

L'intention démocratique et l'attention technocratique

Regard des représentants d'usagers sur la réforme de la gouvernance régionale de santé et leur place dans l'installation de ce dispositif.

Christian Saout
Président du Collectif interassociatif sur la santé

La création des agences régionales de santé (ARS) repose sur un modèle démocratique idéal. L'esprit des Lumières a comme guidé le législateur. En effet, un exécutif, la direction générale de l'ARS, est flanqué d'un législatif, la conférence régionale de santé et de l'autonomie (CRSA), et d'un contrôle, non judiciaire, mais un contrôle tout de même, celui du conseil de surveillance de l'ARS. Bel ouvrage, la séparation des pouvoirs selon Montesquieu comme garantie de la démocratie sanitaire! Quel « fondamentaliste » aurait pu rêver mieux?

Mais voyons voir... et regardons comment « faute de grives, on nous a servi des merles ».

À tout seigneur tout honneur, commençons par la CRSA

C'est elle qui délibère afin d'orienter la politique régionale. Elle donne son avis sur le projet régional de santé (PRS) et a la charge d'en accompagner l'exécution par sa critique attentive. Elle le fait sous la férule de la direction générale, elle-même dominée par le compte à rebours des élections présidentielles. La consigne était ainsi passée : le PRS doit être bouclé avant la campagne présidentielle de 2012. Tant pis si ce délai n'est pas compatible avec une démarche sereine de bilan partagé. Nous ne partions pas de rien, avant les PRS 2011 il y avait eu les plans régionaux de santé dont on aurait dû partout tirer le bilan et simplement les amender dans l'attente d'une démarche sereine et sérieuse sur les PRS à venir, en 2012 peut-être. Mais la notion même de bilan partagé a aussi été galvaudée. Il est vrai que l'expression peut

s'entendre de deux façons : le bilan partagé par tous en conférence plénière, ou à chacun son morceau de bilan et la direction générale fera son grand œuvre de collage. C'est à cette seconde version que l'on assiste : les commissions spécialisées sont au mieux saisies dans leurs domaines concernés (prévention, offre de soins, médico-social). Plus tard, on (la direction générale de l'ARS sans doute) verra à mettre cela en perspective.

Et puis, en fait de bilan partagé, c'est surtout de bilan « à partager » dont il s'agit. Les travaux préparatoires ont été organisés par les ARS, sans réelle démarche participative, de sorte que les CRSA sont saisies d'un document descendu des cintres sur la scène délibérative où les réputés acteurs sont trop souvent des spectateurs.

Selon les cas, car en effet chaque ARS fait sa « popote », s'ouvrent alors des échanges diversement appréciables. Dans certains secteurs, comme l'offre de soins, on s'arrange entre soi. À l'heure où les conflits d'intérêts défraient la chronique, il est pour le moins curieux que les délibérations des commissions spécialisées de l'offre de soins, subtilement composées de représentants des établissements nommés par les directeurs généraux eux-mêmes, soient acquises sans que les membres fassent de déclarations d'intérêt ni se départent quand on discute de leurs dossiers. Par ailleurs, les usagers ont le sentiment que la pièce inscrite au répertoire doit inévitablement se conclure par un PRS correspondant, tels Dolly et son clone, au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens passé entre le directeur général de l'ARS et l'État. « Beaucoup de bruit pour rien », aurait pu commenter Shakespeare.

Quant à la maîtrise de l'ordre du jour des CRSA, elle appelle aussi quelques commentaires. Amusés pour une part : certains directeurs d'ARS ne se donnent même pas la peine de faire signer les convocations de l'instance par le ou la président(e) ou alors sur un papier à en-tête de l'ARS. En laissant ces prérogatives aux élus de la CRSA, on sauverait au moins un peu de ces apparences qui sont le début de la consistance. Désespérés pour une autre part, car au lieu de procéder par amendement à l'ancien plan régional de santé, il a été décidé, comme on l'a dit, de faire table rase et de tout recommencer dans un délai tellement contraint que la maîtrise de l'ordre du jour de la CRSA appartient de fait à l'ARS. Même dans le parlementarisme rationalisé hérité de 1958, on n'est pas parvenu à ce niveau d'abaissement démocratique. Il faudra peut-être attendre la fin de l'année 2011 pour que les CRSA retrouvent l'«autonomie» qui réside dans la quatrième lettre de leur acronyme. Y parviendront-elles? Rien n'est moins sûr, car il faut le redire et y insister : elles font deux métiers bien distincts, tel Janus aux deux visages : orienter et autoriser. Méfions-nous que le second métier ne détruise le premier!

Des conseils de surveillance «empêchés»

Venons-en aux conseils de surveillance des agences régionales de santé. Que l'on en ait confié la présidence au préfet de la région n'est pas pour surprendre. En revanche, si l'on peut penser que la surveillance consiste par moments à disposer d'un pouvoir de sanction et à l'exercer, la répartition des voix dans le conseil de surveillance laisse sur ce point totalement rêveur. Les pouvoirs publics détiennent la majorité des voix, de sorte que le budget de l'agence ne peut qu'être approuvé et qu'aucune infortune ne peut viser le directeur général de l'ARS. La démocratie selon Montesquieu perd ainsi l'un de ses trois pieds. Ce sera donc moins stable.

Des directions générales bien tenues

Deux remarques s'imposent, constats en main. D'abord, peu de directions générales ont véritablement joué le jeu de la participation avec les acteurs en région pour l'élaboration des PRS. Car il devait y avoir, avant la phase de concertation avec la CRSA, une phase de consultation avec les parties prenantes. Nul doute qu'elle a eu lieu avec bon nombre de ces parties prenantes, mais beaucoup trop rarement avec les associations qui devront donc en général attendre la transmission d'un bilan partagé par tous, sauf elles. Certaines

associations d'usagers n'ont d'ailleurs eu pour seule solution que d'élaborer un contre-projet faisant apparaître leurs priorités. La démocratie formelle n'interdisait absolument pas la démocratie participative. Encore fallait-il y inclure ceux qui portent l'expérience du quotidien des usagers.

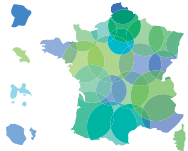
Enfin, les observateurs les mieux éclairés ont fini par comprendre que le chef d'orchestre des ARS n'était pas bien loin, à l'avant-scène, dans la fosse d'orchestre, tout occupé à diriger la musique. C'est le Conseil national de pilotage des ARS. Lieu d'où partent les ordres vers les directeurs généraux d'ARS, à charge pour eux d'emballer tout cela dans une démocratie sanitaire plus ou moins concertante. Dans un pays bonapartiste, on n'est donc pas près de rompre avec des logiques vectorielles, et ceux qui avaient pensé que la régionalisation à la française pouvait contenir potentiellement les évolutions d'une régionalisation à l'espagnole, pour prendre cet exemple, en seront pour leurs frais.

Tout est-il perdu ?

Bien évidemment non. Espérons que la vitesse et la précipitation, deux maux si bien décrits¹ comme fauteurs de troubles² dans notre société, céderont la place à un exercice plus tempéré. Et qu'une fois passés les écueils d'une mise en place à marche forcée, les CRSA fendront l'armure. 🗡

1. «Je crois que le rythme de l'histoire du monde est en train de changer et que ce rythme n'est pas géré politiquement», Paul Virilio, Entretien avec Olivier Morel *La République des lettres*, 1^{er} mars 1995.

2. Gilles Finchelstein. *La dictature de l'urgence*. Fayard, 2011.



L'impact de la loi HPST sur le secteur social et médico-social

Un des objectifs de la création des ARS est le décloisonnement entre secteur sanitaire et secteur médico-social et social. Le point sur les avancées de cette réforme.

Marcel Jaeger

Professeur titulaire de la chaire de Travail social et d'Intervention sociale du Cnam (Conservatoire national des arts et métiers), ancien membre de la Mission nationale d'appui en santé mentale

Le sigle de la loi HPST ne fait référence ni à l'action sociale et médico-sociale en général, ni au secteur médico-social en particulier, ni, à plus forte raison, au travail social. Seul le mot territoire se rapproche de la question sociale, puisque ce thème est devenu une thématique centrale dans le contexte de la décentralisation de l'action sociale¹. Mais l'entrée par le mot hôpital, puis la référence au mot « patients » auquel les textes officiels et les professionnels du secteur médico-social préfèrent ceux de bénéficiaires ou d'usagers, finiraient par faire oublier que la loi comporte plusieurs dispositions touchant le Code de l'action sociale et des familles. Enfin et surtout, elle déplace les lignes de partage qui nous étaient familières, entre les dispositifs sociaux et médico-sociaux d'une part, sanitaires d'autre part² : elle marque une rupture avec la division ancienne entre deux blocs : « le sanitaire » régi, depuis 1970, par les lois hospitalières, « le social et le médico-social » ancré dans l'héritage des deux lois de 1975³.

1. Cf. Jacques Ion. *Le travail social à l'épreuve du territoire*. Toulouse : Privat, 1990.

2. Marcel Jaeger, *L'articulation du sanitaire et du social, travail social et psychiatrie*, Paris, Dunod, 2^e éd., 2006; Conseil Supérieur du Travail Social, *Décloisonnement et articulation du sanitaire et du social*. Rennes : Éditions de l'ENSP, 2006.

3. Lois n° 75-534 d'orientation en faveur des personnes handicapées et n° 75-535 relative aux institutions sociales et médico-sociales du 30 juin 1975, auxquelles se sont substituées, respectivement, les lois n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées et n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

Désormais, le secteur médico-social se trouve aspiré dans une nouvelle dynamique : il s'intègre dans le périmètre de la santé tel que la loi HPST le définit. Cela dit, la loi pose de multiples problèmes de compatibilité entre des dispositifs qui s'étaient jusque-là structurés à partir d'histoires, de modalités organisationnelles, de cultures professionnelles et d'identités différentes.

Des déplacements de frontières

La loi HPST efface pour partie le clivage institué entre le Code de la santé publique (CSP) et le Code de l'action sociale et des familles (CASF). Les deux codes continuent d'exister avec leur cohérence propre, mais l'article 118 de la loi HPST institue une intricatio n qui oblige de penser l'organisation en fonction de missions conjointes plutôt qu'en termes d'architecture de dispositifs segmentés. Ainsi, l'article 118 modifie le CSP en indiquant que les ARS réalisent à la fois les « objectifs de la politique de santé » définie à l'article L. 1411-1 du CSP et les « principes de l'action sociale et médico-sociale » énoncés aux articles L. 116-1 et L. 116-2 du CASF.

Déjà l'article 1 de la loi HPST mentionne, parmi les missions de service public exercées « en tout ou partie » par les établissements de santé, « la lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui œuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion et la discrimination ».

Ainsi, une loi de santé modifie la législation sociale, ce qui, en soi, n'est pas nouveau, puisque la loi hospitalière du 31 juillet 1991

et celle 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé avaient fait de même en redéfinissant les instances de planification non seulement sanitaires, mais aussi sociales (institution du Comité national d'organisation sanitaire et sociale, des comités nationaux d'organisation sanitaire et sociale, puis des comités régionaux d'organisation sociale et médico-sociale).

La nouveauté est que la loi HPST impacte à double titre le secteur social et médico-social : elle porte, d'une part, sur l'ensemble du périmètre du Code de l'action sociale et médico-sociale, d'autre part sur le champ plus étroit des institutions médico-sociales qu'elle place spécifiquement sous la compétence des ARS.

Ce point est très important à souligner du point de vue des effets produits par la loi HPST sur les professionnels de l'ensemble du secteur social et médico-social. Car ils ont à gérer deux changements : d'abord une modification profonde dans le paysage institutionnel général, à quoi peuvent répondre des actions pédagogiques pour faciliter l'appropriation des nouvelles règles, par exemple en matière d'autorisation ; mais, pour ceux qui exercent dans le secteur médico-social, il s'agit cette fois d'une véritable mutation culturelle : ils entrent dans le monde des ARS avec une certaine appréhension, fondée ou non, face à ce que donnent à voir le poids du pouvoir des médecins, les modalités différentes dans l'exercice des droits des personnes (ici les « patients »), les évolutions budgétaires reposant sur une analyse différente des rapports entre l'offre et la demande...

On distinguera donc ces deux dimensions :

Des modifications touchant l'ensemble du secteur social et médico-social

- Redéfinition des missions et du fonctionnement de la section sociale du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale (nouvel art. L. 312-3 du CASF) ;

- Organisation différenciée de l'analyse des besoins avec, notamment, un schéma médico-social inscrit dans le projet régional de santé, mais aussi d'autres qui, pour mieux s'ajuster aux demandes, impliquent de définir des cibles distinctes. Cela conduit ainsi à se préoccuper de la cohérence d'un ensemble comportant, à côté du schéma médico-social, des schémas des conseils généraux et qui ne sont pour autant pas sans lien avec d'autres questions en rapport direct avec le Code de l'action sociale et des familles : schéma de l'enfance, schémas relatifs aux personnes

handicapées ou en perte d'autonomie relevant de la compétence du conseil général, d'autres schémas pour l'addictologie, les centres d'accueil des demandeurs d'asile, les structures assurant la protection des majeurs vulnérables de la compétence du préfet de région, mais aussi de plans et d'orientations nationales (autisme, Alzheimer, handicaps rares)...

- Nouveau régime d'autorisation dans le cadre d'appels à projet et remplacement des comités régionaux d'organisation sociale et médico-sociale par des commissions de sélection d'appel à projet (nouvel art. L. 313-1-1 du CASF) ;

- Mise en place de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (nouvel art. L. 313-12 du CASF) ;

- Rythme des évaluations internes et externes de l'activité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (nouvel art. L. 312-8 du CASF) en référence au cadre posé par l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (Anesm) ;

- Modalités de création des « réseaux sociaux ou médico-sociaux », de gouvernance et de fonctionnement des groupements de coopération sociaux et médico-sociaux, avec possibilité d'introduction d'instances de consultation du personnel (nouvel art. L. 312-7 du CASF) ;

- Contrôle et administration provisoire des établissements et services sociaux et médico-sociaux (nouvel art. L. 313-14-1 du CASF) ;

- Définition d'un statut d'établissement et service social et médico-social privé d'intérêt collectif (nouvel art. L. 311-1 du CASF).

Des dispositions sectorielles ne concernant que le secteur médico-social

Outre l'intégration des institutions médico-sociales dans le périmètre des ARS et de l'ANAP, l'article 124 de la loi HPST dresse une liste de modifications très spécifiques, d'importance inégale :

- Autorisation du financement par la CNSA de la formation des aidants familiaux et des accueillants familiaux (nouvel art. L. 14-10-5 du CASF) ;

- Légalisation de la préparation et de la distribution des médicaments par des personnels ni médicaux, ni paramédicaux : « l'aide à la prise de médicaments peut être assurée par toute personne chargée de l'aide aux actes de la vie courante dès lors que, compte tenu de la nature du médicament, le mode de prise ne présente ni difficulté d'adminis-

tration, ni apprentissage particulier » (nouvel art. L. 313-26 du CASF) ;

- Introduction d'un service minimum dans les institutions médico-sociales (nouvel art. L. 313-23-3 du CASF) ;

- Adaptation des modalités et évaluation de l'accueil temporaire des personnes âgées (nouvel art. L. 314-8 du CASF) ;

- Reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles dans l'espace européen (nouvel art. L. 411-1 du CASF).

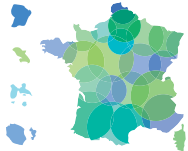
Au-delà de ces dispositions qui renvoient, chacune, à des modifications de pratiques dont le législateur prend acte plus qu'il ne les programme, la fin du clivage entre « le sanitaire » et « le médico-social » s'accompagne d'un nouveau clivage entre « le social » et « le médico-social ». S'il existe des règles nouvelles pour le secteur médico-social, il faut repenser les liens entre soin et accompagnement social, mais aller un peu plus loin, tout particulièrement quand il est question de handicap. Car, qu'entend-on désormais par santé et par handicap ?

Une conception extensive de la santé ?

Il a été dit, à juste titre, que la loi du 11 février 2005 « pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées » reposait sur un changement de paradigme. Elle a mis fin à une approche purement médicale du handicap en mettant en avant une conception systémique, environnementaliste, prônée par la « Classification du fonctionnement humain, du handicap et de la santé » instituée par l'Organisation mondiale de la santé en 2001. Si le législateur n'a pas retenu l'expression « situation de handicap », il a conservé la priorité du projet de vie, à travers la référence à une accessibilité comprise comme l'accès de tous à tout, sur le projet de soin qui, lui, se décline plutôt sur le versant de la compensation.

C'est d'ailleurs face aux dérives constatées de la médicalisation des prises en charge qu'a été réaffirmée par les usagers et les associations de parents la priorité du projet de vie sur le projet technique. S'est ainsi manifestée aussi une volonté de reconnaissance des compétences que la perte d'autonomie ne doit pas faire perdre de vue, au sens où l'on parle aujourd'hui de « personnes à compétences spécifiques » plutôt que de personnes déficientes.

La loi HPST marque une inflexion. Elle semble s'appuyer sur une définition extensive de la santé. Si tel est le cas, l'action sociale et médico-sociale serait une des modalités de la (re)conquête de la santé telle que l'OMS



l'a définie, à savoir la recherche d'un état de bien-être physique, moral, matériel, etc. La charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, adoptée par l'Organisation mondiale de la santé le 21 novembre 1986, indiquait déjà clairement que « *la promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire* ». En effet, si l'objectif pour tous est de parvenir à un état de bien-être physique, mental et social, la santé suppose de « *pouvoir notamment se loger, accéder à l'éducation, se nourrir convenablement, disposer d'un certain revenu, bénéficier d'un écosystème stable, compter sur un apport durable de ressources, avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable* ».

En même temps, cette approche extensive de la notion de santé, en allant jusqu'à la notion encore plus englobante du *care* ne permet pas de comprendre le décrochage opéré entre l'action sociale d'une part, l'action médico-sociale d'autre part. La continuité devrait être la règle et les ARS seraient amenés à connaître un nouvel élargissement de leur périmètre, comme cela a été le cas avec les anciennes ARH : à quand donc les agences régionales de la santé et de l'action sociale et médico-sociale ?

À l'inverse, on pourrait défendre une approche extensive de la notion d'action sociale en mettant en avant le travail qu'une société opère sur elle-même, dans son rapport à la différence. Ainsi, les actions de santé ne seraient qu'un des aspects de ce « travail social », dans l'idée d'une construction citoyenne, la « démocratie sanitaire » mentionnée dans la loi du 4 mars 2002 n'étant alors qu'une étape dans le mouvement de la démocratie, sociale par essence.

Mais il est possible d'aborder la question d'une manière plus pragmatique, en privilégiant l'argument de la continuité des actions : dans bien des cas, le handicap résulte d'un problème de santé, pose le problème de l'accès aux soins, conduit à un enkystement dans une chronicité qui signe l'échec de la société à enchaîner soins et insertion⁴. Cela suppose d'analyser l'option du législateur comme un choix par défaut : resserrer les dispositifs entre eux de façon à renforcer la continuité et la fluidité des interventions sanitaires et médico-sociales. L'avenir dira quand il faudra faire de même entre les actions de santé et un accompagnement social dans un contexte de précarité et de misère sociale. En effet,

lorsque l'on se place du point de vue de la complexité des problématiques individuelles, les intrications s'imposent entre les besoins des « patients » et les attentes des personnes en termes d'accompagnement social, d'aide à l'autonomie financière et à l'insertion sociale et professionnelle.

Un autre problème se pose : l'article 1 de la loi HPST met en avant la coordination des soins en relation avec les établissements et services médico-sociaux, en s'assurant, en amont, d'un « *égal accès à des soins de qualité* ». Elle prévoit, dans son article 51, que « *les professionnels de santé peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leurs modes d'intervention auprès du patient* ». On se demandera néanmoins pourquoi cet article n'est pas allé au-delà du champ des seuls professionnels de santé. Certes, il apparaît déjà compliqué de mettre en place cette disposition dès lors que la loi prévoit des « *protocoles de coopération* »⁵ soumis à l'approbation des ARS. Nous n'en penserons pas moins qu'une loi qui se réfère à une approche territorialisée et mentionne l'importance de la coopération entre les professionnels aurait pu aller plus loin.

Cela aurait sans doute permis d'intervenir sur une difficulté majeure : les inquiétudes des professionnels du secteur social et médico-social liées à des télescopages de culture, alimentés par des logiques de formalisation et de rationalisation auxquelles les dirigeants et les personnels du secteur associatif sont peut-être moins habitués. 🐞

4. Denis Chastenet, Antoine Flahault (dir.) *Handicaps et innovation : le défi de compétence*. Rennes : Presses de l'EHESP, 2010, p. 59.

5. Arrêté du 31 décembre 2009 relatif à la procédure applicable aux protocoles de coopération entre les professionnels de santé.

Nouvelle gouvernance et ARS : rôle et place des collectivités locales et de leurs élus

**Quelles sont
les conditions
pour une collaboration
efficace, au service
de la santé de tous,
des collectivités
locales et de leurs élus
avec les agences
régionales de santé ?**

Laurent El Ghozi
Président de l'association Élus, santé
publique et territoires (ESPT)

La loi HPST affiche deux objectifs ambitieux : réduire les inégalités de santé et développer la démocratie sanitaire. L'un et l'autre ne peuvent réussir que si les élus locaux sont fortement et durablement impliqués dans la mise en œuvre de politiques locales de santé clairement inscrites dans la politique municipale.

Leur action doit en effet reposer sur une définition large et sociale de la santé, intégrant notamment les déterminants socio-économiques de la santé, et sur la participation de la population.

La santé est ainsi entendue comme résultante finale de multiples politiques, actions, programmes enchevêtrés et relevant de nombreux acteurs et institutions, de même que les dépenses « de santé » se comprennent comme un investissement décisif pour le bien-être des populations (la commission Stiglitz a considéré la santé comme deuxième dimension sur huit pour apprécier le bien-être), tout autant que pour la compétitivité des territoires. Il est donc doublement légitime que les collectivités locales y contribuent.

Les clés d'une collaboration au bénéfice de la santé

Comment faire alors pour qu'une collaboration claire réponde aux attentes réciproques des élus et de l'ARS, au bénéfice de la santé de tous ?

La nouvelle organisation mise en place par la loi HPST est compliquée du fait que l'ARS, malgré l'étendue de ses pouvoirs, n'est pas le seul interlocuteur ni décideur : la direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS) en charge de la

santé des jeunes, des publics vulnérables, de la lutte contre les addictions, de la prévention, de la politique de la ville (dont les ateliers santé-ville), de l'action sociale en général et pour partie des alertes et urgences sanitaires, la direction régionale et interdépartementale de l'hébergement et du logement (DRIHL), mais aussi l'Éducation nationale, les conseils généraux, pour ne citer que les principaux.

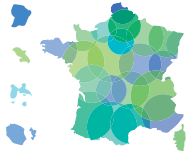
C'est affirmer l'importance de deux facteurs :

- un pilotage partagé et fort de l'ARS comme des collectivités locales ;
- une très grande transversalité : intégration horizontale entre tous les secteurs et verticale de l'État, l'ARS, les instances départementales, les collectivités locales, les acteurs locaux.

Si la coopération avec les élus est incontournable, ils ne peuvent être seulement consultés et exécutants de politiques décidées ailleurs, mais doivent être associés dès la définition des programmes pour la mise en œuvre des actions, dans une approche territoriale et dans le cadre des priorités régionales et de la politique nationale.

Le maire peut en effet être tout à la fois :

- source d'information sur les réalités locales : il a une connaissance approfondie de sa commune et de ses habitants par de multiples canaux. Surtout, de nombreux diagnostics ont été réalisés, en particulier dans le cadre des ateliers santé-ville, mais aussi des diagnostics sociaux ou de l'offre libérale. Ces données doivent être prises en considération ;
- acteur de multiples politiques contribuant à la santé et animateur local assurant la mise en cohérence et l'adaptation aux réalités locales de toutes les politiques nationales ;



- mais parfois, à l'inverse, responsable de politiques qui fabriquent de l'exclusion... ;
- responsable du cadre de vie et de bon nombre de déterminants de la santé ;
- représentant des usagers/citoyens et garant du respect de leurs droits, pour toute la population — des nouveau-nés aux personnes âgées, dépendantes, handicapées ;
- mobilisateur de ses citoyens, susceptible de favoriser leur compréhension des politiques de santé, leur adhésion éclairée aux décisions prises, sous réserve qu'elles soient transparentes et expliquées, voire leur participation active aux actions, dès leur conception ;
- parfois acteur direct en santé lorsque la ville dispose de quelques « outils » : centres municipaux de santé, quand ils existent, ancrage d'une offre de soins maintenue et organisée, mission locale pour l'insertion des jeunes, espaces santé jeunes, conseil local en santé mentale, implication dans les maisons des ados, travail avec la PMI dans les crèches et les maternelles, action périscolaire jusqu'au volet « santé » du dispositif Réussite éducative, et bien sûr les ateliers santé-ville (ASV), dont la mission élargie pourrait être de donner sens et cohérence à tout cela et de préfigurer ainsi les contrats locaux de santé (CLS).

Pour autant, les élus locaux n'ont, pour la plupart, ni compétences, ni culture en santé publique, ni moyens spécifiques, ni services dédiés et, même si beaucoup de leurs actions ont un impact, positif ou non, sur la santé, ils l'ignorent bien souvent.

Les actions/projets locaux de santé — très inégaux et peu valorisés au niveau régional — ont, le plus souvent, été initiés par des acteurs locaux qui ont su articuler différentes thématiques à partir d'un problème identifié localement.

Les intercommunalités sont indispensables — y compris en Ile-de-France avec ses 1 281 communes à l'histoire, la taille, les politiques, les moyens totalement disparates — et bientôt rendues obligatoires par la loi. S'il faut une population suffisamment importante pour dégager des objectifs communs et les moyens nécessaires à une politique locale de santé, comment harmoniser des politiques municipales différentes, d'autant que la santé n'est pas une compétence des communes et encore moins des intercommunalités (sauf la politique de la ville, dont les ASV)? *Quid* alors des territoires ruraux ou hors zones sensibles?

C'est rappeler deux préalables :

- Déterminer ensemble des « territoires de projet en santé », sur la base des besoins identifiés de la population et des ressources loca-

lement disponibles. On peut alors regrouper les communes autour d'objectifs partagés et d'actions convergentes inscrits dans le projet régional de santé (PRS) et leur donner envie — et moyens — d'agir ensemble. À noter le manque de pertinence pour les élus locaux des « territoires de santé », le plus souvent confondus avec les départements par facilité et manque de conviction sur leur réelle finalité, ce qui réduit l'intérêt des conférences de territoire.

- Accompagner leurs réflexions et propositions d'actions avec la nécessité d'établir des instances de concertation rapprochées : échanges des connaissances, discussion sur les enjeux pour chaque partie... autorisant alors des relations de confiance avec l'agence, écartant tout soupçon de subordination ou d'instrumentalisation et permettant une réelle collaboration au bénéfice de leurs habitants.

L'objectif principal est de partager une vision globale, cohérente et territorialisée de la santé avec tous les partenaires — dont les habitants —, en dépassant la question, souvent incontournable, de l'offre de soins.

Les enjeux de la nouvelle gouvernance en santé

Les enjeux de cette nouvelle gouvernance locale partagée de la santé sont considérables.

Démocratie sanitaire

Elle bénéficie d'un affichage fort et recherche la participation de tous, mais seulement pour « avis » et non pour « décision » : démocratie en trompe l'œil ou gage d'efficacité avec un seul décideur, le directeur général de l'ARS? Comment concilier les deux?

L'association de la population aux réflexions et aux décisions en santé est obligatoire, facteur de meilleure compréhension et appropriation des messages de promotion de la santé, d'intégration sociale, de mobilisation du « milieu social local », mais aussi facteur de légitimation des dépenses engagées et de valorisation de la politique menée par les élus. Elle contribue à redonner à chacun l'envie et le pouvoir d'agir sur sa vie, fait reculer les « fatalités » sociales, favorise la cohésion sociale.

Mais la participation des « habitants/usagers/citoyens » aux décisions qui les concernent n'a de réalité que dans la plus grande proximité, au niveau du quartier et demande l'engagement voire la présence du maire.

La place, modeste, des élus locaux est garantie dans toutes les instances de l'ARS : conférence de la santé et de l'autonomie

(3 sur 99 membres) et ses trois commissions spécialisées (1 par commission), les deux commissions de coordination (1 élu), les conférences de territoires (2 élus). C'est positif même si ce n'est qu'à titre consultatif. Notons qu'il a été très ardu, partout en France, de trouver assez de volontaires, du fait de l'ignorance où ils sont des enjeux, de leur rôle possible, mais aussi de la charge de travail (importante et bénévole!) et des moyens alloués pour le faire. Trop souvent encore, les élus ne souhaitent y participer que pour faire valoir l'intérêt de leur ville ou de leur hôpital, non pour co-construire une politique régionale de santé pour tous.

D'où la nécessité pour l'ARS d'apporter de l'information, de l'animation, des temps et espaces d'échanges (site, forum, journées...) et un accompagnement au long cours.

Une des missions que s'est données l'association ESPT est d'y contribuer dans la mesure de ses moyens.

Égalité sur le territoire

La très grande diversité de l'offre, des services, des déterminants, des caractéristiques démographiques, voire de la culture est de mieux en mieux documentée, ainsi que son impact sur les inégalités d'état de santé des populations, aggravées par les inégalités socio-économiques concentrées sur certains territoires. Cela doit être pris en compte dans les programmes et plans régionaux pour les adapter aux disparités locales *via*, en particulier, les contrats locaux de santé (CLS).

Cela signifie afficher clairement une allocation différenciée de moyens selon les territoires, contractualisée sur des critères transparents et acceptés par tous, et ainsi concilier l'émergence de dynamiques territoriales volontaires avec la nouvelle organisation régionale. Cela permettra alors d'espérer le plus haut niveau de coopération des élus dans l'élaboration de la politique régionale et contribuera à donner sens à leur participation aux instances de l'ARS.

La concrétisation de ce travail est le contrat local de santé, spécifique à chaque territoire défini consensuellement, appuyé sur la mobilisation des acteurs, à partir d'un diagnostic local partagé. Il privilégie la promotion de la santé, l'accès à la prévention avec une attention particulière aux groupes les plus fragiles. Il concerne l'offre de soins, ambulatoire et hospitalière, avec l'objectif de développer un service public de santé, garantissant l'égal accès de tous à tous les services et l'équité des financements, que les opérateurs soient

publics ou privés. Enfin, il cherche à mieux articuler l'offre médico-sociale.

Il appartient à l'ARS de proposer aux élus et à leurs services une méthodologie claire pour l'élaboration concertée des CLS et aux délégations territoriales de la mettre en œuvre au plus près des besoins des habitants.

Les conditions d'une bonne participation des élus

De nombreuses questions restent à travailler et des réponses qui seront apportées dépendra la participation des élus locaux.

Le partage de la connaissance

Il ne peut y avoir de contrat équilibré que si l'accès aux données est assuré également pour tous. Le choix des priorités, la construction des actions, leur évaluation, le suivi du contrat et le pilotage de la politique exigent une connaissance locale fine, à l'échelle de l'action. La mise à disposition des élus d'informations pertinentes pour chaque projet, analysées et mises sous une forme pédagogique et communicable, doit être un engagement de la part des détenteurs et producteurs de données — assurance maladie, ORS, hôpitaux, conseils généraux, Éducation nationale, CAF... — garanti contractuellement par l'ARS. Elle doit permettre l'observation partagée, la comparaison dans le temps et dans l'espace, l'échange avec les autres services de l'État et les autres collectivités, le croisement avec les diagnostics locaux.

C'est sur cette base que seront mises en évidence les inégalités territoriales de santé et pourront être proposés les moyens d'y remédier.

À partir de là devra être construite une cartographie exhaustive et transparente des acteurs et des actions, de leur public cible, des financements rapportés aux territoires, des partenaires mobilisés et, si possible, de l'impact.

Cependant l'excès de données « brutes » provoque méfiance ou scepticisme et rend opaque le débat, en particulier sur des questions aussi complexes et sensibles que la santé. Les « moyennes » régionales lissent les inégalités et empêchent toute politique socialement et territorialement différenciée.

La création de centres ressources régionaux apporterait à tous les acteurs, dont les élus, formation, capitalisation, expériences, ingénierie de projet, et faciliterait le recueil des données pertinentes. Elle garantirait la transparence et la compréhension des décisions par des présentations didactiques susceptibles de parler aux habitants et de mobiliser leurs élus.

La recherche universitaire — épidémiologie, sociologie, économie, géographie de la santé, etc. — doit être beaucoup plus mobilisée, tant pour la production et l'analyse de données que pour l'évaluation des politiques, au niveau local et régional.

L'évaluation

L'évaluation conjointe de ces politiques sera quantitative (nombre de professionnels, de personnes touchées, périmètre de l'action, volume des dépenses...), mais surtout qualitative : impact sur la qualité de vie, le bien-être global, le développement durable, la mobilisation effective des habitants, ce que la population ressent et que ses élus peuvent appréhender.

Il est essentiel qu'elle soit déterminée d'un commun accord et que ses termes fassent partie du contrat : ce que l'on choisit de mesurer a un impact sur les décisions.

L'évaluation de « l'impact en santé » est un nouvel instrument à développer pour aider à la décision, alimenter le débat public et contribuer à la démocratie sanitaire.

La transversalité

La transversalité est une clé essentielle pour le succès de toute politique de santé. Difficile au niveau régional même si le préfet est le président du conseil de surveillance de l'ARS, elle est impérative au niveau local : entre les services et politiques thématiques de la commune, entre les différents professionnels, mais aussi avec les autres acteurs, institutions, administrations, collectivités...

L'introduction de la notion de « santé dans toutes les politiques » permet de légitimer l'engagement de la collectivité dans ce champ nouveau et d'élaborer une politique globale de santé, intégrée dans le projet politique général de la collectivité, en lieu et place d'actions disparates et ponctuelles. C'est ainsi, par exemple, que les politiques de développement durable et les Agendas 21 sont d'excellents facteurs de mobilisation des collectivités territoriales sur les questions de santé. Mais il y a, là encore, besoin de formation pour une large utilisation.

Les financements

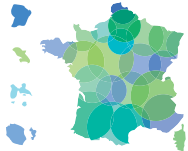
Il convient d'abord de stabiliser l'existant en contribuant à l'évaluation et à la mise en cohérence d'actions parfois isolées. Les politiques de santé exigent durée et persévérance, personnel stable, formé et reconnu par les multiples partenaires. Dans le cadre du CLS, les conventions pluriannuelles doivent

être la règle. La procédure d'appel à projets doit être limitée à l'identification d'actions nouvelles et innovantes.

Un poste pérenne de coordination est une condition *sine qua non*. La participation, souvent importante, de la collectivité doit être évaluée et reconnue, et soutenue par des moyens non financiers — expertise, ingénierie, accompagnement, formation... — et financiers qui relèvent de nombreuses sources — FIQCS, ex-PRSP, fonds de prévention de l'Assurance maladie, politique de la ville, etc. — qu'il conviendrait de fusionner. Au-delà, une « labellisation » par l'ARS des autres financements (fondations, entreprises, laboratoires, etc.) serait facteur de transparence et de qualité.

De la manière dont les élus locaux seront considérés et associés à cette grande réforme de la gouvernance de la santé dépendront son succès et l'adhésion de la population à ses enjeux. Il y faut du partage, du temps (et les calendriers imposés ne le permettent guère), une volonté politique sans faille, une pédagogie renouvelée pour faire comprendre où est l'intérêt bien compris de la population, et donc des élus. 🗨️

Actes des Journées nationales d'étude d'ESPT, disponibles sur le site <http://www.espt.asso.fr>, en particulier : Observation locale en santé, Marseille, 10/2009 ; Santé des jeunes, Reims, 09/2008.



Soins de santé primaire et ARS : les craintes des médecins généralistes

**Comment les médecins
généralistes
perçoivent-ils la création
des ARS? Quelles sont
leurs attentes
et leurs craintes?
Point de vue du président
de MG-France.**

L'importance de la réponse de soins de santé primaire (terminologie de l'OMS), dite réponse de premier recours (loi HPST), ou de proximité dans la terminologie politique récente, émerge peu à peu, avec lenteur, dans une relative inefficacité du fait des résistances multiples. Mais enfin quelques responsables commencent à comprendre que c'est le point de faiblesse principal de notre système de santé.

Peut-être s'agit-il même d'un point de faiblesse qui sera à terme mortel pour un système de santé en faillite financière qui est en train de commettre une ultime erreur : ne pas mettre le « paquet » sur la réorganisation d'une réponse de proximité susceptible d'assumer les soins primaires, et ainsi permettre une bonne utilisation du reste du système, au premier rang duquel l'hôpital qui coule et croule dans des missions qui ne sont pas les siennes, et dans un véritable détournement d'usage que lui impose la désorganisation globale du système de santé français.

La réorientation des soins vers la médecine générale nécessite... des médecins généralistes. Mais à force d'entendre dire que les soins primaires pourraient se passer des médecins généralistes, ceux-ci se posent des questions, et parfois quittent la profession, épuisés ou découragés. Pendant ce temps, nos jeunes confrères et sœurs regardent et attendent de savoir comment et où ils pourraient exercer sereinement ce métier difficile, exigeant mais passionnant!

L'ARS outil? Oui mais...

L'ARS réunit dans ses mains des compétences qui devraient, théoriquement, aider

à construire des réponses adaptées aux besoins de santé de la population. Mais elle manque des outils nécessaires pour adapter et construire cette réponse auprès de la population et des acteurs de terrain, là où sera réellement jugée son action.

– Elle ne dispose pas des données de santé ambulatoire, mais des données de liquidation de l'assurance maladie, dont les limites pour gérer notre système de santé sont peu connues par les responsables.

– Elle a peu de données sur l'offre de santé de proximité : le zonage de proximité fait par les missions régionales de santé pour définir les zones « désertiques » a montré ses limites, car construit sans tenir compte ni du temps de travail ni de l'âge des médecins généralistes.

Comment, dans ces conditions de mauvaise visibilité, améliorer la réponse aux besoins de santé de proximité? Une solution pourrait être de donner aux acteurs locaux un rôle de régulateurs dans l'adaptation besoin-réponse.

Un exemple : pour le maintien à domicile des personnes âgées, nous avons besoin d'organiser le volet soin en liaison avec le volet social (logement, accès à différents services comme les repas...). Pour cela, il nous faut anticiper sur la perte d'autonomie, donc faire un bilan de ce risque, organiser et coordonner la réponse aux besoins de santé et d'accompagnement lorsque cette perte d'autonomie survient. Or, aujourd'hui, les acteurs de proximité ne sont pas les organisateurs de cette préparation logistique, ils n'en sont pas les gestionnaires, et ne connaissent finalement pas les ressources quand elles existent. Ces ressources sont en plus rarement adaptées aux différents niveaux d'urgence avec des délais

Claude Leicher

Président du syndicat MG-France

de réactions qui peuvent aller de la prise en charge immédiate d'une décompensation à l'organisation programmée d'une entrée en structure collective.

Il faut donc organiser une continuité de service auprès de la population en donnant aux acteurs de terrain une unité d'action médico-sociale. C'est au niveau de la mise en œuvre de terrain que le décloisonnement doit se faire; la coordination des soins doit se concrétiser par une véritable coordination médico-sociale de proximité. Les ARS ont-elles conscience de cet aspect et ont-elles les moyens de le mettre en œuvre?

Proposition : les ARS devraient déléguer aux acteurs de proximité un rôle mixte, organisateur et gestionnaire de l'ensemble de la réponse médico-sociale, en désignant en leur sein un coordonnateur «logisticien», lui-même acteur de terrain.

L'ARS : un risque ?

L'ARS a-t-elle la vocation et aura-t-elle la capacité de permettre les adaptations et les souplesses dont le monde libéral de proximité a l'habitude et le besoin? Créer des outils comme les maisons médicales de garde, les maisons de santé pluridisciplinaires n'a été possible que grâce à une certaine autonomie et une capacité d'initiative. Les gestionnaires des ARS ont-ils la capacité structurelle de favoriser et d'aider les initiatives? Leurs premières décisions nous concernant (application du décret Ehpad, inadapté sur bien des points...) montrent qu'ils ont d'abord (et avant tout?) un rôle d'application de la réglementation décidée au niveau national et un rôle de mise en œuvre de mesures budgétaires. Leur «marge de manœuvre» théorique est en fait très encadrée.

Deux exemples :

- Le dossier de la permanence des soins : avec un budget fixé par le ministère de la Santé, chaque ARS doit organiser la permanence des soins sur tout le territoire. Or une organisation existe : qu'en sera-t-il de l'avis des acteurs de terrain qui ont souvent proposé eux-mêmes des modes d'organisation, maison médicale de garde, régulation libérale des appels, territoires d'intervention? Où sera le lieu de discussion?

- La construction de territoires de proximité : quelle dimension? Pas seulement leur taille, mais aussi leur type : pour nous, la patientèle «médecin traitant» est notre «territoire fonctionnel» de travail, et le territoire géographique qui a un sens est celui du secteur de permanence des soins. Et pour l'ARS, si aucun de ces deux territoires n'est retenu, comment allons-nous organiser notre activité?

Proposition : introduire une culture de la souplesse et de l'adaptation, et d'écoute des acteurs dans leur zone de proximité.

Les insuffisances de la réforme : les ARS ont-elles les moyens de leurs ambitions ?

Les ARS seront d'abord des structures d'exécution, dans la continuité des structures qu'elles ont absorbées. Elles devront, faute d'étouffer le secteur libéral, inventer une culture de la souplesse et de l'adaptation. Mais elles buteront rapidement sur la peur qu'ont eu les concepteurs : la peur de l'autonomie et de la responsabilité dans la gestion financière du risque maladie. Cantonnées dans la gestion de quelques fonds, leur capacité de créativité retentira immédiatement sur la créativité de terrain, qu'elles ne peuvent que contingenter voire étouffer.

Proposition : aller au bout de la réforme, en donnant capacité à gérer le risque pour la partie soins primaires.

Sur quels sujets l'ARS peut-elle aider à construire ? Le premier : l'équipe libérale de santé de proximité

Pour construire la réponse aux soins primaires, de premier recours, de proximité, il faudra valoriser le travail en équipe et considérer les acteurs de premier recours comme structurellement prioritaires dans l'organisation du système de santé. Les autres acteurs doivent structurer leur fonctionnement en intégrant cette priorité. *A contrario*, les acteurs de premier recours doivent participer à une interface d'organisation systématique assurant la continuité et la fluidité du parcours de santé. Les ARS ont là le moyen de la réussite ou de l'échec dans la construction d'un système de santé, construction cette fois «à l'endroit», c'est-à-dire en commençant par le socle.

Valoriser le travail de coopération, cela signifie organiser des complémentarités dans le respect des compétences, et en ayant conscience des volumes de population en jeu. Les infirmières prennent en charge 8 % de la population, la plus lourde en demande de soins, les personnes âgées dépendantes, population en augmentation. Nous allons manquer d'infirmières si le maintien à domicile reste un objectif. Les médecins généralistes prennent en charge 95 % de la population, ils ont besoin d'embaucher des secrétaires véritables «assistantes» de leurs cabinets, pour organiser mieux leur temps de travail et se décharger de tout le considérable travail administratif. Il faut arrêter de fantasmer sur «les nouveaux métiers» de la

santé : nous avons en fait besoin de compétences en logistique, mais assumées sous la responsabilité des acteurs qui les mettront ensuite en œuvre. Nos secrétaires sont aussi nos assistantes-logisticiennes : encore faut-il avoir des moyens pour les embaucher.

Une fois cette étape réalisée, nous devons développer avec l'aide des ARS une politique d'interfaces :

- interface traitant-correspondant, pour organiser en ville un parcours de soins débarassé des verrous actuels (délais de rendez-vous, tarifs pris en charges) ;

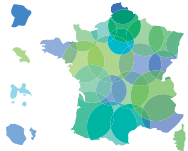
- interface ville-hôpital pour organiser l'entrée à l'hôpital (régulation, maisons médicales de garde à côté des urgences), la sortie de l'hôpital (organiser le retour, réalisation des prescriptions de sortie par le médecin traitant AVEC une lettre qui accompagne la sortie!) et peut-être un jour donner un avis pendant le séjour?

Un peu de prospective ?

Dans leur cadre réglementaire, les ARS pourront-elles entendre les propositions créatives des acteurs territoriaux? Des initiatives comme les maisons médicales de garde, les maisons pluridisciplinaires et pôles de santé libéraux, nous en avons d'autres dans nos projets professionnels de terrain. La liaison structurelle ARS-territoire leur permettra-t-elle d'être entendues?

Tout système opérationnel doit décliner son programme, mais en même temps laisser se développer des initiatives, les examiner, les valider. Notre espace territorial peut être habité par cet esprit d'initiative libre, mais se mettre à la tâche dans un environnement réglementaire non opérationnel au regard de nos critères de souplesse d'initiative et n'est pas motivant et surtout pas efficace. Un dossier FIQSV qui nous met dans une instabilité financière à chaque échéance, à chaque revalidation, est impossible. Les ARS ne risquent-elles pas de couler sous le poids de leur propre lourdeur?

A contrario, la mise en cohérence des structures régionales est un progrès. Mais l'absence de données de santé ambulatoires est un handicap majeur; il montrera rapidement la limite de l'adaptation au terrain d'une véritable politique de santé publique qui doit être d'abord attachée à l'accès aux soins et à la lutte contre les inégalités sociales de santé. Comment décrire les actions à mener sans que celles-ci soient appuyées sur des données de santé à un niveau tel que les actions soient pertinentes? 🌱



Réforme des ARS : un aboutissement ou une étape pour un système de santé bien géré ?

La loi HPST s'inscrit dans la suite des réformes qui ont adapté le système de santé aux évolutions de la société. Un regroupement au sein des ARS de tous les secteurs du système de santé, y compris la gestion du secteur ambulatoire, et la création d'une agence nationale de santé pourraient être l'objet d'une prochaine réforme.

Pierre-Louis Bras
Professeur associé à Paris Ouest
Nanterre La Défense

Les politiques publiques se construisent à partir de modifications dans l'agencement des prérogatives et des responsabilités des organes (autorités politiques, services administratifs, agences, niveaux d'administration...) en charge de les mettre en œuvre. Les aménagements dans l'équilibre des pouvoirs, les changements dans la répartition des ressources normatives, matérielles ou symboliques sont censés induire de nouveaux comportements conformes aux objectifs poursuivis.

Ainsi la création des agences régionales de santé (ARH), en 1996, correspondait à la volonté de créer une administration régionale spécialisée capable de mettre en œuvre une politique de restructuration du système hospitalier plus vigoureuse que celle que pouvaient conduire les services placés sous l'autorité de préfets, plus soucieux d'équilibres politiques locaux que de performances.

Pour autant, les ARH n'ont pas pleinement atteint les objectifs poursuivis à travers leur création. Les directions d'hôpitaux devaient composer au sein des établissements avec des groupes puissants : les élus, les médecins, les personnels, tous enclins, fort naturellement, à exiger des moyens supplémentaires. Aussi, elles se comportaient plus en représentants de la communauté hospitalière locale pour négocier auprès des ARH des compromis acceptables sur les ressources dévolues à l'établissement qu'en agents de la politique hospitalière nationale et régionale. Manquant ainsi de leviers et de relais, les ARH n'étaient pas en mesure de conduire des politiques vigoureuses de recherche de la performance.

Une profonde réforme de la gouvernance hospitalière

La loi HPST a pour ambition de modifier profondément ce dispositif de pouvoir. Il s'agit, tout d'abord, de placer, selon les termes du président de la République, le directeur d'hôpital en position de « patron » au sein de l'hôpital. Pour cela, les élus sont, au moins formellement, écartés de la gestion hospitalière ; le conseil d'administration est remplacé par un conseil de surveillance. La capacité d'influence des médecins est aussi réduite. Ainsi la gestion de l'hôpital ne s'organise plus autour d'un conseil exécutif composé à parité d'administratifs et de praticiens, mais autour du directeur. S'il est flanqué d'un directoire, celui-ci porte mal son nom puisqu'il s'agit, non d'un organe de décision, mais d'une instance consultative. Les pouvoirs du directeur pour ce qui concerne la nomination des chefs de pôles et des praticiens sont aussi augmentés.

Le directeur dispose donc de ressources accrues pour diriger l'hôpital, mais il est lui-même placé plus directement sous l'autorité du directeur de l'agence régionale de santé (ARS). Sauf pour les CHU, celui-ci joue désormais un rôle central dans la nomination des directeurs d'établissements.

La loi HPST vise donc à substituer un schéma vertical de management (un patron au sein de l'hôpital, soumis lui-même à l'autorité du directeur d'ARS) à un dispositif de gouvernance fondé sur la négociation et le compromis.

Si changer par des textes l'agencement des pouvoirs ne suffit pas à bouleverser des rapports de force ancrés dans l'histoire et la