0,3	18,3	1,3	0,7	2,5	9,7	15,1	1,5		1,9	1,4	54,5		
		Alpes-de-Haute-Prove	1,8	1,3	8,2	0,6	0,2	1,7	3,2	4,3	0,6			2,3	24,2		
	Siège	Bouches-du-Rhone	14,2	20,7	30,9	11,0	13,8	15,6	52,3	24,6	13,2	39,0	56,3	14,2	305,6		
	DT	Bouches-du-Rhone	2,0	0,9	24,3	5,0	0,8	3,5	10,1	15,9	2,3			2,0	66,6		
		Hautes-Alpes	1,0	0,3	8,8	1,8	0,3	2,0	4,1	4,3	1,3			0,6	1,0	25,3	
		Var	1,0	2,9	18,2	2,7	0,7	2,4	6,2	13,5	3,4	1,0		2,6	1,0	55,5	
		Vaucluse	1,2	1,0	12,3	0,8	0,4	2,7	2,7	5,7	1,9			2,2	1,5	32,0	
Total			367,4	648,56	1934,08	365,83	230,42	423,01	942,23	1159,95	295,4	517,55	1087,1	305,61	8277,14		

Source : SGMAS/DFAS/SDAF/PCG - Enquêtes activités ARS

Tableau 5 : Evolution des effectifs des délégations départementales de 2012 à 2018 par grand secteur et par statut/emploi

* référentiel spécifique à l'enquête activité	Direction	Direction					Planification/Parcours				
		ETP 2012	ETP 2014	ETP 2016	ETP 2017	ETP 2018	ETP 2012	ETP 2014	ETP 2016	ETP 2017	ETP 2018
Emploi de direction	Directeur général	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
	Emploi de direction	0	0	0	0,95	5,85	0	0	0	0	0,1
	Postes COMEX UCANSS non issus du RG, de la MSA ou du RSI	0,5	2	5	4,05	0	0,3	0	0,3	0,8	0
Fonctionnaire Etat affectés	Inspecteurs de l'action sanitaire et sociale	1,8	0,5	2,8	12,35	17	39,96	28,63	32,65	34,77	41,14
	Inspecteurs hors classe ou principal ASS	43,47	49,3	37,3	24,9	21,2	27,32	22,83	27,98	22,17	16,25
	Médecins inspecteurs de santé publique	5,7	5,25	1,5	0,1	0,5	23,66	14,52	15,34	13,93	15,68
	Pharmaciens inspecteurs de santé publique	0	1	2,2	1,85	0,8	0,55	0,95	0,9	0,4	0,5
	Attachés d'administration	0,8	2,55	2,4	2,2	3,8	3,85	4,42	11,98	14,98	17,08
	Conseillers techniques de service social	0	0	0	0	0	1,8	1	0,85	0,8	0,5
	Ingénieurs du génie sanitaire	4,7	7,1	3,2	5,55	6,4	7,06	4,49	5,56	4,96	6,56
	Ingénieurs d'études sanitaires	0	0	0,3	1,1	1,6	7,56	3,7	1,58	1,85	3,2
	Infirmiers de l'Etat (A)	0	0	0	0	0	6,43	4,84	2,9	5,45	5,1
	Autres agents	0,3	0	0	0	1,3	0,15	0,15	0	0,3	0
	Secrétaires administratifs des affaires sociales	19	15,9	19,05	20,9	21,55	22,04	17,39	21,6	19,33	17,15
	Techniciens sanitaires	0,25	0	0	0	0,2	3,02	0,3	0,45	0,2	0,6
	Infirmiers de l'Etat (B)	0	0	0	0	0	1,35	0,9	0,92	1,27	1,55
	Adjoints principaux des services techniques	0	0	0	0	0	0	0	0,2	0	0
	Adjoints administratifs	58,86	54,17	51,2	53,85	47,35	10,99	7,47	12,8	10,5	7,55
	Adjoints sanitaires	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Adjoints techniques	0,05	0	1,3	0,4	0	0	0	0,1	0	0
Fonctionnaires détachés (FPE, FPH et FPT)	Très haut niveau d'expertise (niveau 1 bis)	4,3	4,9	7,7	6	3	1,4	0,9	1,02	0	0,36
	Cadre supérieur (niveau 1)	1,7	1,2	2	3	1	0,2	1,55	0,7	0,2	0,15
	Cadre expert (niveau 2)	0	0,8	0	0	1	0,5	0,6	1,95	1,62	3,05
	Cadre (niveau 3)	0	0	0	0	0	0	0	0,2	2,4	0
	Personnel d'application (niveau 4)	0	0	0	0	0	0	0	0,1	0	0,05
	Praticiens hospitaliers détachés sur contrat de droit public	0	0	0,2	1	2	0	0	1,2	0	0,55
Contractuels de droit public	Très haut niveau d'expertise (niveau 1 bis)	0,45	2	3	2,45	5	0,5	0,2	0,8	0,1	4,45
	Cadre supérieur (niveau 1)	0	0	0,45	3,2	2	0,42	2,7	5	3,55	7,33
	Cadre expert (niveau 2)	0,65	0	1	0,8	0	4,12	0,75	4,7	2,55	2,25
	Cadre (niveau 3)	0,05	0,5	1,3	2,3	3,1	11,21	8,58	14,52	19,65	11,55
	Personnel d'application (niveau 4)	3,25	4,55	7,35	8	10,6	2,75	4,1	4,55	5,6	4,6
Effectifs sous convention collective AM	Agents de direction	3,85	10,4	11,15	12,05	0	1,7	0,4	3,1	3	0
	Praticiens conseils	1,2	0	2,6	0,9	0,8	7,85	4	8,05	5,79	6,35
	Cadres	4	9,75	13	14,95	30,85	6,47	10,33	32,73	27,96	35,52
	Employés	4,05	2,9	12,3	9,25	9,75	2,5	1,5	3,9	1,25	2,28
	Autres agents (informaticiens ...)	0,25	0	0	0	0	0,25	0	0,4	0,05	0,4
Mises à disposition entrantes (MAD entrantes)	Très haut niveau d'expertise (niveau 1 bis)	0	0	1	1	1,5	0,88	0,4	0	0	0,7
	Cadre supérieur (niveau 1)	0	0	0	0	0	0,1	0	0,4	0	0
	Cadre expert (niveau 2)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Cadre (niveau 3)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Personnel d'application (niveau 4)	0	0	0	0,05	0,05	0,05	0	0	0	0
Contrats aidés	0	1	0	2	0,4	0	0	0	0,1	0	
Total		159,18	175,77	189,3	196,15	198,6	196,94	147,6	219,43	205,53	212,55

* référentiel spécifique à l'enquête activité		Sécurité sanitaire-Prévention risques-protection populations					Prévention et promotion de la santé publique				
		ETP 2012	ETP 2014	ETP 2016	ETP 2017	ETP 2018	ETP 2012	ETP 2014	ETP 2016	ETP 2017	ETP 2018
Emploi de direction	Directeur général	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Emploi de direction	0	0	0	1	0	0	0	0,05	0	
	Postes COMEX UCANSS non issus du RG, de la MSA ou du RSI	0,3	0	0,1	0	0	0,2	0	0,1	0	0
Fonctionnaire Etat affectés	Inspecteurs de l'action sanitaire et sociale	6,92	7,83	10,43	13,23	15,49	16,07	12,55	17,97	18,92	17,67
	Inspecteurs hors classe ou principal ASS	5,78	6,01	9,55	6,4	3,4	9,22	6,75	9,15	6	2,95
	Médecins inspecteurs de santé publique	18,48	13,58	13,35	11,45	13,68	10,65	10,26	10,53	5,85	4,15
	Pharmaciens inspecteurs de santé publique	0	0	0,55	0,05	0,4	0	1,3	0,55	0	0
	Attachés d'administration	1,4	1,65	5,41	7,8	8,2	1,18	3,45	9,3	10,95	12,75
	Conseillers techniques de service social	0,5	0,5	0,8	0,8	0,6	0,65	0,94	1,15	2,4	3,45
	Ingénieurs du génie sanitaire	73,85	71,88	81,29	76,94	81,96	2,37	3,41	7,44	8,25	8,43
	Ingénieurs d'études sanitaires	202,89	211,3	214,06	210,47	206,14	1,6	1,97	4,38	4,05	3,05
	Infirmiers de l'Etat (A)	18,45	20,83	19	17,6	20,8	12,29	12,35	10,3	10,1	7,65
	Autres agents	2,1	2,95	2,1	1,9	1,6	0,8	0,8	1,35	0,8	0
	Secrétaires administratifs des affaires sociales	46,84	46,84	60,68	69,6	68,85	32,47	29,1	39,71	36,3	37,65
	Techniciens sanitaires	515,19	503,96	530,8	514,63	535,89	1,1	0,2	0,4	0,9	0,62
	Infirmiers de l'Etat (B)	4,4	5,2	6,65	5,63	5,8	2,35	0,7	1,25	0,8	1,75
	Adjoint principaux des services techniques	0	0	0	0	0	0	0	0,8	0	0
	Adjoint administratifs	185,26	170,69	162,46	151,38	139,33	25,09	23,03	22,8	25,42	19,62
Adjoint sanitaires	259,51	224,16	203,05	193,25	182,15	0,3	0,2	0	0	0	
Adjoint techniques	2,85	2,85	6,05	1,5	0,7	0	0	0,6	0	0	
Fonctionnaires détachés (FPE, FPH et FPT)	Très haut niveau d'expertise (niveau 1 bis)	0,95	1	0,3	0,1	0,1	0,8	0,1	0,5	0,25	0,1
	Cadre supérieur (niveau 1)	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0
	Cadre expert (niveau 2)	0	0	0,5	0,56	0,56	0	0	0,3	0,6	0,25
	Cadre (niveau 3)	0	0	0	0	0	0	0	0,2	1	1
	Personnel d'application (niveau 4)	0	0	0	0	1,6	0	0	0	0	0
	Praticiens hospitaliers détachés sur contrat de droit public	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Très haut niveau d'expertise (niveau 1 bis)	0,95	1,95	2,85	0,5	9,1	0,15	0,1	0,7	0	4,35
Contractuels de droit public	Cadre supérieur (niveau 1)	2,85	1,75	11,85	4,4	9,9	0,3	0,5	4,2	1,5	2,6
	Cadre expert (niveau 2)	13,3	12,75	14,38	17,3	2,9	0,72	1,6	2,42	2,6	0,9
	Cadre (niveau 3)	19,28	5,55	12,1	21	9,4	11,85	7,33	9,35	12,1	9
	Personnel d'application (niveau 4)	23,9	23,2	18,5	35,45	35,35	1,95	2,6	0,88	1,9	1,05
	Agents de direction	0,15	0	0	0	0	0,05	0,2	0,15	0,15	0
Effectifs sous convention collective AM	Praticiens conseils	1,2	2,2	4,15	3,5	7,49	0,55	0,55	1,7	2,25	2,55
	Cadres	2,3	4	11,2	11,18	9,5	6,65	8,42	16,27	16,95	15,45
	Employés	1	4,1	7,43	9,5	7,05	1,71	1,7	3,75	3,75	3,8
	Autres agents (informaticiens ...)	1,05	0	2,3	2,4	1,4	0,55	0,4	1,2	0,3	0,45
	Très haut niveau d'expertise (niveau 1 bis)	0	0,95	0	0	0,4	0,47	0	0	0	0,3
Mises à disposition entrantes (MAD entrantes)	Cadre supérieur (niveau 1)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Cadre expert (niveau 2)	1,4	0	0,9	1	0	0	0	0	0	0
	Cadre (niveau 3)	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
	Personnel d'application (niveau 4)	3,7	3,15	5,15	2	3,95	1	0,1	0,1	0,1	0,1
	Contrats aidés	0	1,05	7	4,2	9,6	0	0,1	0	0,9	0,05
Total		1417,75	1351,88	1424,94	1396,72	1393,29	143,09	132,71	179,5	175,14	161,69

* référentiel spécifique à l'enquête activité		Professionnels de santé					Soins ambulatoires				
		ETP 2012	ETP 2014	ETP 2016	ETP 2017	ETP 2018	ETP 2012	ETP 2014	ETP 2016	ETP 2017	ETP 2018
Emploi de direction	Directeur général	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Emploi de direction	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Fonctionnaire Etat affectés	Postes COMEX UCANSS non issus du RG, de la MSA ou du RSI	0	0	0,1	0,05	0	0	0	0,1	0	0
	Inspecteurs de l'action sanitaire et sociale	4,96	7,19	7,75	10,85	8,95	20,29	18,9	26,4	26,2	25,2
	Inspecteurs hors classe ou principal ASS	3,05	2,22	5,6	2,5	1,55	12,98	12,86	11,05	6,45	6,85
	Médecins inspecteurs de santé publique	2,02	3,8	4,33	2,75	3,1	5,4	5,9	5,4	6,35	6,25
	Pharmaciens inspecteurs de santé publique	0,2	0,25	0,05	0,05	0,05	0,95	1,5	5	2,7	2,85
	Attachés d'administration	0,4	2,15	2,15	1,85	2,15	3,02	2,6	4,55	9,15	11,65
	Conseillers techniques de service social	0	0,13	0,1	0	0,05	0	0,01	0,25	0,4	0,4
	Ingénieurs du génie sanitaire	0	0,17	0	0	0,05	0,21	0,46	0	0	0,05
	Ingénieurs d'études sanitaires	0	0	0,3	0,05	0	0	0,05	0	0	0
	Infirmiers de l'Etat (A)	1,45	2,52	1,7	1,9	1,35	1,25	1,24	1,05	1,05	0,35
	Autres agents	0,1	0	0	0	0	0,25	0	0,15	0	0
	Secrétaires administratifs des affaires sociales	7,1	4,4	7,44	8,82	6,52	53,68	42,78	45,93	39,59	42,7
	Techniciens sanitaires	0	0	0	0,05	0,07	0	0	0	0,4	0,31
	Infirmiers de l'Etat (B)	0,95	0,85	0,95	0,15	1,05	0,2	0	0	0,4	0,15
	Adjoints principaux des services techniques	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Adjoints administratifs	11,4	14,84	12,05	11,95	13,45	63,87	55,15	50,5	48,3	40,45
	Adjoints sanitaires	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Adjoints techniques	0	0	0,4	0	0	0	1	1,55	0	0	
Fonctionnaires détachés (FPE, FPH et FPT)	Très haut niveau d'expertise (niveau 1 bis)	1	1	0	0	0	0,2	0	0	0	0
	Cadre supérieur (niveau 1)	0	0	0	0	0	0	0,05	1	0	0
	Cadre expert (niveau 2)	0	0	0	0	0,2	0	0	0	0,9	1,35
	Cadre (niveau 3)	0	0	0,4	0	0	0	0	0,2	0	0
	Personnel d'application (niveau 4)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Praticiens hospitaliers détachés sur contrat de droit public	0	0	0	0	0,05	0	0	0	0	0,05
	Très haut niveau d'expertise (niveau 1 bis)	0,1	0,8	0,1	0	1	0,45	0	0,1	0	3,35
Contractuels de droit public	Cadre supérieur (niveau 1)	0	0,05	0,95	0,1	0,65	0	0,25	1,45	2,65	2,25
	Cadre expert (niveau 2)	0,35	0,23	1,35	0,7	0,2	2,1	0,87	2,7	1,1	1,1
	Cadre (niveau 3)	1,5	0,75	2,6	4,9	1,35	7,27	7,95	7,7	9,75	6,05
	Personnel d'application (niveau 4)	0,35	0	2,05	1,8	2,8	2,85	1,2	5,47	5,15	6,93
	Agents de direction	0,15	0	0,15	0,35	0	0,45	0	0,2	0,45	0
Effectifs sous convention collective AM	Praticiens conseils	0,25	1,25	1,8	0,85	1,75	5	3,48	3,2	3,35	2,25
	Cadres	2,35	1,49	4,5	3,9	5,15	6,94	12,33	22,05	16,61	20,31
	Employés	1,25	0,95	1	0,4	1,05	7,25	6,8	10,64	7,58	7,2
	Autres agents (informaticiens ...)	0	0	0	0,5	0,15	0	0	1,05	1,4	0,2
	Très haut niveau d'expertise (niveau 1 bis)	0	0	0	0	0,8	0,5	0	0	0	0,1
Mises à disposition entrantes (MAD entrantes)	Cadre supérieur (niveau 1)	0	0	0	0	0	0,4	0	0	0	0
	Cadre expert (niveau 2)	0	0	0	0	0	1	0	0,8	0	0
	Cadre (niveau 3)	0	0	0	0	0	0	0,4	0	0	0
	Personnel d'application (niveau 4)	0	0	0,4	0	0	0,8	1,43	0,1	0,8	0,9
	Contrats aidés	0	0,55	0,95	0,1	0,05	0	0,45	0,15	0,05	0,2
Total		38,93	45,59	59,17	54,57	53,54	197,31	177,66	208,74	190,78	189,45

* référentiel spécifique à l'enquête activité		Soins hospitaliers					Médico-social				
		ETP 2012	ETP 2014	ETP 2016	ETP 2017	ETP 2018	ETP 2012	ETP 2014	ETP 2016	ETP 2017	ETP 2018
Emploi de direction	Directeur général	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Emploi de direction	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Fonctionnaire Etat affectés	Postes COMEX UCANSS non issus du RG, de la MSA ou du RSI	0,4	0	0,1	0,1	0	0	0	0,1	0	0
	Inspecteurs de l'action sanitaire et sociale	63,19	52,74	56,22	53,18	52,14	131,06	121,32	124,81	116,8	113,71
	Inspecteurs hors classe ou principal ASS	28,18	21,82	24,5	16,28	10,2	44,54	47,88	44,92	37,2	22,15
	Médecins inspecteurs de santé publique	32,35	33,21	30,27	28,86	27,22	27,7	24,21	23,76	21,64	20,8
	Pharmaciens inspecteurs de santé publique	0,35	0,85	2,6	1,1	1,5	0,55	0,75	0,75	0,2	1,1
	Attachés d'administration	3,75	7,7	10,62	10,23	11,58	8,96	12,73	32,55	36,84	45,44
	Conseillers techniques de service social	0,25	0,03	0,05	0	0,05	1,25	0,99	2,35	2,4	2,1
	Ingénieurs du génie sanitaire	0,4	0,45	0	0,1	0,15	0,5	0,29	0,2	0,45	0,6
	Ingénieurs d'études sanitaires	1,35	1,35	1,15	1,05	0,8	0,6	0,75	1,4	1,6	1,25
	Infirmiers de l'Etat (A)	0,56	0,98	1,65	0,65	0,75	4,16	4,9	4,96	4,3	4,05
	Autres agents	0,1	0	0,3	0	0,1	0	0	1,65	2	0
	Secrétaires administratifs des affaires sociales	94,93	79,73	77,38	74,54	68,6	278,22	237,87	249,79	217,58	206,27
	Techniciens sanitaires	2,22	1,09	1,12	0,95	0,81	1,28	5,66	2,79	4,4	4,04
	Infirmiers de l'Etat (B)	0,73	0,7	0,8	0,25	0,2	0,68	0,15	0,25	1,15	1,3
	Adjoint principaux des services techniques	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Adjoint administratifs	69,07	58,17	49	42,65	42,5	149,98	140,37	117,65	105,1	102,2	
Adjoint sanitaires	0,05	0,4	0	0	0	0,8	0,4	0	0	0	
Adjoint techniques	0	0	1,55	0	0	0	0	2,5	0	0	
Fonctionnaires détachés (FPE, FPH et FPT)	Très haut niveau d'expertise (niveau 1 bis)	1,3	1	2,38	0	0,84	1,95	2,9	0,1	0,6	0,55
	Cadre supérieur (niveau 1)	0	1	0,6	0	0	0	0,05	2,7	0,8	1,85
	Cadre expert (niveau 2)	0,5	0,6	1,3	3,22	3,24	0	0	1,55	2,7	1,95
	Cadre (niveau 3)	0	0	0	0,7	0	0	0	0	0,9	1
	Personnel d'application (niveau 4)	0	0	0	0	0	0	0	0,9	0	1,95
	Praticiens hospitaliers détachés sur contrat de droit public	0	0	0,6	0	0,25	0	0	0	0	0,1
Contractuels de droit public	Très haut niveau d'expertise (niveau 1 bis)	0,4	1,5	0,75	0,45	6,4	0,7	0,4	1,3	0,5	9,3
	Cadre supérieur (niveau 1)	1,6	1,75	4,45	3,2	7,47	0,78	0,1	11,4	4,05	13,25
	Cadre expert (niveau 2)	4,13	3,05	3,05	4,9	3,55	5,28	4,9	8,85	16,45	4,8
	Cadre (niveau 3)	15,28	8,57	11,75	15,27	7,47	41,83	36,97	35,18	36,08	25,33
	Personnel d'application (niveau 4)	8,95	7,85	8,18	4,35	10	16,35	17	31,37	25,05	30,2
Effectifs sous convention collective AM	Agents de direction	0,1	0	0,05	2,7	0	0,4	0	0,2	0,9	0
	Praticiens conseils	18,07	21,17	20,41	12,68	13,7	8,67	8,55	15,44	11,78	10,7
	Cadres	8,8	13,55	33,32	28,11	32,74	14,86	24,08	49,01	45,07	48,72
	Employés	5,45	8,35	10,67	11,2	8	14,85	10,05	21,5	19,45	22,94
	Autres agents (informaticiens ...)	0,3	0,3	0,05	0	0,05	0,1	0,3	0,9	1	1,25
Mises à disposition entrantes (MAD entrantes)	Très haut niveau d'expertise (niveau 1 bis)	0,2	1,85	0	0	0	0,45	0	0	0	0,2
	Cadre supérieur (niveau 1)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Cadre expert (niveau 2)	0,6	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Cadre (niveau 3)	0	0,6	0,4	0	0	0	0	0,4	0	0
	Personnel d'application (niveau 4)	1,2	0,9	0,5	0	1,2	1,15	2,55	1,75	0,45	0,9
Contrats aidés	Contrats aidés	0	1,1	1,2	0	0,05	0	0,45	2,8	0	0,7
Total		364,76	332,36	356,97	316,72	311,56	757,65	706,57	795,78	717,44	700,7

* référentiel spécifique à l'enquête activité		Fonctions de gestion sanitaire					Missions d'appui				
		ETP 2012	ETP 2014	ETP 2016	ETP 2017	ETP 2018	ETP 2012	ETP 2014	ETP 2016	ETP 2017	ETP 2018
Emploi de direction	Directeur général	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Emploi de direction	0	0	0	0	0,05	0	0	0	0	0
Fonctionnaire Etat affectés	Postes COMEX UCANSS non issus du RG, de la MSA ou du RSI	0,1	0	0	0	0	0,1	0	0	0	0
	Inspecteurs de l'action sanitaire et sociale	6,92	4,16	5,6	5	4,25	3,3	4,45	3,4	2,4	2,91
	Inspecteurs hors classe ou principal ASS	4,45	1,88	2,55	2,8	1,35	1,75	2,85	3,15	1,6	2,15
	Médecins inspecteurs de santé publique	7,07	4,51	2,62	2,27	1,39	0,25	0,41	0	0	0,3
	Pharmaciens inspecteurs de santé publique	0	0	0,1	0,05	0	0	0	0	0	0
	Attachés d'administration	2,2	2,25	3,24	2,65	2	0,3	0,85	0,1	0,7	0,45
	Conseillers techniques de service social	0,35	0,2	0,2	0	0	0	0	0	0	0,05
	Ingénieurs du génie sanitaire	2,31	0,9	1,11	0,95	0,65	0,15	0,35	0,55	0	0,1
	Ingénieurs d'études sanitaires	0,35	0,28	0,25	0,25	0,7	0,05	0,2	0,5	0,65	0,47
	Infirmiers de l'Etat (A)	1,12	0,37	0,25	0,25	0,25	0	0	0,19	0	0
	Autres agents	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0
	Secrétaires administratifs des affaires sociales	51,28	51,71	55,45	53,8	48,2	6,13	3,97	6,3	6,7	7,4
	Techniciens sanitaires	0	0	0	0	0	0,25	0,55	0,4	0,2	0
	Infirmiers de l'Etat (B)	0,15	0	0,1	0,1	0,05	0	0	0	0	0,05
	Adjoints principaux des services techniques	0	0	0	0	0	0	0	0,1	0,1	0,1
Adjoints administratifs	172,98	148,53	134,59	111,88	98,15	12,5	17,58	16,78	18,45	13,25	
Adjoints sanitaires	1	0	0	0	0	1,8	0,5	0	0	0	
Adjoints techniques	1,25	1,7	7,95	1	1	0,8	0,4	0,8	1,5	0,8	
Fonctionnaires détachés (FPE, FPH et FPT)	Très haut niveau d'expertise (niveau 1 bis)	0,05	0	0	0,05	0,05	0,05	0	0	0	
	Cadre supérieur (niveau 1)	1	0,05	0	0	0	0,1	0,1	0	0	
	Cadre expert (niveau 2)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Cadre (niveau 3)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Personnel d'application (niveau 4)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Praticiens hospitaliers détachés sur contrat de droit public	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Contractuels de droit public	Très haut niveau d'expertise (niveau 1 bis)	0,05	0,05	0,86	0	0,91	0,5	0	0	0,6	
	Cadre supérieur (niveau 1)	0,35	0,3	5,9	2,15	5,4	0	0	0	0,2	
	Cadre expert (niveau 2)	1,95	2,25	3,45	5,76	1	0,3	0	3,6	1,7	
	Cadre (niveau 3)	8,4	6,81	2	9,3	3,85	0,05	1,7	3,45	0,95	
	Personnel d'application (niveau 4)	9,79	9,3	16,72	13,77	13,8	1,89	1,1	1,25	0,75	
Effectifs sous convention collective AM	Agents de direction	0	0	0	0	0	0	0	0	0,9	
	Praticiens conseils	0,45	1,3	2,15	2,1	0,1	0	0	0,4	0,2	
	Cadres	1,4	3,65	6,2	6,55	8,9	0,2	0,75	2,55	2,6	
	Employés	4,68	2,95	9,4	7,25	7,6	1	1,6	0,3	0,6	
	Autres agents (informaticiens ...)	0,35	0	0	0,25	0	0	0	0	0	
Mises à disposition entrantes (MAD entrantes)	Très haut niveau d'expertise (niveau 1 bis)	0,43	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Cadre supérieur (niveau 1)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Cadre expert (niveau 2)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Cadre (niveau 3)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Personnel d'application (niveau 4)	0,7	0,6	0,6	0	0,05	0	0	0	0	
Contrats aidés	Contrats aidés	0	0,3	0,9	0,45	0	0	2	1,5	0	
Total		281,13	244,05	262,19	228,63	199,7	31,47	39,36	46,32	41,2	33,55

* référentiel spécifique à l'enquête activité		Missions supports					Situations particulières				
		ETP 2012	ETP 2014	ETP 2016	ETP 2017	ETP 2018	ETP 2012	ETP 2014	ETP 2016	ETP 2017	ETP 2018
Emploi de direction	Directeur général	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Emploi de direction	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Postes COMEX UCANSS non issus du RG, de la MSA ou du RSI	0,1	0	0,1	1	0	0	0	0	0	
Fonctionnaire Etat affectés	Inspecteurs de l'action sanitaire et sociale	13,85	7,92	4,87	4,95	4	10,22	11,41	8,6	8,25	7,17
	Inspecteurs hors classe ou principal ASS	6,65	3,5	2,15	0,8	0,25	4,22	3,9	1,8	1	1,3
	Médecins inspecteurs de santé publique	0,35	0	0	0	0	5,37	2,75	5	3,2	2,33
	Pharmaciens inspecteurs de santé publique	0	0	0	0	0	0	0	0,5	0	0
	Attachés d'administration	3,2	6,4	2	1,5	0,15	1,44	1,95	2,7	3,25	2,85
	Conseillers techniques de service social	0	0	0	0	0	0	0	0,05	0	0,6
	Ingénieurs du génie sanitaire	0,8	0,2	0,15	0,1	0,1	0,65	0,5	4,1	1	2,05
	Ingénieurs d'études sanitaires	1,75	2,27	2	0,7	0,75	5,96	4,63	4,18	3,43	2,64
	Infirmiers de l'Etat (A)	0,2	0,22	0,15	0,15	0,05	0,8	1,05	2,95	1,05	0,55
	Autres agents	0	0	0	1	0	0	0	0,05	0	0
	Secrétaires administratifs des affaires sociales	67,25	48,93	26,45	23,05	22,05	21	19,18	23,12	16,39	14,95
	Techniciens sanitaires	4,75	4,41	5	4,55	4,67	10,34	7,03	13,24	15,72	14,99
	Infirmiers de l'Etat (B)	0	0	0	0,1	0	0,2	0	0,38	0,45	0,4
	Adjoint principaux des services techniques	5	2	0,9	2,9	2,85	0	0	0	0	0,05
	Adjoint administratifs	155,11	114,95	83,25	80,72	63,65	33,5	16,15	25,82	23,1	21,25
	Adjoint sanitaires	6,23	12,85	5,3	6	4,75	2,81	3,99	5,65	1,75	1,7
	Adjoint techniques	25,95	23,65	22,8	18,3	20,2	0	2	1	1	1
Fonctionnaires détachés (FPE, FPH et FPT)	Très haut niveau d'expertise (niveau 1 bis)	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
	Cadre supérieur (niveau 1)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Cadre expert (niveau 2)	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
	Cadre (niveau 3)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Personnel d'application (niveau 4)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,2
	Praticiens hospitaliers détachés sur contrat de droit public	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Contractuels de droit public	Très haut niveau d'expertise (niveau 1 bis)	0,05	0	0	0	2,5	0	0	0	0	1
	Cadre supérieur (niveau 1)	1	0	0,2	0,3	1	0,5	0	1	1	0
	Cadre expert (niveau 2)	0	1	0,15	2,05	0	1,2	0	0,55	1,65	1
	Cadre (niveau 3)	2,15	1,08	4,65	0,8	2,15	3,35	1,15	0	1,1	0,05
	Personnel d'application (niveau 4)	17,27	10,3	8,03	8,8	9,25	2,1	1	1,15	2,62	0,92
Effectifs sous convention collective AM	Agents de direction	0,15	0	0	0,1	0	0	0	0	0,2	0
	Praticiens conseils	0	0	0	0	0	1,56	0,6	2,6	3,5	0,75
	Cadres	2,1	1,6	2,05	3,05	1,1	1,81	3,19	6,08	5,33	5,05
	Employés	1,95	2,75	2	1,55	2,55	3,61	0,85	1,7	1,4	3
	Autres agents (informaticiens ...)	0,15	0	0	2	0	0	0	1,1	1	1
Mises à disposition entrantes (MAD entrantes)	Très haut niveau d'expertise (niveau 1 bis)	0,07	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	Cadre supérieur (niveau 1)	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
	Cadre expert (niveau 2)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Cadre (niveau 3)	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
	Personnel d'application (niveau 4)	2,2	0,17	0,2	0,2	0,2	0,2	0,5	0,9	1,3	0,05
Contrats aidés	Contrats aidés	0	2	2,5	0	0	0	0	0	3,2	11,95
Total		318,28	246,2	174,9	164,67	142,22	111,84	81,83	116,22	102,89	99,8

* référentiel spécifique à l'enquête activité		Total				
		ETP 2012	ETP 2014	ETP 2016	ETP 2017	ETP 2018
Emploi de direction	Directeur général	0	0	0	1	0
	Emploi de direction	0	0	0	2	6
	Postes COMEX UCANSS non issus du RG, de la MSA ou du RSI	2	2	6	6	0
Fonctionnaire Etat affectés	Inspecteurs de l'action sanitaire et sociale	318,54	277,6	301,5	306,9	309,63
	Inspecteurs hors classe ou principal ASS	191,61	181,8	179,7	128,1	89,6
	Médecins inspecteurs de santé publique	139	118,4	112,1	96,4	95,4
	Pharmaciens inspecteurs de santé publique	2,6	6,6	13,2	6,4	7,2
	Attachés d'administration	30,5	48,7	87	102,1	118,1
	Conseillers techniques de service social	4,8	3,8	5,8	6,8	7,8
	Ingénieurs du génie sanitaire	93	90,2	103,6	98,3	107,1
	Ingénieurs d'études sanitaires	222,11	226,5	230,1	225,2	220,6
	Infirmiers de l'Etat (A)	46,71	49,3	45,1	42,5	40,9
	Autres agents	3,8	3,9	6,6	7	3
	Secrétaires administratifs des affaires sociales	699,94	597,8	632,9	586,6	561,89
	Techniciens sanitaires	538,4	523,2	554,2	542	562,2
	Infirmiers de l'Etat (B)	11,01	8,5	11,3	10,3	12,3
	Adjoints principaux des services techniques	5	2	2	3	3
	Adjoints administratifs	948,61	821,1	738,9	683,3	608,75
	Adjoints sanitaires	272,5	242,5	214	201	188,6
Adjoints techniques	30,9	31,6	46,6	23,7	23,7	
Fonctionnaires détachés (FPE, FPH et FPT)	Très haut niveau d'expertise (niveau 1 bis)	13	11,8	12	7	5
	Cadre supérieur (niveau 1)	4	5	7	4	3
	Cadre expert (niveau 2)	1	2	5,6	10,6	11,6
	Cadre (niveau 3)	0	0	1	5	2
	Personnel d'application (niveau 4)	0	0	1	0	3,8
	Praticiens hospitaliers détachés sur contrat de droit public	0	0	2	1	3
	Très haut niveau d'expertise (niveau 1 bis)	4,3	7	10,46	4	47,96
Contractuels de droit public	Cadre supérieur (niveau 1)	7,8	7,4	46,85	26,3	52,4
	Cadre expert (niveau 2)	34,1	27,4	46,2	57,56	17,8
	Cadre (niveau 3)	122,22	86,94	104,6	133,2	80,1
	Personnel d'application (niveau 4)	91,4	82,2	105,5	113,24	126,15
	Agents de direction	7	11	15	20,8	0
Effectifs sous convention collective AM	Praticiens conseils	44,8	43,1	62,5	46,9	46,59
	Cadres	57,88	93,14	198,96	182,26	215,49
	Employés	49,3	44,5	84,59	73,18	75,69
	Autres agents (informaticiens ...)	3	1	7	8,9	4,9
	Très haut niveau d'expertise (niveau 1 bis)	3	3,2	1	1	5
Mises à disposition entrantes (MAD entrantes)	Cadre supérieur (niveau 1)	0,5	0	1,4	0	0
	Cadre expert (niveau 2)	3	0	1,7	1	0
	Cadre (niveau 3)	0	2	1,8	0	0
	Personnel d'application (niveau 4)	11	9,4	9,7	4,9	7,4
	Contrats aidés	0	9	17	11	23
Total		4018,33	3681,58	4033,46	3790,44	3696,65

Source : SGMAS/DFAS/SDAF/PCG - Enquêtes activités ARS

ANNEXE N° 7 :

EXEMPLE DE CPOM 2019-2023

CONTRAT PLURIANNUEL D'OBJECTIFS ET DE MOYENS

de

l'agence régionale de santé Normandie

2019-2023

Juillet 2019

Sommaire

- Préambule
- Article 1 – Mettre en place une politique de promotion de la sante, incluant la prévention, dans tous les milieux et tout au long de la vie (Axe 1 de la stratégie nationale de santé)
- Article 2 – Lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la sante (Axe 2 de la stratégie nationale de santé)
- Article 3 – Garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge à chaque étape du parcours de santé (Axe 3 de la stratégie nationale de santé)
- Article 4 – Innover pour transformer notre système de santé en réaffirmant la place des usagers (Axe 4 de la stratégie nationale de santé)
- Article 5 – Efficience et performance des ARS
- Article 6 – Tableau récapitulatif des objectifs, des indicateurs et des cibles régionales
- Article 7 – Modalités d'allocation des ressources de l'ARS
- Article 8 – Modalités d'élaboration, de suivi, d'évaluation et de révision du contrat

Préambule

La deuxième génération de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) pour la période 2015-2018 est arrivée à échéance fin 2018.

Ce nouveau contrat introduit plusieurs évolutions par rapport au précédent. Il est recentré sur un nombre limité d'objectifs transversaux issus de la Stratégie Nationale de Santé. Il comprend un nombre restreint d'indicateurs, communs à l'ensemble des ARS, pour lesquels des cibles nationales chiffrées, ainsi que leur déclinaison régionale, sont fixées. Des indicateurs régionaux spécifiques sont également introduits pour prendre en compte la spécificité des territoires.

Il s'inscrit dans le contexte de plusieurs réformes structurelles dont la mise en œuvre repose en grande partie sur l'action des agences régionales de santé :

Le plan Priorité prévention, mis en place en 2018, vise à améliorer la santé de la population. Il s'inscrit dans le cadre de la Stratégie nationale de santé. Priorité prévention aborde tous les déterminants de la santé, environnementaux ou comportementaux et parcourt les différents âges de vie avec leurs spécificités, de la préconception à la préservation de l'autonomie. Sa mise en œuvre présente plusieurs défis : mettre en place des services et des outils répondant efficacement aux enjeux de promotion et de prévention de la santé tout en donnant davantage de cohérence aux actions en santé publique.

La loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, engage des réformes structurelles portant notamment sur le décloisonnement des parcours de formation et des carrières des professionnels de santé (réformer les études en santé et renforcer la formation tout au long de la vie) faciliter les débuts de carrière et répondre aux enjeux des territoires

Par ailleurs, le plan ONDAM 2018-2022, doit transformer en profondeur notre système de santé pour plus d'efficacité et de qualité. Sa mise en œuvre nécessite une forte mobilisation des agences régionales de santé, en partenariat étroit avec l'assurance maladie pour les objectifs partagés, et dans le cadre d'un dialogue avec les établissements de santé.

Enfin, les agences régionales de santé doivent inscrire leur action dans le prolongement du programme de transformation Action Publique 2022 pour développer une administration plus proche, plus simple et plus efficace.

L'action des ARS doit se faire en partenariat et en dialogue étroit avec l'ensemble des parties prenantes : les usagers, les acteurs institutionnels, les professionnels de santé et leurs représentants, les établissements sanitaires et médico-sociaux et les élus des collectivités territoriales, dans le cadre d'une démocratie sanitaire renforcée au sein des territoires.

Pour mettre en œuvre leurs stratégies régionales, les ARS disposent notamment des ressources du Fonds d'intervention régional, enveloppe financière globale et décloisonnée, au sein de laquelle les ARS peuvent redéployer les crédits au sein des différentes missions financées, en fonction de leurs priorités.

Les ARS doivent également veiller, dans la mise en œuvre de leur action, à la bonne gestion de leurs ressources humaines et financières, dans un contexte budgétaire contraint. Sur le plan de la gestion des ressources humaines en particulier, les ARS doivent d'une part veiller à adapter les compétences aux évolutions des missions et des modes d'intervention et d'autre part poursuivre les efforts en matière d'amélioration de la qualité de vie professionnelle et de prévention des risques psychosociaux, dans le cadre d'un dialogue social exemplaire.

ENTRE :

l'État, représenté par la ministre des solidarités et de la santé

et

la directrice générale de l'agence régionale de santé Normandie

IL EST CONVENU CE QUI SUIT :

Article 1 – Mettre en place une politique de promotion de la sante, incluant la prévention, dans tous les milieux et tout au long de la vie (Axe 1 de la stratégie nationale de santé)

Objectif 1 : Agir sur les principaux déterminants des maladies chroniques, des incapacités et de la perte d'autonomie

Enjeux

Cet objectif vise à ce que les interventions dans le domaine de la santé soient les plus précoces possibles et adaptées aux caractéristiques des groupes de population. La priorité donnée à la Prévention devra se concrétiser dans un ensemble d'actions qui prend en considération l'individu et son environnement dans son parcours de vie, pour « rester en bonne santé tout au long de sa vie ».

Ainsi, l'action des ARS doit prendre en considération que la promotion des comportements favorables à la santé peut réduire des facteurs de risque qui induisent des coûts sociaux considérables. De même, l'accroissement des risques liés aux maladies vectorielles (notamment dengue, chikungunya, zika, maladie de Lyme et paludisme) va se poursuivre avec le réchauffement climatique et doit donc être anticipé. Enfin, le repérage, le dépistage et la prise en charge précoces des pathologies chroniques permettent d'éviter leur aggravation. Dans la même idée, la prévention de la perte d'autonomie doit permettre à chacun de vieillir sans limitation d'activité dans sa vie quotidienne et de retarder le plus possible l'entrée dans la dépendance.

Indicateurs

5 indicateurs sont retenus :

- 1.a - Taux de participation au dépistage des cancers 1/ du col de l'utérus, 2/ colorectal 3/ du sein.
 - o 1.a.1 - Taux de couverture du dépistage du cancer du col de l'utérus
 - o 1.a.2 - Taux de participation au dépistage du cancer colorectal
 - o 1.a.3 - Taux de participation au dépistage du cancer du sein

- 1.b - Prévalence du tabagisme quotidien en population adulte (18-75 ans)
- 1.c - Taux de vaccination antigrippale des résidents et des professionnels en EHPAD
 - o 1.c.1 - Taux de vaccination antigrippale des résidents des EHPAD
 - o 1.c.2 - Taux de vaccination antigrippale des professionnels en EHPAD
- 1.d - Nombre de partenariats ARS-CD-CPAM sur la PMI
- 1.e – Lutte anti vectorielle
 - o 1.e.1. - Taux d'épidémies évitées en métropole par rapport au nombre de foyers identifiés
 - o 1.e.2. - Pourcentage de collectivités mettant en œuvre un plan de lutte contre les vecteurs

Pour les indicateurs suivants, aucune cible n'est définie à ce stade en l'absence de valeur initiale.

- 1.c.2 - Taux de vaccination antigrippale des professionnels en EHPAD
- 1.d - Nombre de partenariats ARS-CD-CPAM sur la PMI

Les cibles 2020 à 2023 seront définies par voie d'avenant en fonction des résultats 2019.

Pour les indicateurs 1.a.1, 1.a.2, 1.a.3, 1.b, 1.c.1, 1.e.1

- 1.a.1 - Taux de couverture du dépistage du cancer du col de l'utérus
- 1.a.2 - Taux de participation au dépistage du cancer colorectal
- 1.a.3 - Taux de participation au dépistage du cancer du sein
- 1.b - Prévalence du tabagisme quotidien en population adulte (18-75 ans)
- 1.c.1 - Taux de vaccination antigrippale des résidents des EHPAD
- 1.e.1. - Taux d'épidémies évitées en métropole par rapport au nombre de foyers identifiés

L'ensemble des cibles 2019 à 2023 de ces indicateurs sont fixées au présent contrat.

L'indicateur 1.e.2. - Pourcentage de collectivités mettant en œuvre un plan de lutte contre les vecteurs est sans objet pour l'ARS Normandie

Article 2 – Lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la sante (Axe 2 de la stratégie nationale de santé)

Objectif 2 : Améliorer la structuration territoriale des soins de proximité en développant les partenariats

Enjeux

Cet objectif vise à améliorer la structuration territoriale des soins de proximité grâce au développement des partenariats et des parcours de santé articulés autour d'une offre de premier recours consolidée et par l'émergence des communautés professionnelles territoriales de santé avec lesquelles l'ARS pourra conclure des contrats territoriaux de santé, par l'organisation des fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours complexes et par le déploiement de systèmes d'information de coordination des prises en charge (dossier médical partagé, messagerie sécurisée de santé, etc.) et de télémédecine. La mise en place des groupements hospitaliers de territoires permet la mise en œuvre, par les établissements de santé, d'une stratégie de prise en charge graduée de la population sur un territoire, en partenariat avec les autres acteurs du territoire. La labellisation d'hôpitaux de proximité et l'aide au développement des maisons de santé pluri-professionnelles constituent une des réponses possibles aux nouvelles formes d'exercice.

Indicateurs

5 indicateurs sont retenus :

- 2.a - Nombre de médecins recrutés dans l'année dans le cadre de l'objectif des 400 médecins
 - o 2.a.1 - Nombre de médecins recrutés dans l'année dans le cadre du volet 1 de l'objectif des 400 médecins
 - o 2.a.2 - Nombre de médecins recrutés dans l'année dans le cadre du volet 2 de l'objectif des 400 médecins
- 2.b - Pourcentage de la population couverte par un CLS
- 2.c - Nombre de CPTS adhérentes à l'ACI
- 2.d - Hôpitaux de proximité labellisés
- 2.e - Nombre de création de MSP et de centres de santé dans l'année

La cible 2019 des indicateurs suivants est définie au présent contrat.

- 2.a.1 - Nombre de médecins recrutés dans l'année dans le cadre du volet 1 de l'objectif des 400 médecins
- 2.a.2 - Nombre de médecins recrutés dans l'année dans le cadre du volet 2 de l'objectif des 400 médecins

Les cibles 2020 à 2023 de ces indicateurs seront définies ultérieurement par voie d'avenant.

Pour les indicateurs suivants, aucune cible n'est définie à ce stade en l'absence de valeur initiale.

- 2.b - Pourcentage de la population couverte par un CLS
- 2.c - Nombre de CPTS adhérentes à l'ACI
- 2.d - Hôpitaux de proximité labellisés
- 2.e - Nombre de création de MSP et de centres de santé dans l'année

Les cibles 2020 à 2023 seront définies par voie d'avenant en fonction des résultats 2019.

3 indicateurs spécifiques à l'ARS Normandie sont également retenus :

- MSP ayant signé l'ACI
- Pourcentage d'installation des médecins sur le territoire en exercice coordonné
- Proportion d'installations de médecins généralistes en zones sous denses

L'ensemble des cibles 2019 à 2023 de ces indicateurs sont fixées au présent contrat.

Objectif 3 : Réduire les inégalités sociales de santé des populations vulnérables

Enjeux

Cet objectif vise à favoriser l'accès à la prévention et à l'offre sanitaire et médico-sociale des populations éloignées géographiquement, des personnes en situation de pauvreté ou de précarité et des populations spécifiques (personnes âgées, personnes handicapées, personnes en difficultés spécifiques...), notamment en déclinant les plans et programmes nationaux (Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté, Plan cancer ...).

Indicateurs

4 indicateurs sont retenus :

- 3.a - Taux d'installation des dispositifs favorisant l'accès aux soins des personnes en situation de précarité (ACT, LHSS, LAM)
- 3.b - Part des PASS donnant accès à des soins odontologiques, sur place ou par adressage
- 3.c - Taux d'ESMS PH adulte ayant prévu une action de dépistage du cancer 1/ du col de l'utérus, 2/ colorectal 3/ du sein dans leur CPOM
- 3.d - Pourcentage de la population couverte par un projet territorial de santé mentale

Les cibles 2019 à 2023 sont fixées pour les indicateurs suivants au présent contrat :

- 3.a - Taux d'installation des dispositifs favorisant l'accès aux soins des personnes en situation de précarité (ACT, LHSS, LAM)
- 3.d - Pourcentage de la population couverte par un projet territorial de santé mentale

Pour les indicateurs suivants, aucune cible 2019 n'est définie à ce stade en l'absence de valeur initiale.

- 3.b - Part des PASS donnant accès à des soins odontologiques, sur place ou par adressage
- 3.c - Taux d'ESMS PH adulte ayant prévu une action de dépistage du cancer 1/ du col de l'utérus, 2/ colorectal 3/ du sein dans leur CPOM

Les cibles 2020 à 2023 seront adaptées par voie d'avenant en fonction des résultats 2019.

Article 3 – Garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge à chaque étape du parcours de santé (Axe 3 de la stratégie nationale de santé)

Objectif 4 : Améliorer la fluidité et la pertinence des prises en charge

Enjeux

Cet objectif, mis en œuvre dans le cadre d'un partenariat avec l'assurance maladie, vise d'une part à renforcer la démarche de pertinence des actes hospitaliers visant à réduire les variations de pratiques médicales pour les actes hospitaliers au bénéfice d'une meilleure qualité des prises en charge et d'une efficacité renforcée des dépenses de santé, et d'autre part à promouvoir un développement ambitieux des prises en charge ambulatoires en substitution de l'hospitalisation complète et à adapter les organisations et capacités en conséquence. L'enjeu est de mettre la qualité, la sécurité et la pertinence des soins au cœur des stratégies et des leviers de transformation du système de santé

Indicateurs

8 indicateurs sont retenus :

- 4.a. - Taux de réhospitalisation à 30 jours
- 4.b. - Taux de chirurgie ambulatoire
- 4.c - Taux d'EHPAD ayant accès à la téléconsultation
- 4.d - Nombre d'adultes maintenus en ESMS pour enfants au titre de l'amendement Creton
- 4.e - Taux de scolarisation à l'école des enfants accompagnés en établissements spécialisés
- 4.f - Part de l'offre médico-sociale des services proposant un accompagnement en milieu ordinaire
- 4.g - Nombre de donneurs prélevés ayant abouti à la greffe d'au moins un organe pour 1000 décès hospitaliers

- 4.h. – Nombre de résidents accueillis avec une durée maximale de séjour de 3 mois et taux d'occupation des places d'hébergement temporaire en EHPAD
 - o 4.h.1 – Nombre moyen de résident accueillis sur des places d'hébergement temporaire avec une durée maximale de séjour de 3 mois
 - o 4.h.2 - Taux d'occupation des places d'hébergement temporaire en EHPAD

Les cibles 2019 à 2023 sont fixées au présent contrat pour les indicateurs suivants :

- 4.a. - Taux de réhospitalisation à 30 jours
- 4.f - Part de l'offre médico-sociale des services proposant un accompagnement en milieu ordinaire

La cible 2019 de l'indicateur 4.d - Nombre d'adultes maintenus en ESMS pour enfants au titre de l'amendement Creton est fixée au présent contrat. Les cibles annuelles suivantes seront adaptées tous les ans par voie d'avenant.

Les cibles 2019 à 2020 de l'indicateurs 4.b. - Taux de chirurgie ambulatoire sont renseignés au présent contrat. Les cibles 2021 à 2023 seront précisées par voie d'avenant.

Les cibles 2019 à 2021 de l'indicateurs 4.g - Nombre de donneurs prélevés ayant abouti à la greffe d'au moins un organe pour 1000 décès hospitaliers sont renseignés au présent contrat. Les cibles 2022 à 2023 seront précisées par voie d'avenant.

Pour les indicateurs suivants, aucune cible 2019 n'est définie à ce stade en l'absence de valeur initiale.

- 4.c - Taux d'EHPAD ayant accès à la téléconsultation
- 4.e - Taux de scolarisation à l'école des enfants accompagnés en établissements spécialisés
- 4.h. – Nombre de résidents accueillis avec une durée maximale de séjour de 3 mois et taux d'occupation des places d'hébergement temporaire en EHPAD

Les cibles 2020 à 2023 seront adaptées par voie d'avenant en fonction des résultats 2019.

Objectif 5 : Améliorer la sécurité sanitaire

Enjeux

Cet objectif vise à améliorer la structuration et l'animation du dispositif de veille et de sécurité sanitaire, notamment par la mise en place d'un système d'information commun à l'ensemble des ARS pour le traitement des signalements (SI VSS), par l'animation du réseau des déclarants, par le travail de préparation du système de santé (autour du dispositif ORSAN) et de préparation interne de l'ARS à la gestion de crise, et par la systématisation des démarches des RETEX.

Indicateurs

4 indicateurs sont retenus :

- 5.a. - Taux de réalisation des 5 plans ORSAN
- 5.b - Pourcentage d'EIG liées aux systèmes d'information
- 5.c - Pourcentage de signalements d'EIGS clôturés dans le SI-VSS ou de signalement d'EIGS transmis à la HAS
- 5.d - Pourcentage d'ES et d'ESMS n'ayant pas déclaré d'EIGS sur l'année
 - o 5.d.1 - Pourcentage d'ES n'ayant pas déclaré d'EIGS sur l'année

- 5.d.2 - Pourcentage d'ESMS n'ayant pas déclaré d'EIGS sur l'année

Les cibles 2019 à 2023 des indicateurs suivants sont fixées au présent contrat.

- 5.a. - Taux de réalisation des 5 plans ORSAN
- 5.b - Pourcentage d'EIG liées aux systèmes d'information

Pour les indicateurs suivants, aucune cible 2019 n'est définie à ce stade en l'absence de valeur initiale.

- 5.c - Pourcentage de signalements d'EIGS clôturés dans le SI-VSS ou de signalement d'EIGS transmis à la HAS
- 5.d - Pourcentage d'ES et d'ESMS n'ayant pas déclaré d'EIGS sur l'année

Les cibles 2020 à 2023 seront adaptées par voie d'avenant en fonction des résultats 2019.

1 indicateur spécifique à l'ARS Normandie est également retenu :

- Taux d'inspections réalisées sur la base d'un ciblage par analyse des risques

L'ensemble des cibles 2019 à 2023 de ces indicateurs sont fixées au présent contrat.

Objectif 6 : Promouvoir les démarches de qualité de vie au travail et répondre aux attentes des professionnels de santé

Enjeux

Les métiers de la santé et du médico-social jouissent d'une très forte reconnaissance du public. Le choix de ce type de métiers relève souvent de la vocation et leur exercice repose sur un engagement fort au service du public. Ce sont toutefois des métiers qui portent en eux des facteurs de stress et des risques professionnels. En outre, les professionnels font face à un environnement de travail en évolution constante et à des exigences parfois difficiles à concilier.

Dans ce contexte, l'amélioration de la qualité de vie au travail est un enjeu majeur pour la qualité et la soutenabilité de notre système de santé. En effet, la santé et le bien-être au travail des professionnels de santé ont un impact direct sur la qualité du service rendu, et donc sur l'état de santé de la population.

Indicateurs

1 indicateur est retenu :

- 6.a - Nombre d'ES et d'ESMS participant à un cluster régional QVT

Les cibles 2019 et 2020 de cet indicateur sont définies au présent contrat. Les cibles 2021 à 2023 de cet indicateur seront définies ultérieurement par voie d'avenant.

Article 4 – Innover pour transformer notre système de santé en réaffirmant la place des usagers (Axe 4 de la stratégie nationale de santé)

Objectif 7 : Accroître l'efficacité du système de santé

Enjeux

Cet objectif vise à accroître l'efficacité du système de santé en rationalisant le fonctionnement des établissements et notamment leurs achats afin de leur permettre de se dégager des marges de manœuvre nécessaires à l'innovation dans la prise en charge des personnes. De plus, les ARS devront, d'une part, veiller à renforcer le suivi et l'analyse des dépenses de santé en région et, d'autre part, à améliorer la pertinence des prescriptions des établissements de santé et optimiser les dépenses de transports et de médicaments. L'optimisation des dépenses de transports doit passer par des actions d'incitation, de contrôle et de communication. S'agissant des médicaments, l'amélioration de la pertinence de la prescription et l'optimisation du rapport efficacité-prix passent par l'incitation des établissements à maîtriser le recours à certains médicaments de spécialité, à prescrire dans le répertoire des génériques et à utiliser la liste en sus de façon opportune ainsi qu'à assurer un meilleur suivi grâce au numéro RPPS. Cet objectif doit être mis en œuvre dans le cadre d'un partenariat étroit avec l'assurance maladie.

Indicateurs

5 indicateurs sont retenus :

- 7.a - Taux régional de marge brute des ES hors aide
- 7.b - Gains achats Phare et taux d'ESMS ayant recours aux achats mutualisés (groupements ou centrales d'achats)
 - o 7.b.1 - Gains achats Phare
 - o 7.b.2 - Taux d'ESMS ayant recours aux achats mutualisés (groupements ou centrales d'achats)
- 7.c - Taux d'ESMS ayant engagé une action de coopération (GHT, GCMS)
- 7.d - Taux d'évolution des dépenses de prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHEV) produits de santé
- 7.e - Taux d'évolution des dépenses de transports

La cible 2019 de l'indicateur 7.d - Taux d'évolution des dépenses de prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHEV) est fixée au présent contrat. Celles des indicateurs suivants seront fixées par voie d'avenant :

- 7.a - Taux régional de marge brute des ES hors aide
- 7.e - Taux d'évolution des dépenses de transports

Les cibles annuelles de ces trois indicateurs seront fixées par la suite en fonction du résultat obtenu annuellement.

Les cibles annuelles de l'indicateur 7.b.1 - Gains achats Phare sont fixées au présent contrat jusqu'en 2022. La cible 2023 sera fixée par avenant.

Pour les indicateurs suivants, aucune cible 2019 n'est définie à ce stade en l'absence de valeur initiale.

- 7.b.2 - Taux d'ESMS ayant recours aux achats mutualisés (groupements ou centrales d'achats)

- 7.c - Taux d'ESMS ayant engagé une action de coopération (GHT, GCMS)

Les cibles 2020 à 2023 seront adaptées par voie d'avenant en fonction des résultats 2019.

Objectif 8 : Accroître la participation des usagers au système de santé

Enjeux

Cet objectif vise à permettre à chaque citoyen d'être acteur de son parcours de santé et de participer aux processus de décision. L'ambition est de donner les moyens à chaque citoyen de trouver, d'évaluer et d'utiliser les connaissances disponibles sur la santé afin de prendre des décisions éclairées concernant sa propre santé ou celle d'un proche. Par ailleurs, il est nécessaire de mieux associer les usagers à la gouvernance du système de santé et à la construction des politiques de santé.

Indicateurs

4 indicateurs sont retenus :

- 8.a - Déploiement du SPIS en région
- 8.b - Pourcentage de réclamations clôturées dans un délai de 90 jours après réception
- 8.c - Taux de désignation de représentants des usagers dans les CDU et équivalent dans les conseils de la vie sociale des ESMS
- 8.d - Taux de refus de soins ressenti par les personnes vivant avec un handicap (handifaction)

Les cibles 2019 à 2023 des indicateurs suivants sont fixées au présent contrat :

- 8.a - Déploiement du SPIS en région
- 8.d - Taux de refus de soins ressenti par les personnes vivant avec un handicap (handifaction)

Pour les indicateurs suivants, aucune cible 2019 n'est définie à ce stade en l'absence de valeur initiale.

- 8.b - Pourcentage de réclamations clôturées dans un délai de 90 jours après réception
- 8.c - Taux de désignation de représentants des usagers dans les CDU et équivalent dans les conseils de la vie sociale des ESMS

Les cibles 2020 à 2023 seront adaptées par voie d'avenant en fonction des résultats 2019.

Article 5 – Efficience et performance des ARS

Objectif 9 : Impulser l'efficience interne des ARS

Enjeux

Cet objectif vise à inscrire les ARS dans une démarche d'efficience interne en améliorant la qualité de vie professionnelle, en prévenant les risques psychosociaux et en promouvant l'égalité professionnelle, dans le cadre d'un dialogue social de qualité. L'ARS doit notamment veiller à mettre en œuvre et exploiter annuellement le Baromètre social. C'est dans ce cadre que l'ARS doit définir une stratégie de formation en phase avec ses orientations stratégiques, veiller à la prise en compte des besoins de formation des agents et s'assurer de la bonne formation des équipes managériales. Ces ambitions doivent permettre aux agences d'inscrire leur action

dans un lien fort avec les territoires tout en respectant les impératifs liés à un contexte de tension des finances publiques.

Indicateurs

6 indicateurs sont retenus :

- 9.a - Taux d'absence pour maladie inférieure ou égale à 3 jours
- 9.b. - Part des agents n'ayant pas bénéficié de formation depuis plus de 2 ans
- 9.c - Taux de postes CODIR occupés par des femmes
- 9.d - Taux d'encadrants ayant suivi une formation managériale au cours des 3 années précédentes
- 9.e - Part des effectifs affectés en DD par rapport aux effectifs totaux dans le respect d'une masse critique
- 9.f - Taux de saturation du plafond d'emploi (PE) dans le respect de la masse salariale

Les cibles 2019 à 2023 des indicateurs suivants seront fixées par voie d'avenant.

- 9.c - Taux de postes CODIR occupés par des femmes
- 9.d - Taux d'encadrants ayant suivi une formation managériale au cours des 3 années précédentes

Les cibles 2019 à 2023 des autres indicateurs sont fixées au présent contrat.

Article 6 – Tableau récapitulatif des objectifs, des indicateurs et des cibles régionales

Axe SNS	Objectif transverse	Indicateur(s) contractuel(s) de résultat / de partenariat	Valeurs nationales 2017-2018	Cibles nationales	Valeurs régionales 2018	Cibles régionales 2019	Cibles régionales 2020	Cibles régionales 2021	Cibles régionales 2022	Cibles régionales 2023
I. Mettre en place une politique de promotion de la sante, incluant la prévention, dans tous les milieux et tout au long de la vie	1. Agir sur les principaux déterminants des maladies chroniques, des incapacités et de la perte d'autonomie	1.a.1 - Taux de couverture du dépistage du cancer du col de l'utérus	Non disponible	2019: 59% 2020:61% 2021: 67% 2022: 72% 2023: 80%	56,3%	56,3%	59,2%	65,1%	71,0%	80%
		1.a.2 - Taux de participation au dépistage du cancer colorectal	2017: 33,5% 2018: 32,1%	2019: 35,7% 2020:39,3% 2021: 42,9% 2022: 46,5% 2023: 50%	33,8%	37%	40,2%	43,4%	46,6%	50%
		1.a.3 - Taux de participation au dépistage du cancer du sein	2017: 50,2% 2018: 49,9%	2019: 51,9% 2020:53,9% 2021: 55,9% 2022: 57,9% 2023: 60%	56,5%	57,2%	57,9%	58,6%	59,3%	60%
		1.b - Prévalence du tabagisme quotidien en population adulte (18-75 ans)	2017: 26,9% 2018: 25,4%	2019: 25% 2020: 24% 2021: 23% 2022: 22% 2023: 20,8%	25,2%	23,8%	22,8%	21,9%	20,9%	19,8%
		1.c.1 - Taux de vaccination antigrippale des résidents des EHPAD	Non disponible pour 2017 79,4% pour 2018	2019: 82% 2020: 85% 2021: 87% 2022: 92% 2023: 95%	78,6%	82%	85%	87%	90%	95%
		1.c.2 - Taux de vaccination antigrippale des personnels en EHPAD	Non disponible	95% en 2023	Non disponible	Valeur observée	A fixer ultérieurement	A fixer ultérieurement	A fixer ultérieurement	A fixer ultérieurement
		1.d - Nombre de partenariats ARS-CD-CPAM sur la PMI	Non disponible	2019: Réalisation des diagnostics territoriaux 2020: 30 2021: 55 2022: 82 2023: 101	Non disponible	Valeur observée	A fixer ultérieurement	A fixer ultérieurement	A fixer ultérieurement	A fixer ultérieurement

Axe SNS	Objectif transverse	Indicateur(s) contractuel(s) de résultat / de partenariat	Valeurs nationales 2017-2018	Cibles nationales	Valeurs régionales 2018	Cibles régionales 2019	Cibles régionales 2020	Cibles régionales 2021	Cibles régionales 2022	Cibles régionales 2023
I. Mettre en place une politique de promotion de la sante, incluant la prévention, dans tous les milieux et tout au long de la vie	1. Agir sur les principaux déterminants des maladies chroniques, des incapacités et de la perte d'autonomie	1.e.1. - Taux d'épidémies évitées en métropole par rapport au nombre de foyers identifiés	Non disponible pour 2017 80% pour 2018	2019: 80% 2020: 80% 2021: 85% 2022: 90% 2023: 100%	80%	80%	80%	80%	85%	90%
		1.e.2. - Pourcentage de collectivités mettant en œuvre un plan de lutte contre les vecteurs	Non disponible	Non disponible	Sans objet	Sans objet	Sans objet	Sans objet	Sans objet	Sans objet
II. Lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé	2. Améliorer la structuration territoriale des soins de proximité en développant les partenariats <i>*Le suivi de l'indicateur APL développé par la DREES sera utilisé comme un indicateur de contrôle dans l'évaluation</i>	2.a.1 - Nombre de médecins recrutés dans l'année dans le cadre du volet 1 de l'objectif des 400 médecins	Sans objet	200 dès 2019	Sans objet	14	A fixer ultérieurement	A fixer ultérieurement	A fixer ultérieurement	A fixer ultérieurement
		2.a.2 - Nombre de médecins recrutés dans l'année dans le cadre du volet 2 de l'objectif des 400 médecins	Sans objet	200 dès 2019	Sans objet	9	A fixer ultérieurement	A fixer ultérieurement	A fixer ultérieurement	A fixer ultérieurement
		2.b - Pourcentage de la population couverte par un CLS	Non disponible	90% en 2023	Non disponible	Valeur observée	A fixer ultérieurement	A fixer ultérieurement	A fixer ultérieurement	A fixer ultérieurement
		2.c - Nombre de CPTS adhérentes à l'ACI	En cours de détermination	A fixer ultérieurement	Sans objet	Valeur observée	A fixer ultérieurement	A fixer ultérieurement	A fixer ultérieurement	A fixer ultérieurement
		2.d - Hôpitaux de proximité labellisés	En cours de détermination	A fixer ultérieurement	Sans objet	Valeur observée	A fixer ultérieurement	A fixer ultérieurement	A fixer ultérieurement	A fixer ultérieurement
		2.e - Nombre de création de MSP et de centres de santé dans l'année	Données en cours de stabilisation	A fixer ultérieurement	2 MSP 3 CDS polyvalents	Valeur observée	A fixer ultérieurement	A fixer ultérieurement	A fixer ultérieurement	A fixer ultérieurement
	3. Réduire les inégalités sociales de santé des populations vulnérables	3.a - Taux d'installation des dispositifs favorisant l'accès aux soins des personnes en situation de précarité (ACT, LHSS, LAM)	Non disponible	2019: 100% 2020: 100% 2021: 100% 2022: 100% 2023: 100%	Non disponible	100%	100%	100%	100%	100%

Axe SNS	Objectif transverse	Indicateur(s) contractuel(s) de résultat / de partenariat	Valeurs nationales 2017-2018	Cibles nationales	Valeurs régionales 2018	Cibles régionales 2019	Cibles régionales 2020	Cibles régionales 2021	Cibles régionales 2022	Cibles régionales 2023
II. Lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé	3. Réduire les inégalités sociales de santé des populations vulnérables	3.b - Part des PASS donnant accès à des soins odontologiques, sur place ou par adressage	Non disponible	2019: 100% 2020: 100% 2021: 100% 2022: 100% 2023: 100%	Non disponible	Valeur observée	A fixer ultérieurement	A fixer ultérieurement	A fixer ultérieurement	100%
		3.c - Taux d'ESMS PH adulte ayant prévu une action de dépistage du cancer 1/ du col de l'utérus, 2/ colorectal 3/ du sein dans leur CPOM	Non disponible	2019: 20% 2020: 60% 2021: 80% 2022: 80% 2023: 100%	Non disponible	Valeur observée	A fixer ultérieurement	A fixer ultérieurement	A fixer ultérieurement	100%
		3.d - Pourcentage de la population couverte par un projet territorial de santé mentale	Non disponible	2019: 100% 2020: 100% 2021: 100% 2022: 100% 2023: 100%	Non disponible	Valeur observée	100%	100%	100%	100%
III. Garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge à chaque étape du parcours de santé	4. Améliorer la fluidité et la pertinence des prises en charge	4.a. - Taux de réhospitalisation à 30 jours	2017: 11,8% 2018: 11,6%	2019: 11,4% 2020: 11% 2021: 10,7% 2022: 10,3% 2023: 10%	12,5%	12%	11,5%	11%	10,5%	10%
		4.b. - Taux de chirurgie ambulatoire	2017: 55,9% 2018: 57,8%	2019: 63,4% 2020: 66,2% 2021: Non déterminée 2022: 70% 2023: Non déterminée	56,4%	62,8%	65,9%	A fixer ultérieurement	A fixer ultérieurement	A fixer ultérieurement
		4.c - Taux d'EHPAD ayant accès à la téléconsultation	Non disponible	A fixer ultérieurement	10%	Valeur observée	A fixer ultérieurement	A fixer ultérieurement	A fixer ultérieurement	A fixer ultérieurement
		4.d - Nombre d'adultes maintenus en ESMS pour enfants au titre de l'amendement Creton	Non disponible	-20% par an	2017 : 381	244	A fixer ultérieurement	A fixer ultérieurement	A fixer ultérieurement	A fixer ultérieurement

Axe SNS	Objectif transverse	Indicateur(s) contractuel(s) de résultat / de partenariat	Valeurs nationales 2017-2018	Cibles nationales	Valeurs régionales 2018	Cibles régionales 2019	Cibles régionales 2020	Cibles régionales 2021	Cibles régionales 2022	Cibles régionales 2023
III. Garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge à chaque étape du parcours de santé	4. Améliorer la fluidité et la pertinence des prises en charge	4.e - Taux de scolarisation à l'école des enfants accompagnés en établissements spécialisés	Non disponible	50% en 2020 90% en 2022	30%	Valeur observée	A fixer ultérieurement	A fixer ultérieurement	A fixer ultérieurement	A fixer ultérieurement
		4.f - Part de l'offre médico-sociale des services proposant un accompagnement en milieu ordinaire	29% en 2017 et 2018	2019: 33,2% 2020: 37,4% 2021: 41,6% 2022: 45,8% 2023: 50%	26,9%	31,5%	36,1%	40,8%	45,4%	50%
		4.g - Nombre de donneurs prélevés ayant abouti à la greffe d'au moins un organe pour 1000 décès hospitaliers	2017: non disponible 2018: 5,6	2019: 5,8 2020: 6 2021: 6,2 2022: Non déterminée 2023: Non déterminée	3,9	4,0	4,2	4,4	A fixer ultérieurement	A fixer ultérieurement
		4.h.1 - Nombre de résidents accueillis sur des places d'hébergement temporaire en EHPAD avec une durée de séjour inférieure à 3 mois	Non disponible	A fixer ultérieurement	Non disponible	Valeur observée	A fixer ultérieurement	A fixer ultérieurement	A fixer ultérieurement	A fixer ultérieurement
		4.h.2 - Taux d'occupation des places d'hébergement temporaire en EHPAD	Non disponible	85% en 2023	Non disponible	Valeur observée	A fixer ultérieurement	A fixer ultérieurement	A fixer ultérieurement	A fixer ultérieurement
	5. Améliorer la sécurité sanitaire	5.a. - Taux de réalisation des 5 plans ORSAN	Non disponible	2019: 20% 2020: 60% 2021: 100% 2022: sans objet 2023: sans objet	40%	40%	60%	100%	100%	100%
		5.b. - Pourcentage d'EIG liés aux systèmes d'information	Non disponible	Diminution en 2022 et 2023	8 EIG liés aux systèmes d'information	Augmentation en valeur absolue	Augmentation en valeur absolue	Augmentation en valeur absolue	Diminution	Diminution

Axe SNS	Objectif transverse	Indicateur(s) contractuel(s) de résultat / de partenariat	Valeurs nationales 2017-2018	Cibles nationales	Valeurs régionales 2018	Cibles régionales 2019	Cibles régionales 2020	Cibles régionales 2021	Cibles régionales 2022	Cibles régionales 2023
III. Garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge à chaque étape du parcours de santé	5. Améliorer la sécurité sanitaire	5.c - Pourcentage de signalements d'EIGS cloturés dans le SI-VSS ou de signalement d'EIGS transmis à la HAS	Non disponible	A fixer ultérieurement	Non disponible	Valeur observée	A fixer ultérieurement	A fixer ultérieurement	A fixer ultérieurement	A fixer ultérieurement
		5.d.1 - Pourcentage d'ES n'ayant pas déclaré d'EIGS sur l'année	Non disponible	2019: 70% 2020: 65% 2021: 60% 2022: 55% 2023: 50%	Non disponible	Valeur observée	A fixer ultérieurement	A fixer ultérieurement	A fixer ultérieurement	A fixer ultérieurement
		5.d.2 - Pourcentage d'ESMS n'ayant pas déclaré d'EIGS sur l'année	Non disponible	2019: 70% 2020: 65% 2021: 60% 2022: 55% 2023: 50%	Non disponible	Valeur observée	A fixer ultérieurement	A fixer ultérieurement	A fixer ultérieurement	A fixer ultérieurement
	6. Promouvoir les démarches de qualité de vie au travail et répondre aux attentes des professionnels de santé	6.a - Nombre d'ES et d'ESMS participant à un cluster régional QVT	79 en 2017	2019: 252 2020: 252 2021 à 2023: non déterminées	Sans objet	18	18	A fixer ultérieurement	A fixer ultérieurement	A fixer ultérieurement
IV. Innover pour transformer notre système de santé en réaffirmant la place des usagers	7. Accroître l'efficacité du système de santé	7.a - Taux régional de marge brute des ES hors aide	Non disponible	A fixer ultérieurement	3,23%	A fixer ultérieurement	A fixer ultérieurement	A fixer ultérieurement	A fixer ultérieurement	A fixer ultérieurement
		7.b.1 - Gains achats Phare	2017: 603 2018 : 550	2019: 412 M€ 2020: 548 M€ 2021: 633 M€ 2022: 740 M€ 2023: Non déterminée	28	21	28	33,2	38,5	A fixer ultérieurement
		7.b.2 - Taux d'ESMS ayant recours aux achats mutualisés (groupements ou centrales d'achats)	Non disponible	60% en 2023	Non disponible	Valeur observée	A fixer ultérieurement	A fixer ultérieurement	A fixer ultérieurement	60%
		7.c - Taux d'ESMS ayant engagé une action de coopération (GHT, GCMS)	Non disponible	95% en 2023	Non disponible	Valeur observée	A fixer ultérieurement	A fixer ultérieurement	A fixer ultérieurement	A fixer ultérieurement

Axe SNS	Objectif transverse	Indicateur(s) contractuel(s) de résultat / de partenariat	Valeurs nationales 2017-2018	Cibles nationales	Valeurs régionales 2018	Cibles régionales 2019	Cibles régionales 2020	Cibles régionales 2021	Cibles régionales 2022	Cibles régionales 2023
IV. Innover pour transformer notre système de santé en réaffirmant la place des usagers	7. Accroître l'efficacité du système de santé	7.d - Taux d'évolution des dépenses de prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHEV) produits de santé	4% en 2018	3,3% en 2019	5%	3%	A fixer ultérieurement	A fixer ultérieurement	A fixer ultérieurement	A fixer ultérieurement
		7.e - Taux d'évolution des dépenses de transports	Non disponible	A fixer ultérieurement	Non disponible	A fixer ultérieurement	A fixer ultérieurement	A fixer ultérieurement	A fixer ultérieurement	A fixer ultérieurement
	8. Accroître la participation des usagers au système de santé	8.a - Déploiement du SPIS en région	2017: déployé en IDF, GE 2018: déployé en IDF, GE, PDL	2019: Déploiement national du SPIS 2020: 294500 2021: 529000 2022: 763500 2023: 1000000	Non disponible	0	12386	24772	37158	49544
		8.b - Pourcentage de réclamations clôturées dans un délai de 90 jours après réception	Non disponible	Déploiement du SI Réclamations en 2019 puis à fixer ultérieurement	40%	Valeur observée	A fixer ultérieurement	A fixer ultérieurement	A fixer ultérieurement	A fixer ultérieurement
		8.c - Taux de désignation de représentants des usagers dans les CDU et équivalent dans les conseils de la vie sociale des ESMS	Non disponible	2019: 80% 2020: 80% 2021: 90% 2022: 90% 2023: 100%	Non disponible	Valeur observée	A fixer ultérieurement	A fixer ultérieurement	A fixer ultérieurement	A fixer ultérieurement
		8d - Taux de refus de soins ressenti par les personnes vivant avec un handicap (handifaction)	2017: 13,3% 2018: 17,2%	2019: 13,8% 2020: 10,3% 2021: 6,7% 2022: 3,4% 2023: 0%	15,1%	12,1%	9,1%	6%	3%	0%

Indicateurs spécifiques régionaux

<i>II. Lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la sante</i>	<i>2. Améliorer la structuration territoriale des soins de proximité en développant les partenariats</i>	MSP ayant signé l'ACI	Normandie		46	Cible à fixer	Cible à fixer	Cible à fixer	100	Cible à fixer
	<i>2. Améliorer la structuration territoriale des soins de proximité en développant les partenariats</i>	Pourcentage d'installation des médecins sur le territoire en exercice coordonné	Normandie		18% (17/96)	0,24	0,33	0,42	0,48	50%
	<i>2. Améliorer la structuration territoriale des soins de proximité en développant les partenariats</i>	Proportion d'installations de médecins généralistes en zones sous denses	Normandie		25% (24/96)	0,25	0,33	0,42	0,48	0,5
<i>III. Garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge à chaque étape du parcours de sante</i>	<i>5. Améliorer la sécurité sanitaire</i>	Taux d'inspections réalisées sur la base d'un ciblage par analyse des risques	Normandie		Valeur non déterminée	35%	50%	60%	70%	80%

Article 7 – Modalités d’allocation des ressources de l’ARS

Ressources allouées au titre du fonctionnement général de l’ARS et plafond d’emplois

Pour son fonctionnement général (personnel, fonctionnement et investissement), des ressources provenant de l’État (programme 124) et des régimes obligatoires d’assurance maladie sont notifiées annuellement à l’ARS à l’issue d’un dialogue de gestion se déroulant lors du dernier trimestre de l’année N-1.

Le plafond d’emploi de l’ARS pour l’année N est également arrêté au même moment.

Pour l’année 2019, les moyens prévus à titre indicatif dans le cadre du budget primitif de l’ARS Normandie pour le fonctionnement général sont de 34 375 781 euros, dont 25 983 841 euros au titre de la subvention de l’État (Programme 124) et 8 391 941 euros au titre de la contribution des régimes d’assurance maladie.

Le plafond d’emplois 2019 est de 392 ETPT. Pour les années 2020 à 2023, une diminution du plafond d’emplois est à prévoir conformément aux engagements du Gouvernement en matière de réduction des effectifs. La politique de recrutement de l’ARS devra veiller à maintenir l’équilibre de la représentation des personnels État et Assurance maladie.

Ressources allouées au titre de l’intervention

Les moyens d’intervention mis à la disposition des agences relèvent du fonds d’intervention régional (FIR). Les ressources du fonds au titre d’un exercice sont pré-notifiées par le secrétaire général à l’agence, comme pour les ressources de fonctionnement relevant du budget principal, avant le début de l’exercice (novembre ou décembre n-1).

Le montant de cette pré-notification est défini en proportion de la dotation régionale n-1.

Le montant des crédits alloués à la région au titre du FIR est fixé par arrêté ministériel en cours d’exercice au regard des ressources du fonds au plan national constituées par une dotation de l’assurance maladie (sous-objectif ONDAM relatif au fonds voté en LFSS), une dotation de l’État votée en LFI et une dotation de la Caisse nationale de solidarité pour l’autonomie. Une dotation complémentaire peut s’effectuer en cours d’année dans le cadre d’un nouvel arrêté. La répartition des dotations entre régions prend en compte des critères de santé publique (mortalité brute, taux d’ALD et précarité) et fait à ce titre l’objet d’une péréquation entre régions.

Les crédits délégués à l’agence sont strictement fongibles et leur allocation relève de la décision de l’agence, mis à part les crédits destinés à la prévention et la sécurité sanitaire d’une part et ceux destinés au financement de la prévention des handicaps et de la perte d’autonomie et leurs prises en charge d’autre part qui ne peuvent être affectés au financement d’activités de soins.

Article 8 – Modalités d'élaboration, de suivi, d'évaluation et de révision du contrat

Le projet de contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens a été validé par le Conseil national de pilotage des ARS le 19 juillet 2019 - Visa CNP 2019-67. Il a été soumis à l'avis du conseil de surveillance de l'ARS le 17 septembre 2019. Il a reçu un avis favorable.

Le présent contrat fait l'objet d'un suivi annuel par le Conseil national de pilotage des ARS. Des points d'avancement techniques complémentaires pourront être effectués sur la mise en œuvre de certains objectifs. Les modalités précises de suivi de l'ensemble des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens des ARS seront fixées par le Conseil national de pilotage des ARS d'ici la fin de l'année 2019.

Le présent contrat fera par ailleurs l'objet d'une évaluation en fin de parcours, qui pourra être mutualisée avec l'évaluation de l'ensemble des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens des ARS.

La définition des nouveaux indicateurs et la fixation des cibles non définies à ce stade, tels que prévus aux articles 1 à 4 du présent contrat, feront l'objet d'avenants au présent contrat. Par ailleurs, en fonction des résultats et des évolutions du contexte national ou régional, les cibles définies au présent contrat pourront être modifiées par voie d'avenant.

Fait à Paris, en double exemplaire, le

La directrice générale de l'agence régionale de
santé Normandie,

Madame Christine GARDEL

La ministre des solidarités et de la santé,

Madame Agnès BUZYN