



La gouvernance des Agences régionales de santé

L'impact d'une réforme de la gouvernance des ARS dans un contexte de covid-19 est imprévisible et ne saurait être le seul critère à la remise en cause. Il existe de nombreuses leçons pré-Covid qui préfiguraient ce qui allait se passer et la crise a surtout servi de révélateur des failles et des lacunes.

L'OMS définit la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». La santé des individus est déterminée par des facteurs multisectoriels, appelés déterminants de santé, qui constituent une grille de lecture, d'analyse et d'action passant outre les clivages professionnels ou administratifs. Ils permettent aussi :

- de faire des liens de cohérence entre ce qui relève du sanitaire, du médicosocial ou du social
- d'associer l'ensemble des forces vives de la société (élus locaux, industries et secteur économique, associations, etc.) et pas seulement celles directement concernées par le champ sanitaire (établissements, professionnels, personnes en situation de maladie ou de handicap). A titre d'exemple, dans son livre blanc, la fédération des entreprises pour l'habitat social fait état de l'impact du logement sur la santé (annexe 1). D'autres déterminants dégradent ou améliorent l'état de santé des populations : l'éducation, l'environnement, le travail, etc.
- par leur pluralisme, de transparaître dans la gouvernance des politiques de santé en région. Ils doivent prendre le pas sur une vision purement organisationnelle du système (hôpital, ville, médecine spécialisée, généraliste, public, privé, etc.) pour être la nouvelle grille de lecture du dispositif
- enfin, spécifiques aux territoires et à leurs diversités, ils reflètent mieux l'importance des analyses fines basées sur des données géographiques, économiques, sanitaires ou sociales provenant du terrain, le rôle capital d'un pilotage ascendant (du terrain au central et non l'inverse) et la prise en compte d'une animation des acteurs du bassin de vie (et pas seulement ceux concernés par la santé) au plus proche de leurs réalités.

Il reste toutefois des questions en suspens qu'il convient de traiter en amont de toute réforme :

- les missions des différents acteurs restent mal connues et reconnues
- la répartition des compétences entre l'Assurance Maladie, l'Agence régionale de santé, la préfecture de région et les collectivités territoriales doit être clarifiée
- la démocratie sanitaire, atone depuis longtemps sur le terrain, s'est trouvée complètement inexistante durant toute la crise de la Covid-19.

L'approche par les déterminants de santé fait émerger de nombreux projets de santé publique

Dans le projet de loi 4D, il est prévu la création d'un Conseil d'administration en lieu et place du Conseil de surveillance. La composition de ce conseil d'administration doit prendre en compte ces déterminants de santé.

Le Conseil d'administration de l'ARS

Présidé par le Directeur Général de l'ARS



Co-construit le Projet Régional de Santé et le budget de l'Agence régionale de santé

Bassins populationnels: collecte les données de santé en lien avec les acteurs de terrain, soutien et accompagne les actions sur le département et élaboration des outils d'aide à la décision du Conseil d'administration (cartographies médicalisées et approches populationnelles)

Les 12 déterminants de santé¹ interagissent entre eux et engendrent des conditions de vie qui influent sur l'état de santé. Ils montrent l'intrication entre le sanitaire, le social et le médico-social. La gouvernance actuelle des ARS ne permet pas d'appréhender dans leur globalité les questions de santé car elle crée des clivages dans la continuité des prises en charge, séparant sanitaire et médicosocial par exemple. Ce clivage est encore renforcé par celui des financeurs (conseils départementaux) et des acteurs.

Pourtant les acteurs agissant sur ces déterminants de santé existent : aux côtés des professions de santé, des associations œuvrent pour favoriser la scolarisation des enfants malades, les associations de malades assurent le suivi des parcours de soins de leurs pairs, des bailleurs sociaux agissent pour favoriser l'accès à un logement aux personnes souffrantes, La Poste assure un lien de proximité avec les personnes isolées. Les CRSA portaient l'ambition d'être « les CESER de la santé ». Finalement, du fait de la gouvernance actuelle, leur rôle a été limité et la crise sanitaire a accentué cette tendance.

¹ Le niveau de revenu et le statut social, les réseaux de soutien social, éducation et alphabétisme, emploi et condition de travail, les environnements sociaux, les environnements psychiques, les habitudes de santé et la capacité d'adaptation personnelles, le développement de la petite enfance, le patrimoine biologique et génétique, les services de santé, le sexe, la culture.

La région est l'échelle de pilotage idéale du système de santé ... par les données de santé

La gouvernance actuelle des ARS reflète un écueil du système de santé français qui est un système curatif, renforcé par son hospitalo-centrisme. Il n'y a pas de politique incitative à la prévention, et les acteurs déjà saisis par de nombreuses charges, n'ont pas d'intérêt financier à y consacrer du temps qui n'est pas valorisé. Passer à un système préventif implique aussi un changement de paradigme dans le rapport que l'on a aux données de santé. Le projet P4PILLON (annexe 2) montre comment la bonne exploitation des données de santé permet de pallier des contraintes démographiques, épidémiologiques et géographiques. La gouvernance des ARS ne doit pas se faire à l'aveugle, mais s'appuyer sur des données du terrain produites par les acteurs et permettant de guider l'action de l'organe pilote, qu'il soit un conseil d'administration ou un conseil de surveillance. Chaque acteur de santé est en mesure de collecter ces données avec l'accord des patients.

Le pixel territorial est le niveau de proximité idéale pour les acteurs de terrain

Le niveau territorial est un niveau de proximité opérationnel insuffisamment doté. La concentration des moyens dans les sièges des Agences régionales de santé ne permet pas d'exploiter le plein potentiel des acteurs territoriaux. Il faut inverser la démarche et faire de la délégation territoriale de vrai nœud qui lie le bassin de vie, les actions de professionnels et des associations, les volontés des élus locaux pour l'aménagement du territoire, etc. C'est à cette échelle de proximité, qu'à la fois la créativité des professionnels et acteurs de terrain s'exprime le mieux, et que les centres de décision peuvent être suffisamment réactifs pour s'adapter aux besoins des multiples bassins populationnels d'un territoire donné.

L'unité centrale de l'ARS (le « siège ») devrait être une unité de service assurant une logistique et un soutien de ces délégations territoriales fortes, expertes et active en transversale dans le bassin de vie.

La complexité du monde de la santé est une entrave à la démocratie en santé

La santé est un milieu complexe, par son langage et son organisation. Cette complexité est source de lourdeurs administratives et productive de normes qui sont décourageantes pour les porteurs de projets. Elle exclue de fait, les acteurs qui ne sont pas initiés à ces codes. La démocratie en santé n'opère pas, et les décisions prises par un groupe d'initiés se retrouvent loin des réalités de terrain renforçant la bicéphalie de la gouvernance actuelle (directeur général d'ARS – préfet). La répartition des compétences en matière de santé entre collectivités territoriales et État ne rend pas opérationnelles les compétences des uns et des autres (annexe 3). Si nous prenons l'exemple de l'éducation à la santé, la commune est responsable des écoles élémentaires, le département des collèges et la région des lycées. Si la gestion des ressources humaines et financières est clairement établie entre les collectivités et l'État, celle de la politique de santé dans ces établissements reste à la discrétion de chacun.



Les propositions de l'Observatoire de la Régionalisation

Remplacer le Conseil de surveillance par un Conseil d'administration

Les acteurs médico-sociaux, sociaux et sanitaire agissent en silos. Or le vieillissement de la population et l'exposition croissante de la population aux facteurs environnementaux nous amène à réunir ces trois secteurs. La construction d'un système préventif doit conduire à des prises de décision collectives et traiter des sujets liés, par exemple, au logement, au transport ou à l'éducation. Le Conseil d'administration est la conformation qui permettrait d'assurer de la manière la plus pertinente la prise de décision partagée.

Investir ce Conseil d'administration d'une responsabilité politique

L'écueil de la création d'une telle instance réside dans le fait qu'elle soit désinvestie de toute responsabilité. Outre le fait que ce Conseil d'administration soit un espace d'échanges voire de débats, il doit aussi être un espace de délibération. Le Conseil d'administration vote les plans régionaux administratifs liés à la santé et le budget de l'Agence régional de santé.

Donner de la force et de l'expertise à la délégation territoriale

C'est au plus près des acteurs de terrain, des professionnels de santé et des malades que doit se trouver le vrai pouvoir de l'ARS. Il faut investir vigoureusement en termes de moyens humains et budgétaires pour que ces synapses des ARS viennent en contact intime avec les muscles des territoires. Il convient de leur transférer de l'expertise et de la décision.

Appuyer la prise de décision sur les données du Health Data Hub (HDH) et les données locales

Le HDH permet de colliger les données de santé issues de bases différentes. Il constitue un accès unique aux données de santé en France. Les données du Health Data Hub doivent servir à la construction des plans administratifs régionaux (Plan régional de santé, Plan régional santé-environnement...) et orienter les projets au sein d'un bassin de vie. Cette mise à disposition des données pour les acteurs doit également se doubler de la création par les acteurs eux-mêmes des données propres à leurs bassins de vie et au partage de celles-ci.

Annexe 1

Les propositions de la fédération des entreprises pour l'habitat social sur l'apport du logement social dans l'amélioration des conditions de vie et de la santé

Le périmètre d'action élargi des bailleurs sociaux devrait davantage être reconnu pour mieux prendre en considération son volet sanitaire. L'ensemble des informations recueillies lors de l'élaboration de ce document a permis de mettre en exergue des actions menées en ce sens par des bailleurs sociaux sur le territoire national, qu'il convient de partager et diffuser. A l'issue des entretiens, et afin d'appuyer le déploiement d'actions par les bailleurs sociaux pour améliorer les conditions de vie des locataires, la Fédération des ESH a dressé 15 propositions autour de 4 enjeux.

Enjeux d'aménagement liés au cadre de vie :

- programmer les espaces de vie des habitants avec les collectivités locales et travailler en cohérence avec le secteur associatif dans la mise en œuvre de projets locaux
- apporter un cadre de vie permettant davantage d'autonomie et d'économies aux locataires
- apporter plus d'anticipation sur les différentes situations dans lesquelles un locataire peut se retrouver (grossesse, handicap, maladie, etc.) pour prévoir un logement et milieu de vie adaptés
- formaliser les engagements sur les enjeux sanitaires, environnementaux et sociaux (mise en place de chartes et cahiers des charges avec les différents prestataires du bâtiment pour réduire l'impact des chantiers (matériaux, nuisances sonores, etc.) et prendre en compte les évolutions sociétales (plus sain, plus écologique, plus ergonomique, etc.)

Enjeux d'accompagnement des locataires :

- diversifier les services apportés par bailleurs sociaux, notamment auprès des publics les plus fragiles (personnes âgées, jeunes, personnes à la rue)
- développer la formation du personnel à la détection des personnes à risque de dépendance et à risque de troubles du comportement
- augmenter la présence des gardiens et mettre à disposition du personnel apte à l'écoute (ex : psychologue) : 1 gardien pour 100 logements ?
- diversifier la sensibilisation des habitants aux risques inhérents à l'habitat au travers d'ateliers, d'animation, mises en situation ou via les réseaux sociaux

Enjeux d'ordre partenarial :

- proposer et mettre à disposition des acteurs du territoire le savoir-faire des bailleurs sociaux, notamment au travers des contrats locaux de santé et des conseils locaux de santé mentale
- créer davantage de lien entre les opérateurs HLM et les Centres d'hébergement d'urgence pour fluidifier les parcours des personnes fragilisées
- favoriser la pluridisciplinarité sur la gestion des problématiques de santé mentale voire mettre en place une médiation entre les différents acteurs (hôpital, secteur social, médico-social, association, etc.)

- encourager la collaboration avec les structures hospitalières pour faire du logement social une structure SAS entre le soin et le logement en pré-hospitalisation ou en sortie d'hospitalisation dans le cadre d'une activité de soins de suite et de réadaptation

Enjeux d'ordre réglementaire :

- faire élargir la mission de service public (ou SIEG) du logement social sur un volet prévention, notamment en santé : revendiquer l'apport d'activités « plus » aux locataires en faveur du maintien à domicile.
- lever les obstacles réglementaires et financiers incombant au logement social dans la mise en œuvre de projets d'adaptation aux évolutions sociétales
- permettre aux bailleurs de mutualiser la prise en charge de services liés à la santé au titre des charges refacturables

Annexe 2

Axe « innovation numérique en santé » du projet P4PILLON

La transformation de notre système de santé ne pourra avoir lieu sans un usage massif, adapté et cohérent des outils numériques. Le numérique est un moyen d'émancipation, un moyen de coordination des professionnels de santé, pour répondre aux besoins réels du terrain. Le pôle « Mille Soins » utilise un système d'information partagé, labellisé "maison et centre de santé" par l'Agence des Systèmes d'Information Partagé en Santé (ASIP santé). Avec l'accord du patient, tous les professionnels impliqués dans sa prise en charge ont accès aux informations de son dossier. Cela facilite grandement la communication au sein de l'équipe, prérequis nécessaire à la continuité et la coordination des soins. L'accès à l'information est garant également d'une prise en charge plus qualitative par diminution de l'incertitude clinique. C'est enfin l'opportunité pour le pharmacien d'officine de mettre à profit ses compétences et d'incarner au mieux son rôle de gardien des poisons. De plus, le requêtage stratégique des données permet à l'équipe de piloter le projet de santé du territoire ainsi que d'organiser des réunions de concertations pluriprofessionnelles, de mettre en œuvre des protocoles pluriprofessionnels, des programmes de prévention et d'éducation thérapeutique, etc., pour optimiser la prise en charge de patients. Enfin, la saisie et l'analyse d'indicateurs de pratique clinique permettent l'explicitation et l'évaluation de ces pratiques, étapes indispensables à leur amélioration, que ce soit dans le cadre de démarches qualité initiées par l'équipe ou dans celui de dispositifs de type « paiement à la performance ».

L'objectif principal de cet axe est de promouvoir la place du pharmacien dans la production de données de vie réelle. Aujourd'hui, l'équipe de soins coordonnée est en capacité de produire des bases de données structurées composées des :

- déterminants de santé
- données cliniques et paracliniques
- données médico-économiques de parcours de soins
- données de dispensation des médicaments
- données issues de l'automesure des patients.

Le pharmacien côtoie toutes les tranches de risque en santé et bénéficie d'un bon maillage territorial et d'une bonne culture du numérique. Il a de ce fait un rôle majeur à jouer dans la transition numérique du système de santé et dans l'usage à des fins humanistes du « big data » en santé.

Annexe 3

Répartition des compétences entre les 3 niveaux de collectivités

Répartition des compétences entre les 3 niveaux de collectivités		
Communes	Départements	Régions
Urbanisme	Action sociales (enfances, personnes handicapées, personnes âgées, RSA)	Développement économique
Logement	Infrastructures (ports, aérodromes, routes départementales)	Aménagement du territoire
Environnement	Gestion des collèges	Transports non urbains
Gestion des écoles préélémentaires et élémentaires	Aides aux communes	Gestion des lycées
		Formation professionnelle
	Gestion des fonds Européens	
Sport, tourisme, culture, promotion des langues régionales, éducation populaire		