

# Document « Comité Action Publique 2022 »

## Son impact sur l'évolution des ARS

8 novembre 2018

En bleu : le texte du document

En noir et en encadré : les commentaires du SMISP

Le 1<sup>er</sup> chapitre du rapport est intitulé « Nos Convictions ». Il part du constat que : « *Le monde change, le service public doit s'y adapter / Notre pays connaît des mutations profondes* ». Les facteurs de mutation suivants sont relevés :

- *la multiplication des données et leur analyse, le vieillissement de la population, la métropolisation, l'augmentation des flux migratoires, la tendance à l'accroissement des risques et des crises.*
- *La dépense publique n'est pas soutenable.*

### Commentaires du SMISP

Tout devrait donc concourir au développement de la santé publique : les crises sanitaires, les mutations de nos sociétés, la transition épidémiologique avec la prévalence dominante des maladies chroniques qui nécessite de revoir en profondeur l'organisation du système de santé et la prise en charge des patients, la crise économique avec la chronicisation des chômages et des situations de précarité sociale, l'évolution de notre système de protection sociale pour faire face au déficit, tout ceci nécessite de revisiter en profondeur les fondamentaux de nos organisations de santé.

Aujourd'hui en France, dans un contexte de raréfaction des dépenses publiques, une politique de santé pertinente doit plus que jamais intégrer les problématiques de Santé Publique au lieu de se baser sur les approches économiques et financières.

Les arbitrages de la politique de santé devraient donc absolument s'appuyer sur les apports de la santé publique : évaluations, études d'impact, preuves, analyses rigoureuses...

Jamais les compétences des médecins inspecteurs de santé publique n'ont autant été requises et jamais elles n'ont été aussi mal utilisées. Pire, leurs champs légitimes d'intervention sont confiés à des personnes non qualifiées.

### « PARTIE 2 | CHANGER DE MODÈLE

PROPOSITION 1 : Refonder l'administration autour de la confiance et de la responsabilisation »

Partout dans le privé, les évolutions se font vers une diminution du nombre des échelons hiérarchiques, sauf dans les ARS.

Page 34 : « passer d'une logique de contrôles a priori à une logique de contrôles a posteriori recentrés et plus efficaces ».

Oui, nécessite donc un renforcement des corps d'inspection !

« Sortir d'une culture de la norme encadrant toute décision, pour permettre aux agents de prendre des décisions adaptées au cas par cas. Ceci constitue un changement majeur et ne doit pas conduire à un service public à plusieurs vitesses, en fonction de la bienveillance de tel ou tel agent ».

Pour plagier Lacordaire, en matière de santé, la loi protège le patient, la liberté le soumet aux risques sanitaires.

La norme en matière de sécurité des malades anesthésiés a fait reculer le décès de 1 sur 3000 anesthésies dans les années 1980 à 1/10<sup>5</sup> dans les années 2000.

Il ne s'agit en rien de la bienveillance de tel ou tel agent mais du respect de la réglementation sanitaire.

« Pour aller encore plus loin, nous avons identifié cinq ministères clés où la grande majorité des missions pourrait être confiée à des opérateurs ».

Par « opérateur », CAP22 entend des « agences » à substituer aux services extérieurs des ministères suivants : économie finances, écologie, enseignement supérieur, culture, sports.

Cette émergence généralisée d'agences dans les services extérieurs revient effectivement dans les discours.

**Il y aurait intérêt à ancrer les corps d'inspection, quel qu'ils soient, dans les services centraux qui resteront d'obéissance État. Y penser pour les MISP.**

« Bâtir un nouveau contrat social entre l'administration et ses collaborateurs »

Constat : Le cadre actuel de la gestion des ressources humaines (RH) pâtit d'une grande rigidité, avec une gestion trop centralisée, juridique et administrative.

Exemple : les CAP : « les commissions administratives paritaires (**CAP**) qui apparaissent dans leur fonctionnement actuel comme excessivement centralisées, organisées par corps et consultées a priori sur un grand nombre de mouvements au lieu de se concentrer sur les cas litigieux ».

La réforme est en cours.

« la prépondérance du statut de la fonction publique pour les embauches, le recours au contrat ne pouvant s'entendre que dans des cas spécifiques. Or, pour conduire les réformes que nous préconisons et adapter l'administration aux attentes et aux besoins des usagers, les managers doivent bénéficier d'une plus grande souplesse, adaptabilité et agilité.

Réformes préconisées :

« Élargir le recours au **contrat de droit privé** comme voie « normale » d'accès à certaines fonctions du service public. Nous faisons le choix de préconiser le contrat de droit privé et non de droit public pour trois raisons. Tout d'abord, il n'y a pas de spécificité telle du secteur public qui nécessiterait de créer un autre type de contrat à côté du statut. Ensuite, le contrat de droit privé est plus protecteur pour les agents. Enfin, l'État, générateur de normes en matière de droit du travail, doit s'appliquer les mêmes règles qu'il entend définir pour les autres ;».

Objectif affiché de recruter sous statut de contrat de droit privé.  
Rejoint le document clarification des missions des DGARS.

### PARTIE 3 | CHANGER DE MODÈLE

PROPOSITION 5 | Réduire le renoncement aux soins, améliorer l'espérance de vie en bonne santé et désengorger l'hôpital.

Le SMISP pourrait être partenaire dans les réflexions.

4 objectifs sont affichés (page 50):

Objectif CAP 2022	Commentaires
<p>► <i>sortir du fonctionnement cloisonné et faire tomber les barrières entre la médecine de ville, l'hôpital, le domicile, le médico-social, pour faire en sorte que les patients bénéficient d'une prise en charge coordonnée entre les différents acteurs et donc plus efficiente et moins coûteuse ;</i></p>	<p>On entend cette même rengaine du décloisonnement depuis des décennies : pas un plan de santé publique sans la phrase magique : amélioration des relations entre la ville, l'hôpital, le médico-social.</p> <p>Que faut-il réellement entendre sous cette incantation ? De fait, 2 systèmes de prises en charge des malades se côtoient mais ne se chevauchent pas :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- une médecine de plus en plus technique et spécialisée dans les plateaux techniques hospitaliers,</li><li>- une médecine d'accompagnement du quotidien de la personne âgée ou handicapée, qu'il s'agisse de la régulation par le médecin généraliste, des soins d'accompagnement par les paramédicaux, des prises en charge dans le médico-social.</li></ul> <p>Ces 2 dispositifs doivent mieux cohabiter mais ils sont différenciés, de par leur finalité et au-delà de leur construction (Ex : cancer).</p> <p>Les choses avancent à petit pas : maisons de santé, infirmier en pratique avancée, vaccination par les pharmaciens.</p> <p>Accélérer cette mutation</p>
<p>► <i> rapprocher le soin du patient, rééquilibrer l'offre de soins sur le territoire et offrir une médecine personnalisée ;</i></p>	<p>ce sont 3 propositions-clés rabâchées</p> <p>Ces 3 concepts recouvrent des sujets très différents à analyser de manière plus fine et séparée.</p>
<p>► <i>évaluer de façon permanente le système de santé, pour permettre une information précise des patients et un meilleur pilotage des politiques de santé ;</i></p>	<p>Le manque d'évaluation des politiques de SP et de leur impact constitue un autre péché majeur de la politique de santé en France, régulièrement soulevé par la Cour des Comptes.</p> <p>Un enjeu pour les MISp dans cette évaluation à condition d'être extériorisée de l'ARS</p>

► *redonner des marges de manœuvre au niveau local et permettre aux établissements et à leurs responsables de répondre aux défis constants d'adaptation du système de santé.*

Ne différencie pas le public du privé (le privé fait 58 % des séjours chirurgicaux) qui savent faire.  
La lourdeur du secteur public est une réalité. Aller vers de petites unités hospitalières réellement + autonomes

Les Réformes préconisées par la suite vont dans le sens de ce qui est en cours dans le cadre de la réforme santé d'Agnès Buzyn.

Des points à reprendre. Comme par exemple « *Dans le domaine de la santé, nous proposons par exemple de conditionner une partie des moyens alloués aux hôpitaux aux résultats de satisfaction des usagers* ».

Un établissement de santé n'est pas un établissement hôtelier sinon il faut repenser toute la relation éthique soignant / soigné.

#### PROPOSITION 6 : Retarder l'entrée dans la dépendance et mieux prendre en charge les personnes concernées

Retarder la perte d'autonomie par des actions de prévention représente donc un enjeu considérable pour la qualité de vie des personnes âgées comme pour les finances publiques. Or, les moyens consacrés à la prévention ne représentent qu'une infime partie des dépenses engagées : un peu plus de 500 M€ sur les 22,2 Md€ en 2016.

Il serait temps de s'en apercevoir !

Par la suite, dans les réformes préconisées, beaucoup de lieux communs maintes fois ressassés :

- mieux organiser le repérage des populations fragiles et cibler les actions de prévention vers les personnes qui en ont le plus besoin.
- améliorer la participation des personnes âgées aux actions de prévention
- faire en sorte que le passage à l'hôpital ne soit pas un facteur de perte d'autonomie ou d'aggravation de la perte d'autonomie pour les personnes âgées.
- mieux répartir les places d'hébergement sur le territoire et inciter financièrement au maintien à domicile
- conduire une réflexion ambitieuse sur le financement de la dépendance, via la création éventuelle d'un 5ème risque.

#### PROPOSITION 7 : Simplifier la vie des personnes en situation de handicap et celle de leurs proches

L'objectif est de faciliter la vie quotidienne des personnes en situation de handicap et de leurs proches, de garantir l'homogénéité et l'effectivité des droits sur le territoire, de favoriser l'inclusion et l'insertion éducative, de concevoir une offre de prise en charge plus innovante et graduée et de mieux réguler l'offre d'accueil spécialisée lorsqu'elle est nécessaire, pour offrir à chacun une place adaptée.

Idem, beaucoup de choses déjà maintes fois ressassées. Analyser les points de blocage – pourquoi cela ne se débloque pas - Évaluer !

Page 96 : achever la décentralisation pour les compétences qui ont d'ores et déjà fait l'objet d'un transfert mais pour lesquelles l'État intervient encore.

Concernant l'action sociale et la solidarité (petite enfance, soutien à la parentalité, handicap, lutte contre pauvreté...), la compétence sociale est largement décentralisée depuis 1983. De plus, le réseau des caisses d'allocation familiale intervient sur des champs proches. Pourtant, l'État avec son réseau de directions départementales de la cohésion sociale continue de suivre ces questions. Ces effectifs participent notamment à l'élaboration de divers schémas territoriaux. Dans ce contexte, on peut s'interroger sur la nécessité de maintenir ces directions départementales et, par extension, il faut s'interroger sur le dimensionnement et les missions de la direction générale de la cohésion sociale qui anime ce réseau déconcentré.

Fin des DDCCS ?

P. 97 : De telles réformes, qui revoient en profondeur les métiers exercés par l'État, et qui le recentrent sur ses missions fondamentales, notamment de contrôle, auront des impacts forts sur les agents, qu'il faut anticiper, en élaborant conjointement un plan d'accompagnement des agents très structuré, pour proposer des formations et des reconversions mais également, éventuellement, des mobilités géographiques. Ce plan d'accompagnement sera l'occasion de proposer à ces agents d'exercer de nouveaux métiers qui ont du sens.

Jouer cette carte pour les MISP

Si : « La mission de contrôle est parfois difficilement exercée par l'État, faute de compétences suffisantes ou de clarté des périmètres d'intervention des différents services. Dans certains cas, le partage de la responsabilité du contrôle est peu lisible, donc mal perçu par les usagers, et chronophage. Par exemple, pour les contrôles en matière d'eau et de biodiversité », interviennent la direction départementale des territoires (et de la mer) (DDT(M)), l'agence française de la biodiversité (AFB), l'office national de la chasse et de la faune sauvage (ONCFS) »

Pour les MISP nous avons une exclusivité de compétence dans ce champ !

P. 109 : Faire payer directement l'utilisateur de certains services publics

Contrôles sanitaires. La réforme consiste à augmenter le nombre de contrôles sanitaires effectués par les pouvoirs publics, pour se conformer aux standards européens. Nous proposons a minima que ces contrôles supplémentaires soient payés par les professionnels. On pourrait étendre ce mode de financement pour l'ensemble des contrôles existants ;

Cette proposition cible les contrôles sanitaires de l'Agriculture et répression des Fraudes.

Envisager de faire de même pour les contrôles dans le champ santé ! Faire payer les établissements ?