



## **Actes**

### **Petit-déjeuner**

### **Rencontre Dauphine Santé**

**Le Mercredi 9 juin 2010**

# **LES AGENCES REGIONALES DE SANTE QUELLE FEUILLE DE ROUTE APRES LEUR INSTALLATION ?**

**Université Paris Dauphine**

Pour tous renseignements, vous pouvez contacter

Dr Christine Roullière-Le Lidec, Présidente de DESSEIN, [christine.roulliere@wanadoo.fr](mailto:christine.roulliere@wanadoo.fr)

## **Petit-déjeuner débat**

**Les ARS, quelle feuille de route après leur installation?**

**Christophe Jacquinet, directeur général, ARS Picardie**

**Pierre Jean Lancry, directeur général, ARS Basse Normandie**

**Christine ROULLIERE-LE LIDEC**  
**Présidente de DESSEIN, médecin et docteur en sciences économiques**

Je vous remercie pour votre présence qui nous comble de joie. DESSEIN est une histoire de fidélité avec une équipe et des partenaires.. DESSEIN compte des étudiants, des anciens étudiants et des partenaires tels que le laboratoire d'économie de la santé, la Fédération hospitalière de France, le Panorama du médecin et des industriels. Les économistes de la santé sont également fortement présents aujourd'hui. Des actes seront rédigés et envoyés par email, après validation par les intervenants.

**Claude LE PEN**  
**Professeur d'économie et de santé, Paris Dauphine**

Cette manifestation a reçu un très grand nombre d'inscriptions, ce qui témoigne de l'existence d'un certain nombre d'interrogations autour des ARS. La création des ARS constitue une réforme fondamentale. Les pouvoirs donnés aux ARS sont exorbitants par rapport à ceux traditionnellement dévolus aux instances régionales de santé. La réforme est aussi un peu mystérieuse. Elle réunit des instances existantes qui avaient des logiques, des statuts et des compétences différentes.

Pierre-Jean LANCRY a travaillé à l'Assistance publique, à la CNAM et la MSA. Il est désormais Directeur général de l'ARS Basse-Normandie.

Christophe JACQUINET quant à lui a fait toute sa carrière dans le secteur de l'offre de santé. Il est aujourd'hui Directeur général de l'ARS de Picardie.

**Christophe JACQUINET**

Nous allons commencer par un jeu sur les différences entre Pierre-Jean LANCRY et moi-même. Méfiez-vous des apparences.

**Pierre-Jean LANCRY**

L'un est normand, l'autre non.

**Christophe JACQUINET**

L'un a été l'élève de l'autre à l'université Paris-Dauphine.

**Pierre-Jean LANCRY**

L'un a son frère au Vatican et l'autre une tête pas très catholique.

**Christophe JACQUINET**

L'un est censé être de droite et l'autre de gauche.

**Pierre-Jean LANCRY**

L'un vient de l'offre de santé, l'autre de l'Assurance maladie.

**Christophe JACQUINET**  
**Directeur général de l'ARS de Picardie**

Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens sera signé par le Conseil National de Pilotage (CNP) et les 26 Directeurs généraux d'ARS. Il comporte un certain nombre d'indicateurs de santé.

Les ARS mettent en œuvre un ensemble coordonné de programmes et d'actions pour 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 et des principes fondamentaux de Sécurité sociale. Les ARS doivent développer et mettre en œuvre une vision globale de la santé, fondée notamment sur le rééquilibrage du système de santé, sur la promotion de l'égalité territoriale et sociale de santé, sur la coordination des acteurs régionaux de santé et sur le développement de la veille et de la sécurité sanitaire. Elles doivent également veiller à l'amélioration de l'efficacité du système de santé qui doit allier accessibilité et performance économique.

Trois priorités nationales ont été définies : améliorer l'espérance de vie en bonne santé, promouvoir l'égalité devant la santé et développer un système de santé de qualité accessible et efficace. Ces priorités se déclinent en neuf objectifs nationaux. Pour la première priorité, les objectifs sont la réduction de la mortalité prématurée, le développement de la promotion de la santé et de la prévention des maladies et le renforcement du dispositif de veille et de sécurité sanitaire. L'objectif associé à la deuxième priorité nationale porte sur la réduction des inégalités territoriales et sociales de santé. Enfin, s'agissant de la troisième priorité nationale, les objectifs sont l'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins et des services médico-sociaux, l'adaptation de l'offre de soins et des services médico-sociaux aux besoins, l'optimisation de l'organisation de permanence de soins, la maîtrise des dépenses de santé et le rétablissement durable, à la fin de l'année 2012, de l'équilibre financier des établissements publics de santé et le développement des parcours de soins et de vie des personnes âgées et des personnes handicapées.

31 indicateurs de résultats sont à l'étude. La démarche est fondée sur les résultats. Des seuils et des niveaux d'indicateurs de résultats pluriannuels doivent être définis d'ici le 15 octobre 2010. Pour chaque objectif national, trois ou quatre indicateurs de résultats seront déterminés. Ce travail commence par une évaluation très précise, région par région, du niveau des indicateurs donnés. Un indicateur cible pourra ainsi être défini pour 2011, 2012 et 2013. Les ARS seront amenés à rendre des comptes au Conseil National de Pilotage sur ces objectifs. Le contrat sera signé avant la fin de l'année entre le Directeur général de l'ARS et les ministres des Affaires sociales, de la Santé et des Finances au nom du CNP. Il s'agit donc d'une démarche nouvelle, concrète et très précise.

**Pierre-Jean LANCRY**  
**Directeur général de l'ARS de Basse-Normandie**

En Basse-Normandie, une réflexion sur le projet régional de santé a été lancée. Ce projet comportera un plan stratégique avec des schémas d'organisation et un programme d'action. Pour faire émerger les problématiques de santé, une démarche participative a été initiée avec les cinq territoires de santé et les treize pays au sens de l'action territoriale qui composent la région. L'ARS a ainsi demandé à associer les élus locaux à une définition en termes de santé ressentie. Les pays feront remonter ce qui leur paraît être une priorité.

Il existe une très forte attente vis-à-vis des ARS. La loi confère aux ARS de très nombreux pouvoirs mais ceux-ci ne peuvent trouver à s'appliquer efficacement que si un dialogue se met en place avec les autres acteurs.

**Claude LE PEN**

Quels sont les moyens dont disposent les ARS ? L'organisation est-elle opérationnelle ou toujours en phase de préparation ?

**Christophe JACQUINET**

L'organisation des ARS est en place depuis le 1<sup>er</sup> avril 2010. Cela s'est fait dans des délais que nos partenaires internes et externes ont perçus comme courts. La Picardie n'est pas un territoire attractif ni pour les médecins libéraux ni pour les agents de l'Etat et de l'Assurance maladie. L'ARS de Picardie compte 280 personnes et 10 % des postes sont aujourd'hui vacants. Le processus de reconfiguration est en cours dans la majeure partie des ARS où il convient de faire travailler ensemble notamment les DDASS, la CRAM, la Direction régionale du service médical de l'Assurance maladie et les ARH. La phase d'organisation devrait perdurer jusqu'en septembre. Cette situation n'est pas aisée pour les agents qui doivent gérer le quotidien tout en constituant un organisme doté de nouveaux processus.

**Pierre-Jean LANCRY**

L'ARS de Basse-Normandie compte 240 personnes. L'installation des ARS est également conditionnée par leurs conditions matérielles d'hébergement. Sept structures ont ainsi fusionné. Certaines ARS ne disposent pas encore de locaux uniques. Chaque agent conserve par ailleurs son propre statut, c'est-à-dire sa grille de salaire, sa durée de temps de travail, etc.

Dans le cadre de l'installation de l'ARS, je me suis rendu compte qu'il fallait prendre quelques sujets emblématiques et démontrer ce que la création de l'ARS allait changer dans le travail des équipes et la vie des habitants. Les patients se moquent de savoir de qui relèvent certaines activités. Ils veulent que l'on réponde à leurs besoins de santé. Je vais prendre l'exemple du suivi clinique à domicile. La région Basse-Normandie est historiquement liée au Canada. Le Québec est, comme la Basse-Normandie, confronté à des problèmes liés à l'accès aux soins et à l'éloignement des populations. Cette province a mis en place un suivi clinique avec un terminal tactile qui communique, depuis le domicile du patient, avec les services hospitaliers. Il peut servir également

d'outil d'éducation thérapeutique. Ce projet m'avait été présenté par le Directeur de la Caisse d'Assurance maladie de la Manche qui mettait en avant le fait qu'il permettait d'éviter la réhospitalisation des patients et que les économies réalisées sur les frais de transport compensaient le coût du dispositif. Mais ce projet, auquel participaient l'URCAM et l'ARH, n'avait pu se développer parce que les médecins libéraux n'y avaient pas été associés. La création de l'ARS permet de résoudre cette difficulté : l'URCAM et l'ARH relèvent désormais de l'ARS et les médecins libéraux y seront associés au même titre que la région, les hospitaliers et les fédérations de professionnels de santé.

### **Claude LE PEN**

Comment se passe la coordination avec le CNP ? Se fait-elle au travers de directives ou d'une coordination ?

### **Christophe JACQUINET**

On mesure mal à quel point la réforme est importante. Elle se situe dans le cadre de la réforme territoriale de l'Etat et dans le cadre de la RGPP. L'ARS est un opérateur de l'Etat et de l'Assurance maladie. La réforme entraîne des changements très profonds aux niveaux régional et national. Le préfet a ainsi perdu des services déconcentrés de l'Etat qui a décidé de déléguer le travail d'instruction et de suivi de la sécurité sanitaire à un opérateur extérieur.

### **Pierre-Jean LANCERY**

L'ARS est prestataire pour le préfet. Mais, en cas de crise, le préfet prend la main.

### **Christophe JACQUINET**

Le terme de prestataire est employé dans le contrat qui lie les Directeurs généraux d'ARS aux préfets de département. Il s'agit d'un terme fort et nouveau dans l'organisation de l'Etat. Depuis le 1<sup>er</sup> avril 2010, nous avons reçu 74 instructions. L'ARS reste donc un bras armé de l'Etat à la différence près que les instructions proviennent dorénavant du CNP. Le CNP fonctionne de manière collégiale. Il est présidé par les Ministres que j'ai évoqués précédemment et constitué de l'ensemble des Directions centrales, de la Direction de Sécurité sociale et des finances, des organismes d'Assurance maladie, du Secrétaire général du CNP et du Secrétaire général adjoint. C'est l'organe de tutelle des ARS, ce qui signifie que toute instruction qui vient du ou des Ministères et de l'Assurance maladie passe par le CNP et y est débattu sous le contrôle du Secrétaire général avant d'être transmise aux ARS. Il a donc été mis en place une gouvernance mixte du système de santé entre l'Etat et l'Assurance maladie.

### **Pierre-Jean LANCERY**

Le CNP devrait permettre le bouclage de nos rapports en région avec l'Assurance maladie. Une cohérence nationale doit obligatoirement être trouvée entre l'Assurance maladie et la Direction de

l'Etat. A défaut, le risque est de voir se développer des accords locaux qui seraient déconnectés de la politique nationale.

### **Claude LE PEN**

Peut-il y avoir des politiques différentes d'une région à une autre ? Avez-vous la capacité de mutualiser des expériences et de lancer des initiatives autonomes ?

### **Pierre-Jean LANCRY**

La permanence de soins ou les pôles de santé libéraux ambulatoires répondent à un mode de fonctionnement dont le modèle est bas-normand. Il est différent de ce qui se fait ailleurs. Il peut être généralisable.

### **Christophe JACQUINET**

Il existe une vraie volonté de rendre les ARS autonomes. Cela s'est concrétisé au travers de leur organisation qui est du ressort des Directeurs généraux d'ARS. Ces derniers signeront des contrats d'objectifs et de moyens avec le CNP qui seront différents les uns des autres. Les Directeurs généraux d'ARS pourront proposer des actions spécifiques à leur région. En Picardie, la densité des médecins libéraux est la plus faible de France. 20 % des populations picardes vivent dans des zones où la densité en médecine générale est inférieure de 30 % à la moyenne nationale. Aussi, la Picardie se donnera des moyens particuliers pour favoriser le développement des maisons de santé. Les ARS doivent développer des politiques qui correspondent aux besoins de leurs territoires. Si l'ARS et son Directeur général ne parviennent pas à faire vivre la spécificité territoriale, la déconcentration sera un échec. C'est au niveau local que les réponses, déterminées en concertation avec les acteurs de santé, seront les plus pertinentes. Enfin, concernant l'autonomie des ARS, la démarche de changement est progressive. L'étape suivante concernera l'ORDAM.

Question salle

Qu'en est-il de la granularité des ARS et l'échelle territoriale par rapport à des pays européens comme l'Italie et l'Espagne ? Par ailleurs, en ce qui concerne l'offre de soins, quelle est la relation entre le médecin de ville et les ARS ? Enfin, les ambitions sont fortes concernant les ARS qui se dotent de davantage de responsabilités. Parviendront-elles à toutes les assumer ?

### **Claude LE PEN**

Comment s'organisent les pays ?

### **Pierre-Jean LANCRY**

Pour la santé, seuls les territoires comptent. Ils sont de taille très variable avec un rapport de un à quarante en termes d'habitants. Ils ont été initialement conçus dans une optique hospitalière. Pour

demain, il est demandé aux ARS d'étendre leur raisonnement à l'ambulatoire, l'hospitalier et au médico-social. Les pays ont été utilisés car ils constituent un mode d'expression de la vie locale.

### **Christophe JACQUINET**

Le territoire de la Picardie est constitué de 26 découpages entre les OPCI, les territoires de santé, les zones de permanence de soins et de pharmacie, les secteurs de psychiatrie adultes et enfants, etc. La segmentation du territoire comporte des enjeux administratifs mais aussi des enjeux politiques très forts. Le premier travail de l'ARS sera de présenter un découpage territorial adapté à la logique de l'ARS. Il s'agit de faire comprendre aux acteurs de santé et aux élus qu'il peut exister plusieurs niveaux d'organisation dans le territoire.

### **Hervé SEGALEN, représentant des usagers**

Je me suis rendu compte qu'il était difficile d'obtenir des établissements hospitaliers des données sur les activités et les coûts par activité et par pôles.

### **Pierre-Jean LANCERY**

Il est effectivement difficile de disposer de ce genre d'informations. Elles existent néanmoins.

### **Christophe JACQUINET**

Les ARS se sont vu confier trois missions : une mission de sécurité sanitaire, une mission de régulation et une mission d'efficience des établissements sanitaires et médico-sociaux. Dans les différentes ARS se mettent en place des équipes avec de nouveaux métiers, tels que le contrôle financier.

### **Victor RODWIN**

La grande majorité des ressources en région sont allouées à l'hôpital. Quelles sont les possibilités de réallocation en cas de réalisation d'économies à l'hôpital ? Par ailleurs, si la Picardie parvenait à attirer, grâce à ses maisons de santé, des professionnels de santé en masse depuis la Normandie, quelle serait la réaction du Directeur de l'ARS de Normandie ?

### **Christophe JACQUINET**

Dans le cadre de la TAA, le gain du regroupement d'activité entre établissements publics n'est pas forcément source d'économies considérables. En tout état de cause, le gain pour la région est nul. Les possibilités pour les Directeurs généraux d'ARS de gérer leur enveloppe de dépenses de santé sont faibles en termes de fongibilité. Néanmoins, dans toutes les ARS, un tableau de bord a été mis en place pour disposer d'une vision exhaustive des dépenses de santé tous secteurs et toutes modalités de financement confondus.

Par ailleurs, dans le département de l'Oise, il existe actuellement 500 médecins généralistes dont 100 devraient partir en retraite dans les trois prochaines années quand il est prévu que seuls dix médecins s'installent dans le département d'ici là. Le nombre d'habitants par médecin est de 1 400 dans ce département contre environ 1 200 au niveau national. Dans les trois ans à venir, ce ratio devrait passer à 1 800 patients par médecin dans l'Oise. Cela est source d'inquiétudes considérables. Il n'est pas question de recruter les médecins de la Basse-Normandie. Il ne sera pas non plus possible de créer 90 postes dans les trois prochaines années. Avec l'augmentation du nombre de postes à l'internat en médecine générale, le problème sera résolu en 2020. Il nous faudra être inventif entre 2010 et 2020 sur l'organisation des médecins entre eux sur le territoire, mais aussi des professionnels de santé au sens large. La question de la délégation de compétence et du partage de tâches constitue la première réponse pluridisciplinaire à la problématique d'accès aux soins de premier recours.

### **David KALFON, Cerner France**

L'ARS permet une porosité entre les différents secteurs hospitaliers et de médecine de ville et des organisations qui régissent le monde de la santé en France. La solution est extrêmement séduisante sur le papier. Néanmoins il sera difficile de parvenir à l'atteinte des objectifs fixés aux ARS d'ici 2012. Quand pensez-vous y parvenir ?

### **Pierre-Jean LANCERY**

Je l'ignore. Le Président de la République a fixé à 2012 l'atteinte de l'équilibre pour les établissements hospitaliers. En 2010, le déficit hospitalier devra avoir été divisé par deux. En 2012, ces déficits devront avoir disparu. Cela peut sembler difficile mais nous devons formuler des propositions pour tendre vers ces objectifs.

### **Christophe JACQUINET**

Les ARS ont trois ans pour améliorer les indicateurs de résultats. Par exemple : taux de pratique de la chirurgie ambulatoire, taux de place occupée en HAD par million d'habitant et nombre de structures d'exercice collectif en milieu ambulatoire pour 100 000 habitants. La pratique de la chirurgie ambulatoire est essentielle en matière de dépenses de santé. Les taux d'occupation en HAD sont insuffisants. Le régulateur a en la matière une obligation d'organisation d'offre de santé sur le territoire. Enfin, le Président de la République demande aux ARS de créer environ 300 maisons de santé pluridisciplinaires avant la fin de l'année 2012.

### **Marie-Paule SERRES**

Considérez-vous qu'au niveau régional, vous aurez la même capacité d'adaptation en matière d'outils nationaux et d'instructions nationales de gestion du risque qu'en matière de santé ? Par ailleurs, qu'est-ce qui garantit aujourd'hui l'adéquation entre les objectifs régionaux en matière de santé et la marge de manœuvre dont vous disposez en matière de gestion du risque ?

**Pierre-Jean LANCERY**

Le Directeur général d'ARS arrête le programme de gestion du risque mais la gestion du risque relève de l'Assurance maladie. L'application du programme se fera au niveau régional en partenariat avec les Caisses. Notre objectif est clairement défini dans nos relations avec l'Assurance maladie.

**Claude LE PEN**

Comment se passent les relations entre les ARS et les Caisses ?

**Christophe JACQUINET**

Elles se passent bien, de même que les relations avec l'Etat. Dans le cadre de la gestion de crise sanitaire, les préfets et les ARS sont liés et ont leurs propres responsabilités : le préfet a une responsabilité d'ordre public et l'ARS une responsabilité de gestion des moyens et d'instruction pour le compte du préfet. Les moyens des ARS passent alors sous emploi du préfet. En matière de gestion de santé publique et de prévention de sécurité sanitaire courante, la responsabilité du programme de prévention et de la mise en œuvre des moyens relève exclusivement de l'ARS.

**D Raphael, médecin, membre de la Commission 'santé et prospective'**

Les ARS disposent de pouvoirs importants. Elles initient l'organisation territoriale sanitaire. Avez-vous le sentiment que les procédures ont été allégées ? Par ailleurs, estimez-vous que la question de la couverture des HAD progresse correctement ?

**Christophe JACQUINET**

Les procédures générales n'ont pas encore beaucoup évolué. Mais le fait que les différents acteurs de la santé travaillent en même temps et dans le même organisme devrait favoriser l'amélioration des procédures. Concernant l'HAD, la Picardie s'est fixé comme objectif d'atteindre 23 places pour 100 000 habitants. Cet objectif est quasiment atteint même si, dans certains endroits, les taux d'occupation sont plus faibles qu'ailleurs. Il existe une politique nationale et régionale en faveur du développement de l'hospitalisation à domicile.

**Claude LE PEN**

Quels sont les objectifs en termes médico-sociaux ? Les associations craignent d'être phagocytées par le volet sanitaire.

**Pierre-Jean LANCERY**

L'organisation est très différente selon les régions. En Basse-Normandie, il a été créé une Direction de l'offre de santé et de l'autonomie qui traite l'ambulatoire, l'hospitalier et le médico-social ensemble afin que chaque sujet soit traité de façon transverse. Les acteurs avaient l'habitude d'un

fonctionnement du médico-social avec une programmation et des passages en CROS. La procédure en vigueur est désormais l'appel à projet qui va les obliger à se regrouper. Il s'agit souvent de petites associations qui sont par conséquent très inquiètes.

### **Christophe JACQUINET**

La Picardie compte 70 établissements sanitaires et plus de 450 établissements médico-sociaux. Quand les ARS ont été créées, le secteur médico-social a craint de ne pas trouver sa place. Mais dans les ARS, les personnes en charge du médico-social y sont exclusivement affectés afin de disposer à terme de spécialistes du secteur. Ce secteur concerne les personnes âgées et les personnes handicapées. Enfin, il existe un véritable besoin de renforcer la professionnalisation du secteur médico-social, notamment par des actions de coopération. La loi permet aux établissements médico-sociaux de s'unir sur des plateformes d'information.

### **Question salle**

Quelle est la place pour la politique de santé des villes ? Ces dernières disposent de capacités d'intervention non négligeables non seulement sur l'offre de soins mais surtout sur les déterminants de santé. Quelle sera l'autonomie accordée aux opérateurs en cas d'application de la loi HPSP ? Les hôpitaux pourront-ils bénéficier d'une certaine autonomie pour intervenir sur tous les champs de santé ? Enfin, la mission de l'hôpital peut-elle ne pas se limiter à la performance et l'équilibre économique ?

### **Christophe JACQUINET**

La recherche d'efficacité ne concerne pas uniquement les sphères économiques et budgétaires.

### **Pierre-Jean LANCRY**

Il est évident que la politique de santé doit se faire en coopération avec les villes.

### **Claude LE PEN**

Je remercie les deux Directeurs généraux d'ARS pour leur intervention directe, franche et sans langue de bois.

**Synthèse réalisée par la société Ubiquis, revue et corrigée par les orateurs**

**en partenariat avec**

**le Panorama du Médecin, Glaxo Smith Kline, Bristol Myers Squibb, Pfizer,**

**et**

**le Collège des Economistes de la Santé, la Fédération Hospitalière de France, le  
Laboratoire d'Economie et de Gestion des Organisations de Santé,**

**Paris Dauphine**