



## Note du collectif médecins

Montreuil, le 14 décembre 2020

Nous vous proposons une analyse de l'ordonnance de simplification des missions des ARS rédigée par Olivier MIFFRED, secrétaire général du Syndicat National des Affaires Sanitaires et Sociales-CGT (SNASS-CGT), syndicat des regroupements des personnels actifs et retraités :

- des Agences Régionales de Santé (ARS)
- des services déconcentrés relevant des ministres chargés de la santé, des affaires sociales, du sport, de la jeunesse, de la vie associative et de l'éducation populaire, de la Ville, et plus généralement de toutes les missions sanitaires et sociales de l'État ;
- des services, groupements, établissements publics et missions nationales exerçant des missions de ces ministères.

### ***Ordonnance du 18 novembre 2020 : Une simplification au rabais des missions des ARS***

L'ordonnance de simplification des missions des ARS publiée le 18 novembre dernier s'inscrit dans le cadre de la mesure 33 du Ségur de la santé (redonner aux ARS les moyens pour exercer leurs missions et renforcer leur capacité). Cette simplification ne constitue qu'un premier ajustement, à la marge, au regard du champ des missions données aux ARS.

Ainsi l'ordonnance intègre des **mesures de simplification** des règles relatives à l'éducation thérapeutique des patients (le régime d'autorisation est remplacé par un régime de déclaration) et sur la durée des autorisations des activités à risques particuliers des pharmacies à usage intérieur (qui passe de cinq à sept ans). Concernant le dispositif des maladies à déclaration obligatoire, la liste des maladies à signaler pourra être fixée plus rapidement par les pouvoirs publics sur la base de critères validés par le Haut conseil de la santé publique. **Les ARS vont pouvoir procéder elles-mêmes aux investigations** à la gestion des cas signalés par les professionnels de santé. Enfin, des **mesures de recentrage** visent les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) conclus entre les ARS et les établissements de santé. Le dispositif réduit le champ du contrat et donc le nombre de contrats, définit deux axes stratégiques (positionnement territorial et pilotage interne) et limite le nombre d'objectifs et d'indicateurs.

S'il y a toutefois un point sur lequel il conviendrait de s'attarder, c'est bien celui qui concerne les mesures liées aux investigations des ARS. Car très clairement, cette partie du texte fait écho au dispositif de « contact / tracing » aujourd'hui au cœur de la stratégie gouvernementale de lutte contre le COVID19.

#### ***Un dispositif Contact/tracing à améliorer***

Très complexe à mettre en œuvre, ce dispositif pâtit de problèmes de transmissions d'information entre institutions CPAM et ARS, de l'absence d'outils dédiés côté ARS, et d'un champ d'enquête limité aux seuls cas contacts directs. En rajoutant la dessus des délais encore trop long (mais c'est en train de se réduire) entre tests et résultats d'analyse, l'efficacité du dispositif a été insuffisante.

Il est par ailleurs décrié au cœur des institutions de l'assurance maladie et des ARS en raison des personnels qu'il embolise au détriment des missions traditionnelles de ces institutions, ce qui n'est pas sans répercussion sur leurs usagers. Et l'embauche prévue de 2 000 agents temporaires sur les mois à venir ne permet pas pour l'heure de résoudre ce problème tant le dispositif Contact/tracing est aujourd'hui submergé par la vague COVID. Il va donc falloir attendre que les niveaux de contamination redescendent pour qu'il retrouve un peu d'efficacité.

En attendant, l'ordonnance du 18 novembre devrait permettre **d'élargir le champ d'investigation des ARS**. Car la stratégie Française a reposé sur un contact/tracing limité aux contacts directs d'un cas confirmé, sans chercher à remonter les chaînes de contamination jusqu'au premier élément contamineur (comme cela a été fait en février dernier pour rechercher les « patients zéro ») appelé également « traçage inversé ». Or, c'est ce qu'ont fait le Japon et la Corée du Sud avec un certain succès.

Les autorités cherchent aujourd'hui à faire évoluer le dispositif pour en améliorer l'efficacité. Mais elles se ➤➤➤

➤➤➤ heurtent dès lors à la question de l'isolement des cas COVID, point faible du dispositif.

### **Une revue des missions ARS qui doit être...revue**

Une chose est sûre, la montagne a accouché d'une souris. Cette ordonnance de simplification des missions des ARS devait à l'origine comprendre d'autres mesures, tirée d'une « revue » des missions des ARS élaborée par le ministère de la Santé et les directeurs généraux des ARS en 2018. Ces derniers ne cachent pas qu'un certain nombre de missions ne les intéressent pas, ou considèrent qu'elles ne relèvent pas du ressort des ARS. Ils ont donc établi une « cartographie des missions » des ARS, et mis en parallèle les effectifs des agences qui ne cessent de décroître (-16% des effectifs en 10 ans). Il s'agissait de conforter certaines de leurs activités, d'en alléger ou d'en abandonner d'autres, en fonction de l'analyse de leur « utilité effective ». On retrouve dans ce terme toute la vision technocratique qui guide les décisions des ARS et contourne la notion d'intérêt général pour gérer finalement une pénurie de moyens.

Mais il semble que le Ségur de la santé ait rebattu les cartes et qu'un certain nombre de mesures inscrites initialement dans le projet d'ordonnance en aient été retirées. Or ce mode de gouvernance par ordonnance interpelle au sens où il évite tout débat sur les missions des ARS. Pourtant, le simple fait que le Ségur de la santé ait eu un impact sur le projet initial montre justement que le débat démocratique est une nécessité et qu'il n'entre pas dans le « logiciel » de fonctionnement des ARS.

L'expression de la démocratie sanitaire et sociale est une nécessité pour assurer la meilleure prise en compte collective des enjeux locaux et nationaux du système de santé. C'est peut être en cela qu'il faudra réellement faire évoluer les institutions en France. ■