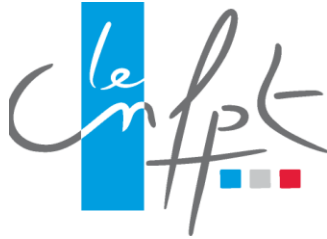


CENTRE NATIONAL DE LA FONCTION PUBLIQUE TERRITORIALE



**CATEGORIE A EXAMEN PRINCIPAL**

**TEST D'ORIENTATION**

**DATE :**

---

---

**Durée : 3h00**

---

---

**NOM :** \_\_\_\_\_

**PRENOM :** \_\_\_\_\_

**COLLECTIVITE :** \_\_\_\_\_

**FORMATION DEMANDEE**

**Formation Tremplin (entrée directe)**

**ou**

**Préparation examen :**

**Attaché principal**

**Conseiller principal des APS  
de 2<sup>ème</sup> classe**

Un examen de catégorie A exige un champ de connaissances élargi et une méthodologie de l'écrit rigoureuse. Ce test a pour but d'évaluer les acquis et compétences indispensables pour engager une préparation dans de bonnes conditions.

### **Compétences évaluées pour chaque séquence**

**Séquence 1 « analyse et reformulation »** : être en mesure d'identifier les informations essentielles d'un texte et d'en analyser le contenu de manière fiable.

**Séquence 2 « synthèse et développement »** : effectuer des regroupements d'idées à partir d'un corpus de documents afin d'apporter une réponse structurée par un plan comportant des préconisations.

**Séquence 3 « culture générale et territoriale »** : témoigner d'une bonne connaissance des débats contemporains sur la société et des problématiques liées à l'action publique locale.

*La maîtrise des codes de l'écrit sera évaluée tout au long du test. Un maximum de 2 points sera retranché du total obtenu si la copie du candidat comporte plus de 10 fautes.*

Le candidat devra apporter des réponses entièrement rédigées et structurées. **Un candidat qui n'aborderait pas tous les exercices serait fortement pénalisé.**

Pour intégrer la préparation demandée, un candidat devra obtenir une note finale supérieure ou égale à 10/20

**NOMBRE PAGES : 28**

## SEQUENCE 1 : ANALYSE ET REFORMULATION (12 points)

### Lire le texte suivant :

*Longtemps, les collectivités territoriales, notamment les départements urbains, ont cru qu'elles pouvaient financer gratuitement et indéfiniment certaines prestations, comme le transport scolaire. À gauche comme à droite, la crise économique et la baisse des droits de mutation les poussent désormais à une cruelle révision dogmatique. Doit-on s'en émouvoir ? La fin des « cadeaux » ouvre une période où le projet de territoire peut être intelligemment repensé.*

Il fallait bien un jour que le sujet refasse surface. Avec le resserrement budgétaire des collectivités territoriales, entamé dès 2004 avec la phase II de la décentralisation et son lot de transferts de compétences non compensés financièrement, la question de la gratuité de certains services publics se pose. Et même avec une acuité renouvelée depuis la crise de 2008 qui a poussé les collectivités à moins de prodigalité.

L'exemple le plus éloquent est celui du transport scolaire, dont la gratuité est de plus en plus remise en cause ces derniers mois. Il est vrai que cette charge n'est pas négligeable : selon l'Association des départements de France (ADF), le coût global du transport quotidien de 4 millions d'élèves, hormis le cas particulier de l'Île-de-France, avoisinerait les 3 milliards d'euros, dont 2 milliards à la charge unique des départements. Pour équilibrer les comptes, certains départements n'ont pas eu le choix : récemment, l'Aube, les Ardennes et la Seine-Maritime ont mis un terme à la gratuité totale. Ailleurs, certaines collectivités imposent désormais aux familles une contribution de 10 à 15 % des transports. Cette évolution est une régression pour l'Association nationale pour les transports éducatifs de l'enseignement public (Anateep), qui estime que le transport « prolonge le service public de l'Éducation nationale », pour reprendre les termes d'Éric Breton, directeur des études de l'association. Ce dernier perçoit même une contradiction dans la manière d'agir des collectivités : « On parle en permanence d'une nouvelle ruralité, adaptée aux exigences de l'époque. Comment espérer repeupler nos campagnes lorsque les transports scolaires deviennent trop rédhibitoires ? ».

### **Tour de table financier**

Il est vrai que le système du financement du transport scolaire est complexe. Face à la crise, certains départements rappellent à quelques communes récalcitrantes leur devoir de participation. En Côte-d'Or, par exemple, François Sauvadet, président du conseil général, a décidé de ne plus prendre en charge le transport de collégiens domiciliés à Montbard et Venarey-Les Laumes : ces deux communes n'ayant pas « souhaité s'engager à verser leur participation pour l'année 2011-2012 », écrit Sauvadet. Incompréhension des deux maires concernés, rappelant que le transport scolaire en question s'effectue sur des lignes déjà existantes et ne représente pas un service supplémentaire. Sans oublier la grogne des fédérations de parents d'élèves, qui considèrent la décision injuste.

La même polémique a surgi du côté de Lille où le conseil général a décidé de mettre un terme à la gratuité du transport des lycéens sans que la communauté urbaine lilloise n'en assure complètement la transition, cette dernière préférant baisser les abonnements classiques en direction des jeunes. « Nous avons conservé la gratuité en milieu interurbain, assure Patrick Kanner, président du conseil général du Nord. Mais le transport scolaire gratuit pour les lycéens mobilise 40 M. d'euros par an et nous avons décidé, en 2007, de transférer progressivement cette charge vers les autorités organisatrices dédiées au sein des intercommunalités. Nous y sommes ».

### **L'assainissement se sacrifie pour le transport scolaire**

Maurice Leroy, président du conseil général du Loir-et-Cher, a souhaité maintenir la gratuité, estimant qu'il ne fallait pas « faire subir une double peine à ceux qui vivent en milieu rural, loin des centres de décision ». Mais la facture de ce maintien est salée : 2 100 euros par élève, soit 19 M. d'euros pour le transport de 20 000 élèves, dont 200 handicapés. Une dépense deux fois plus élevée que la moyenne nationale car dans le Loir-et-Cher, il y a un service sur mesure, les bus allant pratiquement chercher les élèves à la sortie de leur domicile. Pour tenir cet engagement, l'institution départementale a donc été obligée de tailler dans d'autres budgets. Ainsi, les travaux d'assainissement ne sont plus financés dans les communes et une participation symbolique de 30 euros à la constitution du dossier de gratuité du transport scolaire est désormais demandée aux parents.

### **Repenser le coût des services publics**

En fait, les élus départementaux jouent la montre. La plupart d'entre eux savent que le temps de la gratuité et des cadeaux accordés à certaines « clientèles » politiques approche de sa fin. Doit-on s'en émouvoir ? Doit-on considérer que la gratuité des transports, des ordinateurs portables ou d'autres services publics relève d'un principe intouchable ?

La crise aidant, les collectivités réajustent l'ordre des priorités et s'appêtent à tenir un langage de vérité à certaines catégories de la population (maires de communes, familles, etc.). Tout en préservant les familles les plus démunies, beaucoup de communes ont revisité la tarification de leurs services (cantines, centres sociaux, etc.) pour lisser les effets de seuil et éviter qu'un chômeur soit traité de la même manière qu'un cadre supérieur.

Nantes a ainsi fait ses calculs : en 2009, la ville a perdu 2 M. d'euros de DGF et la révision de la dotation de solidarité urbaine (DSU) a constitué un manque à gagner de 6 M. d'euros. « On ne peut pas s'arrêter de construire des crèches », assurait alors un directeur de service, tout en s'inquiétant de la baisse annoncée de 10 % du financement départemental sur certaines actions à caractère social. Il a donc fallu faire des choix, faire mieux avec moins, pour reprendre l'expression consacrée. Tôt ou tard, toutes les collectivités seront confrontées à cette même équation, au risque de laisser filer des déficits qui se répercuteront sur les impôts locaux. Une manière rouée de faire payer la facture aux contribuables qui n'ont pas le plaisir de jouir de la gratuité au regard de leurs ressources (les classes moyennes, variable d'ajustement épuisé du système fiscal).

### **La fin de la logique de guichet**

La question de fond reste la même : doit-on, en période de crise, prioriser le soutien financier public à des secteurs potentiellement créateurs de plus-values - on pense, bien sûr, au développement économique - ou maintenir une gratuité des services publics là où elle ne se justifie pas totalement ? Longtemps, les départements ont vécu sur le confort financier constitué par des droits de mutation élevés du fait de la flambée immobilière. Cette époque dorée appartient à l'histoire et certains élus doivent apprendre à repenser des projets globaux efficaces plutôt que céder à la tentation de saupoudrer des subventions à tous les vents. Le temps est au courage politique et plus à la distribution de cadeaux à des clientèles politiques. La logique de guichet vit ses dernières heures. Doit-on s'en plaindre ?

*Stéphane Menu – lettre du Cadre territorial n° 432 – 15 novembre 2011*

**Exercice 1** : résumer ce texte, en reformulant ses idées essentielles, en 5 phrases et une quinzaine de lignes maximum (**3 points**)



**Exercice 2** : quelle est la position de l'auteur sur la question centrale du texte ? **(1 point)**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Exercice 3** : que signifie l'expression « logique de guichet » dans le texte et à quelles pratiques cette logique renvoie-t-elle ? **(2 points)**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Exercice 4** : quelle autre « logique », selon vous, substituer à cette « logique de guichet ? » **(3 points)**

---

---

---

---



## SEQUENCE 2 : SYNTHÈSE ET DÉVELOPPEMENT (14 points)

### Lire les documents suivants :

#### Document 1

### **REGIONALISATION DU SYSTEME DE SANTE : LES ARS, VRAI PROGRES OU TROMPE L'OEIL ?**

La loi HPST qui devait s'intituler Santé et territoires puis Patient, santé, territoires, puis, in fine, sous l'effet de l'irruption massive de la question de la gouvernance des hôpitaux publics, HPST, constitue-t-elle une étape décisive d'une évolution inéluctable sur la voie d'une régionalisation du système de santé français ? La question mérite d'être posée pas seulement sous l'angle, cher aux constitutionnalistes hexagonaux, de savoir s'il s'agit d'une déconcentration ou d'une décentralisation, mais aussi parce que, les auteurs de cet article en sont convaincus, la conservation de notre modèle de protection sociale solidaire passe par une proximité plus grande entre besoin et offre, entre régulateurs et acteurs de santé, entre mesures et corrections des inégalités.

#### **Une prospective décentralisatrice**

La régionalisation du système de santé a fait, en France, l'objet de nombreux rapports depuis les années quatre-vingts. Le commissariat général du Plan a, en particulier abordé cette question à plusieurs reprises : en 1982 à l'occasion des travaux autour du IX Plan, en 1986 avec le rapport Humbert, en 1993 avec le rapport Santé 2010 (rapport Soubie), en 1996 avec le Livre Blanc sur la Santé et, enfin, en 2005, avec le rapport du groupe de travail dirigé par les auteurs du présent article . Ce dernier rapport, qui s'inscrivait dans la lignée des travaux antérieurs, soulignait la pertinence, en prospective, de la responsabilité des régions sur les politiques de santé. Son titre l'évoquait explicitement : « Pour une régionalisation du système de santé en 2025 ». Pour le groupe de travail, ce principe devait aller de pair avec la possibilité de diversifier les modes de gestion, ce qui permet de conjuguer, par exemple, décentralisation et agences régionales de santé. Cette décentralisation avait été « projetée » en 2025 et analysée selon trois dimensions : l'organisation de l'offre des soins ; la régulation et le partage des compétences ; les jeux d'acteurs.

Concernant l'offre de soins, l'une des principales recommandations du rapport était de mieux articuler politiques de santé et autres politiques publiques. Une bonne organisation de l'offre de soins doit en effet s'inscrire dans une démarche plus globale d'aménagement du territoire. Pour ne citer qu'un exemple, la question de la répartition géographique des professionnels de santé est une question d'attractivité globale des territoires. Par ailleurs, la bonne articulation entre les politiques de santé et les autres politiques publiques est déterminante en termes d'amélioration de l'état de santé de la population. De nombreux travaux montrent en effet que les déterminants de l'état de santé sont loin de ressortir des seuls services offerts par les professionnels de santé, l'éducation, le logement, l'action sociale jouant aussi un rôle majeur. En termes de régulation et de partage des compétences, les conclusions du rapport préconisaient deux évolutions majeures :

- un Etat garant et non pas gérant qui édicte des normes législatives peu nombreuses, établit une péréquation durable, lisible et démocratiquement débattue et évalue les politiques régionales et locales ;
- des autorités régionales de santé passant de la tutelle à la posture d'acheteur avisé ce qui suppose que l'appareil normatif cède le pas au principe de la contractualisation et de son corollaire, l'évaluation.

Enfin, le rapport se penchait sur le rôle des élus locaux. Si ces derniers apparaissent encore aujourd'hui, à quelques exceptions près, assez réticents à s'emparer des questions de santé et d'organisation des soins, l'importance de ce secteur en termes de dépenses publiques et de richesses créées implique que le mouvement de fond que constitue la décentralisation depuis plus de vingt ans ne pourra exclure encore longtemps ce domaine. Démocratiser, au sens politique, la santé ne peut se limiter à une délégation expresse aux usagers et à leurs représentants, nonobstant leur rôle majeur et indispensable de contre-pouvoir.

### **Une loi ambitieuse sur le périmètre, conservatrice sur l'organisation**

L'élaboration de la loi créant les ARS prend racine dans le constat assez largement partagé que l'action des ARH et des URCAM (même si la lisibilité de ces dernières est restée faible depuis leur création) a trouvé ses limites dans le morcellement des institutions en charge de la régulation du système dans son ensemble (les ARH pour les hôpitaux et cliniques, les URCAM pour l'ambulatoire, les services de l'Etat restés sous l'autorité des préfets pour la prévention et la veille sanitaire et les mêmes plus les départements pour le secteur médicosocial). Des observateurs plus avisés encore ajoutent qu'un Etat jacobin n'a eu de cesse que de reprendre les rênes d'une autonomie accordée à contrecœur : en ce qui concerne les ARH, elles ont été autant victimes d'un acharnement textuel que d'un interventionnisme croissant du politique et de l'administration centrale.

La loi HPST répond clairement à la question du périmètre : celui-ci est large, de la prévention aux soins palliatifs, serait-on tentés d'écrire. Les tenants d'une efficacité immédiate prônaient de commencer par unifier les champs hospitaliers et ambulatoires, pour régler la question criante de la mauvaise répartition des médecins sur le territoire et celle, non moins choquante au plan de la qualité

de la prise en charge et de l'efficacité économique des urgences et de la permanence des soins.

Le dossier distribué par le Ministère de la santé le jour de la nomination des 26 directeurs préfigureurs des Agences régionales de santé (DGARS) l'affirme : les objectifs des ARS constituent une feuille de route ambitieuse ! Créées par la loi du 21 juillet 2009, les ARS sont en effet chargées de relier entre eux les tuyaux d'orgues de la prévention, du soin ambulatoire, du soin hospitalier, de la prise en charge du handicap et du vieillissement et même des crises sanitaires, le tout, si l'on ose dire, à un coût acceptable pour les individus et la collectivité.

La mise en place des agences constitue un triple pari : institutionnel, managérial et programmatique :

- le bon fonctionnement de l'ARS reposera sur une organisation et une logistique fiable : les premiers mois des directeurs doivent être consacrés à fonder l'agence sur un projet

d'organisation des services, à négocier un contrat d'objectifs et de moyens avec l'Etat et à organiser le transfert des agents de leur institution d'origine vers l'ARS.

- l'efficacité de l'Agence sera directement proportionnelle l'environnement managérial qui s'instaurera : cet enjeu socioculturel s'illustre plus particulièrement dans le rapprochement des équipes venant de la sphère Etat et de celles venant de l'assurance maladie.

- rapidement, l'ARS devra convaincre quant à ses principes d'action et ses orientations, notamment dans les nouveaux champs couverts par son institution. Sa capacité à atteindre ses objectifs par des réponses spécifiques et adaptées au territoire sera aussi une attente des interlocuteurs des ARS.

Comme lors de toute création, les premières marques sont décisives et les empreintes durables : il s'agit de réussir au-delà de ce qui a été fait jusqu'ici. L'objectif n'est pas d'être des supers ARH ou des supers URCAM ou DRASS ou DDASS ou CPAM ou ORS, car globalement chacune de ces institutions a jusqu'ici rempli sa mission dans leur cadre imparti. Il s'agit de tirer profit de la synergie, de la fusion pour faire naître des projets nouveaux, encourager de nouveaux comportements, en ayant constamment à l'esprit le bénéfice de l'utilisateur, du patient voire du cotisant.

Un jugement négatif ou, peut-être pire, indifférent, de l'opinion après un an de création des ARS signerait sûrement l'échec de la réforme. Les ARS, encore naissantes, sont dès lors exposées à deux dangers :

- la perte de sens si le projet était étouffé par une démarche trop technocratique et ce, malgré la vision portée par ceux qui ont fait la réforme avec ténacité ;
- la neutralité, l'excès de prudence, de leur principal partenaire, l'assurance maladie (tout à la fois au sein et en dehors de l'agence elle-même) à venir appuyer leur développement dans ses différentes dimensions.

Pour porter une dimension pleine de sens d'une politique publique de santé, les ARS devront relever de front trois défis, celui du partage, de la performance et de la transversalité.

La construction est-elle à la hauteur de l'enjeu ?

On peut légitimement en douter en analysant la place de la région et la méthode choisie pour la mise en place :

- les régions ont une portion congrue dans le dispositif institutionnel : représentées de manière minoritaire au sein du conseil de surveillance de l'agence, elles n'y gagnent ni en influence ni en capacité d'intervention. On peut y déceler un faible appétit de celles-ci à s'engager sur le champ de la santé, conforté en miroir par un étatisme grandissant arguant de la volonté des citoyens à faire de la santé un sujet régalien. C'est ainsi qu'aux modestes propositions alternatives émises par quelques parlementaires, a répondu la consécration du préfet de région en tant que président du conseil de surveillance des ARS !
- la méthode choisie pour mettre en place les agences s'inscrit en exact contrepied de celle initiée treize ans plus tôt : à la confiance faite à des créateurs basée sur le contrat et l'évaluation s'oppose aujourd'hui une lourde machinerie pilotée d'une main de fer par le Ministère de la Santé ; beaucoup de raisons objectives l'expliquent notamment le fait d'être passé d'une administration de mission à une entité (trop ?) consistante et (trop ?) complexe. Il n'est bien sûr pas question de faire un procès d'intention aux metteurs en scène d'une réforme utile et nécessaire. Il peut être question en revanche de rappeler, en guise de conclusion, les 6 recommandations qui formaient l'envoi de notre rapport il y a quatre ans et qui gardent toute leur acuité :

- 1) Poursuivre la gradation de l'offre de soins et la spécialisation avec un continuum des soins de premier recours aux soins les plus techniques ;
- 2) Affirmer le rôle majeur des régions dans une démarche de planification ouverte sur la base d'appels d'offres et de délégation des tâches ;
- 3) Choisir résolument la régionalisation selon un principe unique mais des modalités diversifiées
- 4) Recentrer le rôle de l'Etat sur l'évaluation et la péréquation ;
- 5) Privilégier le niveau régional dans les négociations avec les professionnels de santé ;
- 6) Conforter la légitimité du politique en santé.

**Sandrine CHAMBARETAUD**, Macif-Mutualité, **Benoît PERICARD**, KPMG

*La lettre du Collège des économistes de la santé*

## Document 2

### **Une désertification médicale irréversible ?**

**Le nombre de médecins n'a jamais été aussi élevé qu'aujourd'hui, mais on observe de nombreuses disparités régionales. Topographie des lieux et exemples d'initiatives régionales pour endiguer ce problème.**

La densité médicale, qui était de 275 praticiens pour 100.000 habitants en 1985, est passée à 340 en 2005. Le nombre de médecins n'a donc jamais été aussi élevé mais ils sont inégalement répartis sur le territoire, tant en termes de densité que de spécialité. Et malheureusement, les auxiliaires médicaux, kinés, infirmiers... dont les actes sont prescrits par les médecins, suivent cette tendance. De plus, la diminution du nombre d'étudiants en médecine au cours des années 80 et 90 conduira mécaniquement à une baisse de la densité moyenne des praticiens en France. On estime ainsi que celle-ci sera de 283 médecins généralistes pour 100.000 habitants en 2025 : un niveau quasiment identique à celui de 1985 mais avec des besoins accrus en soins primaires, du fait du vieillissement de la population. La désertification médicale de certains territoires est aussi en partie liée à la féminisation de la profession : l'exercice rural est très prenant et parfois peu compatible avec la vie familiale.

Les données recueillies dans les vingt-trois atlas régionaux de la démographie médicale publiés par le Conseil national de l'Ordre des médecins permettent de tirer la sonnette d'alarme sur les régions où l'accès aux soins de proximité est de plus en plus difficile. Selon ces statistiques, en 2008, c'est la région Provence-Alpes-Côte d'Azur qui arrive en tête de la densité médicale avec 375 médecins en activité régulière pour 100.000 habitants. Mais si l'on observe une importante densité le long de la côte, dans l'arrière-pays, des régions entières sont pratiquement abandonnées. Un phénomène que l'on observe tout le long du pourtour méditerranéen, la région Languedoc-Roussillon présentant des disparités similaires, quoique moins marquées. Idem pour la région Midi-Pyrénées qui bénéficie aussi de sa situation ensoleillée (326 médecins en activité régulière pour 100.000 habitants) mais n'échappe pas non plus à la désertification de ses zones rurales. La Haute-Garonne affiche plus de 394 médecins pour 100.000 habitants grâce à l'attractivité de Toulouse. L'Aveyron

enregistre une chute des installations en libéral et aucun nouveau libéral ne s'est inscrit au tableau dans le Gers. La répartition est plus homogène en Bretagne et en Alsace bien que les taux d'installation en médecine libérale soient très faibles. Un département comme l'Ain, qui ne dispose plus que de 189 médecins pour 100.000 habitants, souffre quant à lui d'un véritable exode. Les écarts sont de taille : en 2008, la Creuse n'a enregistré aucune nouvelle inscription alors que la Haute-Loire a affiché cette année-là un taux de 56 % de nouveaux entrants.

Sans surprise, la densité médicale en Ile-de-France est supérieure à la moyenne, avec 373 médecins en activité régulière pour 100.000 habitants. Toutefois, ici aussi les contrastes sont saisissants. A Paris, la densité est de 742 contre seulement 223 pour la Seine-et-Marne ! La région parisienne affiche le plus fort taux de féminisation du corps médical en activité régulière (46 % contre 39% pour l'ensemble de la métropole). Mais, phénomène préoccupant, le taux des nouveaux inscrits en secteur libéral est parmi les plus bas du pays (6 %), et certains spécialistes tendent à se faire rares, comme les ophtalmologues, les gynécologues et dermatologues.

### **Informé pour convaincre**

Face à une telle situation, le Conseil national de l'Ordre des médecins a commandé une enquête à BVA auprès des étudiants en médecine pour imaginer des solutions concrètes et identifier les principaux freins à l'installation des jeunes praticiens. Celle-ci souligne la mauvaise image globale de ces zones démedicalisées ou en passe de l'être, plus souvent des zones rurales et les cités de banlieue. Elle pointe aussi l'inadéquation entre leurs points forts et faibles, identifiés par les jeunes médecins, et les attentes prioritaires de ceux-ci en termes d'installation. Autre enseignement : les étudiants en médecine seraient prêts à s'installer dans ces zones si on leur propose des mesures incitatives.

Les solutions semblent nombreuses pour lutter contre la désertification sans passer par des mesures autoritaires : accorder une prime à l'installation, développer la collaboration libérale et le travail en réseau, favoriser l'exercice du temps partiel, attribuer une bourse d'étude en échange d'un engagement à exercer dans le secteur pendant quelques années, favoriser l'exercice en lieux multiples, faciliter la délégation de tâches... Le gouvernement a d'ailleurs lancé des campagnes d'information, relevé le numerus clausus pour améliorer la densité médicale moyenne et adopté des dispositions afin d'attirer les médecins dans certaines régions défavorisées.

*Les régions ont pris la mesure du problème et les initiatives fleurissent pour l'enrayer. Le Poitou-Charentes, par exemple. S'appuyant sur la mobilisation des acteurs locaux volontaires, il crée des maisons de santé de proximité en région. Tout comme le conseil général du Lot-et-Garonne qui a fait de la lutte contre la désertification médicale une de ses priorités pour 2010 et a voté un budget de deux millions d'euros pour soutenir lui aussi la création des maisons de santé pluridisciplinaires. De leur côté, les Alpes-Maritimes ont doté les médecins libéraux ruraux de valises de télé-expertise, qui fonctionnent comme un véritable assistant médical !*

*La Tribune.fr - 23/06/2010*

### **SUPPORT DE COMMUNICATION DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE MIDI PYRENEES**

#### **Nos actions**

L'ARS Midi-Pyrénées a pour objectifs d'améliorer la santé de la population et d'accroître l'efficacité de notre système de santé.

#### **Les 6 premiers chantiers prioritaires**

L'ARS a pour mission d'assurer, à l'échelon régional, le pilotage d'ensemble de notre système de santé. L'ARS Midi-Pyrénées a souhaité cibler les chantiers prioritaires pour mobiliser ses ressources sur les enjeux les plus importants.

Les premiers chantiers :

- Construire le projet régional de santé (PRS)
- Améliorer la performance des services de santé ambulatoires, hospitaliers et médico sociaux
- Anticiper la réponse aux conséquences de la désertification médicale
- Promouvoir une politique volontariste d'amélioration de la santé des personnes âgées
- Renforcer l'efficacité du dispositif de veille et de sécurité sanitaires
- Développer l'utilisation des NTIC au service du patient

#### **Un nouvel outil au service de la santé de la population régionale : le Projet Régional de Santé (PRS)**

Le projet est élaboré à partir d'un diagnostic des besoins de santé et de l'état du système de santé en Midi-Pyrénées. Cette démarche participative prend appui sur les nouvelles instances, notamment territoriales, qui donnent une place importante aux acteurs du système de santé et aux usagers.

C'est aussi une démarche prospective qui vise à anticiper les évolutions démographiques, médicales et techniques. Elle prend nécessairement en compte les aspects financiers, pour garantir la faisabilité de ces orientations régionales.

#### **Améliorer la performance des services de santé ambulatoires, hospitaliers et médico-sociaux**

L'ARS a pour objectif d'améliorer la performance du système de santé en s'assurant que tout patient puisse bénéficier de soins de qualité tant en terme d'accessibilité que de pertinence et de conformité aux recommandations scientifiques et ce dans les meilleures conditions de sécurité possible et de satisfaction. L'efficacité médico-économique sera systématiquement recherchée et les plans de retour à l'équilibre financier des établissements de santé poursuivis.

La réalisation de ces objectifs passe, en particulier, par un politique de développement de la coopération et de la complémentarité des différents acteurs de santé dans les différents champs sanitaire, ambulatoire et médico-social. A ce titre la promotion de la bientraitance fera partie des actions transversales prioritaires développées par l'ARS.

### **Anticiper la réponse aux conséquences de la désertification médicale**

En 2030, la région Midi-Pyrénées aura perdu plus de 500 médecins alors que sa population aura augmenté (1% par an)... et vieilli. Ces prévisions conduisent l'ARS à envisager des mesures volontaristes en partenariat avec les professionnels de santé, les élus et acteurs des territoires les plus concernés par cette désertification :

- Etablir rapidement un diagnostic partagé dans les territoires
- Définir une stratégie de formation des jeunes professionnels orientés sur les besoins hospitaliers et ambulatoires de la région (stages des internes dans les zones déficitaires...)
- Aider à l'installation par des diagnostics territoriaux, des mesures incitatives...
- Susciter, promouvoir des dispositifs innovants en matière d'exercice professionnel (Exercice regroupé, maisons de santé pluridisciplinaires, pôles de santé, télémédecine, coopérations...)

### **Promouvoir une politique volontariste d'amélioration de la santé des personnes âgées**

En lien étroit avec le Gérontopôle, identifier les besoins des personnes âgées et organiser leur prise en charge entre les différents acteurs du système de santé, notamment :

Prendre en compte les premiers enseignements de la recherche sur l'efficacité des mesures de prévention de la dépendance.

Promouvoir la bientraitance et la qualité de prise en charge des personnes âgées :

- Améliorer la qualité de la prise en charge médicale dans les établissements pour les personnes âgées dépendantes, en particulier sur la prescription médicamenteuse
- Adapter les établissements et services à la prise en charge des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer.

### **Renforcer l'efficacité du dispositif de veille et de sécurité sanitaire**

L'ARS mettra en place à partir du 1er Octobre 2010 une cellule régionale qui centralisera la réception des appels, analysera et gèrera l'ensemble des signaux, en application de procédures préalablement élaborées. Cette cellule fonctionnera 24h/24 et 7J/7. Un numéro d'alerte : 0820 226 101. Elle s'appuiera sur une équipe dédiée au siège régional ainsi que sur les 8 délégations territoriales afin d'allier expertise technique et proximité. Elle mobilisera des compétences diversifiées : infirmiers, médecins, ingénieurs, pharmaciens, épidémiologistes... Ce dispositif permettra une réponse plus adaptée face aux risques encourus par la population et une meilleure anticipation face aux signaux d'alerte.

### **Développer l'utilisation des NTIC au service du patient**

**Aujourd'hui...** des projets à développer, comme par exemple :

- Poursuivre l'informatisation des services d'urgence et l'interconnexion des SAMU pour une meilleure prise en charge des urgences et une meilleure gestion des crises sanitaires
- Accompagner l'organisation de la téléradiologie en Midi-Pyrénées afin de mutualiser les

compétences médicales à l'échelle des territoires de santé (télédiagnostic à distance) et de favoriser l'accès à l'expertise

### Demain

- Déployer le Dossier Médical Personnel (DMP) qui permet d'améliorer la prise en charge du patient et la coordination des soins par un meilleur partage des informations médicales.
- Organiser l'espace numérique régional de santé (ENRS), espace dans lequel se déploie des services répondant aux besoins exprimés par les patients et les professionnels de santé (télémédecine, dossier médical personnel...).

### Document 4

**La ministre de la Santé a présenté 12 mesures qui sont «le marqueur d'une politique de gauche». Mais seuls 50 millions d'euros seront déboursés pour lutter contre les inégalités d'accès au soin sur le territoire.**

Grande mobilisation mais petit budget. La ministre de la Santé, **Marisol Touraine**, a présenté ce jeudi son plan contre **les déserts médicaux**, soit douze mesures regroupées dans un «pacte territoire santé». «Ce pacte fait suite à l'**accord sur les dépassements d'honoraires**. C'est une pièce maîtresse pour améliorer l'accès aux soins, le marqueur d'une politique de gauche», a expliqué la ministre, qui a dénoncé «les dérives du laisser-faire de ces dernières années».

Le ministère de la Santé estime le coût de ce plan à 50 millions d'euros par an, à comparer au budget de l'**Assurance-maladie**, qui est de l'ordre de 150 milliards d'euros. Plutôt que déboursier des espèces sonnantes et trébuchantes, la ministre entend sonner «la mobilisation générale» dans les agences régionales de santé (ARS). Ces antennes du ministère de la Santé dans les régions sont notamment chargées de lutter contre les inégalités d'accès aux soins dans les départements.

La ministre n'a en revanche pas voulu élargir le numerus clausus (le nombre d'étudiants en médecine acceptés chaque année), contrairement aux réclamations de l'Association des maires de France (AMF). «Le sujet n'est pas le nombre de médecins formés, mais leur répartition sur le territoire», s'est-elle défendue.

Marisol Touraine a détaillé les douze mesures de son pacte à Scorbé-Clairvaux, près de Châtellerault, exemple de désert médical doté toutefois d'une maison de santé. La plupart d'entre elles **ont déjà été, peu ou prou, annoncées**. «Il s'agit de lever les petits obstacles qui empêchent les bonnes volontés de lancer des initiatives sur le terrain», reconnaît-on modestement au ministère de la Santé.

• **30 millions d'euros pour favoriser le travail en équipe** grâce à des paiements au forfait. C'est la plus grosse mesure du plan. Les praticiens qui se regroupent dans des maisons médicales et travaillent ensemble se partageront des sommes forfaitaires versées par l'Assurance-maladie.

- **Développer la télémédecine.** Marisol Touraine entend instaurer des **consultations à distance**, dans un premier temps dans le domaine de la dermatologie.
- **Accélérer les transferts de compétence.** Les ophtalmologues, notamment, devraient être incités à déléguer certains actes à d'autres professionnels de santé. Ils sont submergés: le temps d'attente moyen pour un rendez-vous est de 120 jours.
- **Rapprocher les maisons de santé des hôpitaux universitaires.** «Il faudrait que dans certaines de ces maisons un chef de clinique forme des internes», souhaite Marisol Touraine, reprenant une idée **d'un groupement de médecins blogueurs**. Pas anecdotique pour les déserts: les jeunes médecins ont tendance à s'installer, une fois leur diplôme en poche, à proximité de leur lieu de formation.
- **Des stages en cabinet libéral pour 100% des étudiants en médecine générale.** «Si possible dans des territoires isolés», a précisé la ministre. Ces stages sont déjà obligatoires, mais ne sont, en pratique, que très peu suivis.
- **Atteindre 1500 «contrats d'engagement de santé publique»** en 2017. Grâce à ce dispositif existant, mais peu utilisé, un étudiant en médecine peut recevoir une allocation mensuelle dès sa deuxième année à l'université. En échange, il s'engage à exercer dans un désert médical.
- **Créer 200 «praticiens territoriaux de médecine générale».** Présentée fin septembre, cette mesure garantit un revenu annuel minimum de **55.000 euros** aux diplômés qui souhaitent s'installer dans des zones «sous-dotées». En clair, si le jeune ne parvient pas à atteindre ce niveau de revenu, l'État lui versera la différence.

*Guillaume Guichard, Le Figaro, 13 décembre 2012*

## Document 5

### **LOI no 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires**

« TITRE III

« **AGENCES RÉGIONALES DE SANTÉ**

« CHAPITRE Ier

« **Missions et compétences des agences régionales de santé**

« **Art. L. 1431-1.** – Dans chaque région et dans la collectivité territoriale de Corse, une agence régionale de santé a pour mission de définir et de mettre en oeuvre un ensemble coordonné de programmes et à la réalisation, à l'échelon régional et infrarégional :

« – des objectifs de la politique nationale de santé définie à l'article L. 1411-1 du présent code ;

« – des principes de l'action sociale et médico-sociale énoncés aux articles L. 116-1 et L. 116-2 du code de l'action sociale et des familles ;

« – des principes fondamentaux affirmés à l'article L. 111-2-1 du code de la sécurité sociale.

« Les agences régionales de santé contribuent au respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.

« Leurs compétences s'exercent sans préjudice et dans le respect de celles des collectivités territoriales et des établissements et agences mentionnés aux articles L. 1222-1, L. 1323-1, L.

1336-1, L. 1413-2, L. 1418-1 et L. 5311-1 du présent code ainsi qu'aux articles L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles et L. 161-37 du code de la sécurité sociale.

« **Art. L. 1431-2.** – Les agences régionales de santé sont chargées, en tenant compte des spécificités de chaque région :

« 1o De mettre en œuvre au niveau régional la politique de santé publique définie en application des articles L. 1411-1-1 et L. 1411-2, en liaison avec les autorités compétentes dans les domaines de la santé au travail, de la santé scolaire et universitaire et de la protection maternelle et infantile.

« A ce titre :

« a) Elles organisent, en s'appuyant en tant que de besoin sur les observatoires régionaux de la santé, la veille sanitaire, l'observation de la santé dans la région, le recueil et le traitement des signalements d'événements sanitaires ;

« b) Elles contribuent, dans le respect des attributions du représentant de l'Etat territorialement compétent, à l'organisation de la réponse aux urgences sanitaires et à la gestion des situations de crise sanitaire ;

« c) Sans préjudice de l'article L. 1435-1, elles établissent un programme annuel de contrôle du respect des règles d'hygiène, en particulier celles prévues au 2o de l'article L. 1421-4, en fonction des orientations retenues par le document visé à l'article L. 1434-1 et des priorités définies par le représentant de l'Etat territorialement compétent. Elles réalisent ou font réaliser les prélèvements, analyses et vérifications prévus dans ce programme et procèdent aux inspections nécessaires ;

« d) Elles définissent et financent des actions visant à promouvoir la santé, à éduquer la population à la santé et à prévenir les maladies, les handicaps et la perte d'autonomie, et elles veillent à leur évaluation ;

« 2o De réguler, d'orienter et d'organiser, notamment en concertation avec les professionnels de santé, l'offre de services de santé, de manière à répondre aux besoins en matière de soins et de services médico-sociaux, et à garantir l'efficacité du système de santé.

« A ce titre :

« a) Elles contribuent à évaluer et à promouvoir la qualité des formations des professionnels de santé ;

« b) Elles autorisent la création et les activités des établissements et services de santé ainsi que des établissements et services médico-sociaux mentionnés aux 2o, 3o, 5o, 6o, 7o, 11o et 12o du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles et à l'article L. 314-3-3 du même code ; elles contrôlent leur fonctionnement et leur allouent les ressources qui relèvent de leur compétence ;

« c) Elles veillent à ce que la répartition territoriale de l'offre de soins permette de satisfaire les besoins de santé de la population. A ce titre, elles mettent en œuvre les mesures mentionnées à l'article L. 1434-7 et en évaluent l'efficacité ;

« d) Elles contribuent à mettre en œuvre un service unique d'aide à l'installation des professionnels de santé ;

« e) Elles veillent à la qualité et à la sécurité des actes médicaux, de la dispensation et de l'utilisation des produits de santé ainsi que des prises en charge et accompagnements médico-sociaux et elles procèdent à des contrôles à cette fin ; elles contribuent, avec les services de l'Etat compétents et les collectivités territoriales concernées, à la lutte contre la maltraitance et au développement de la bientraitance dans les établissements et services de santé et médico-sociaux ;

« f) Elles veillent à assurer l'accès aux soins de santé et aux services psychosociaux des personnes en situation de précarité ou d'exclusion ;

« g) Dans les conditions prévues à l'article L. 1434-14, elles définissent et mettent en oeuvre, avec les organismes d'assurance maladie et avec la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, les actions régionales prolongeant et complétant les programmes nationaux de gestion du risque et des actions complémentaires. Ces actions portent sur le contrôle et l'amélioration des modalités de recours aux soins et des pratiques des professionnels de santé en médecine ambulatoire et dans les établissements et services de santé et médico-sociaux ;

« h) En relation avec les directions régionales des affaires culturelles mais aussi avec les collectivités territoriales qui le souhaitent, elles encouragent et favorisent, au sein des établissements, l'élaboration et la mise en oeuvre d'un volet culturel.

« Art. L. 1431-3. – Un décret peut créer des agences interrégionales de santé et confier des compétences interrégionales à une ou plusieurs agences régionales de santé.

« Art. L. 1431-4. – Les modalités d'application du présent titre sont déterminées par un décret en Conseil d'Etat, sauf disposition contraire.

## « CHAPITRE II « **Organisation et fonctionnement des agences régionales de santé**

### « Section 1

#### « **Organisation des agences**

« Art. L. 1432-1. – Les agences régionales de santé sont des établissements publics de l'Etat à caractère administratif. Elles sont placées sous la tutelle des ministres chargés de la santé, de l'assurance maladie, des personnes âgées et des personnes handicapées.

« Les agences régionales de santé sont dotées d'un conseil de surveillance et dirigées par un directeur général.

« Auprès de chaque agence régionale de santé sont constituées :

« 1o Une conférence régionale de la santé et de l'autonomie, chargée de participer par ses avis à la définition des objectifs et des actions de l'agence dans ses domaines de compétences ;

« 2o Deux commissions de coordination des politiques publiques de santé, associant les services de l'Etat, les collectivités territoriales et leurs groupements et les organismes de sécurité sociale. Ces commissions, dont la composition et les modalités de fonctionnement sont fixées par décret, sont compétentes pour assurer la cohérence et la complémentarité des actions déterminées et conduites par leurs membres, respectivement :

« – dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile ;

« – dans le domaine des prises en charge et des accompagnements médico-sociaux.

« Les agences régionales de santé mettent en place des délégations territoriales dans les départements.

### « **Sous-section 3**

#### « **Conférence régionale de la santé et de l'autonomie**

« Art. L. 1432-4. – La conférence régionale de la santé et de l'autonomie est un organisme consultatif composé de plusieurs collègues qui concourt, par ses avis, à la politique régionale de santé. Sont notamment représentés au sein de ces collègues les collectivités territoriales,

les usagers et associations œuvrant dans les domaines de compétence de l'agence régionale de santé, les conférences de territoire, les organisations représentatives des salariés, des employeurs et des professions indépendantes, les professionnels du système de santé, les organismes gestionnaires des établissements et services de santé et médico-sociaux, les organismes de protection sociale.

« L'agence régionale de santé met à la disposition de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie des moyens de fonctionnement.

« La conférence régionale de la santé et de l'autonomie peut faire toute proposition au directeur général de l'agence régionale de santé sur l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de la politique de santé dans la région. Elle émet un avis sur le plan stratégique régional de santé. Elle organise en son sein l'expression des représentants des usagers du système de santé. Elle procède à l'évaluation des conditions dans lesquelles sont appliqués et respectés les droits des personnes malades et des usagers du système de santé, de l'égalité d'accès aux services de santé et de la qualité des prises en charge.

« Elle organise le débat public sur les questions de santé de son choix.

« Les avis de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie sont rendus publics.

« Un décret détermine les modalités d'application du présent article.

#### « CHAPITRE IV

### « *Planification régionale de la politique de santé*

#### « *Section 1*

#### « *Projet régional de santé*

« *Art. L. 1434-1.* – Le projet régional de santé définit les objectifs pluriannuels des actions que mène l'agence régionale de santé dans ses domaines de compétences, ainsi que les mesures tendant à les atteindre.

« Il s'inscrit dans les orientations de la politique nationale de santé et se conforme aux dispositions financières prévues par les lois de finances et les lois de financement de la sécurité sociale.

« *Art. L. 1434-2.* – Le projet régional de santé est constitué :

« 1o D'un plan stratégique régional de santé, qui fixe les orientations et objectifs de santé pour la région ;

« 2o De schémas régionaux de mise en œuvre en matière de prévention, d'organisation de soins et d'organisation médico-sociale ;

« 3o De programmes déclinant les modalités spécifiques d'application de ces schémas, dont un programme relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies et un programme relatif au développement de la télémédecine. La programmation peut prendre la forme de programmes territoriaux de santé pouvant donner lieu à des contrats locaux de santé tels que définis à l'article L. 1434-17.

« Le plan stratégique régional de santé prévoit des articulations avec la santé au travail, la santé en milieu scolaire et la santé des personnes en situation de précarité et d'exclusion.

« *Art. L. 1434-3.* – Le projet régional de santé fait l'objet d'un avis de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie, des collectivités territoriales et du représentant de l'Etat dans la région.

« *Art. L. 1434-4.* – Un décret en Conseil d'Etat détermine les modalités d'application de la présente section.

**« Sous-section 1**

**« Schéma régional de prévention**

« Art. L. 1434-5. – Le schéma régional de prévention inclut notamment des dispositions relatives à la prévention, à la promotion de la santé, à la santé environnementale et à la sécurité sanitaire. Il organise, dans le domaine de la santé des personnes, l’observation des risques émergents et les modalités de gestion des événements porteurs d’un risque sanitaire, conformément aux articles L. 1435-1 et L. 1435-2.

**« Sous-section 2**

**« Schéma régional d’organisation des soins**

« Art. L. 1434-7. – Le schéma régional d’organisation des soins a pour objet de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l’offre de soins afin de répondre aux besoins de santé de la population et aux exigences d’efficacité et d’accessibilité géographique.

« Il précise les adaptations et les complémentarités de l’offre de soins, ainsi que les coopérations, notamment entre les établissements de santé, les communautés hospitalières de territoire, les établissements et services médico-sociaux, les centres de santé, les structures et professionnels de santé libéraux. Il prend en compte également les difficultés de déplacement des populations, ainsi que les exigences en matière de transports sanitaires, liées en particulier aux situations d’urgence. Il signale à cet effet les évolutions nécessaires dans le respect des compétences dévolues aux collectivités territoriales.

« Il tient compte de l’offre de soins des régions limitrophes et de la vocation sanitaire et sociale de certains territoires.

« Il indique, par territoire de santé, les besoins en implantations pour l’exercice des soins mentionnés aux articles L. 1411-11 et L. 1411-12, notamment celles des professionnels de santé libéraux, des pôles de santé, des centres de santé, des maisons de santé, des laboratoires de biologie médicale et des réseaux de santé.

« Il détermine, selon des dispositions prévues par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, les zones de mise en oeuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, des maisons de santé, des pôles de santé et des centres de santé et prévues notamment par l’article L. 1434-8 du présent code, par les conventions mentionnées au chapitre II du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale, par l’article L. 631-1-1 du code de l’éducation, par l’article L. 1511-8 du code général des collectivités territoriales et par l’article 151 *ter* du code général des impôts.

« Il organise la coordination entre les différents services de santé mentionnés à l’alinéa précédent et les établissements de santé assurant une activité au domicile des patients intervenant sur le même territoire de santé. Les conditions de cette coordination sont définies par le directeur général de l’agence régionale de santé.

**« Sous-section 3**

**« Schéma régional d’organisation médico-sociale**

« Art. L. 1434-12. – Le schéma régional d’organisation médico-sociale a pour objet de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l’offre des établissements et services médico-sociaux mentionnés aux 2o, 3o, 5o, 6o, 7o, 11o et 12o du I de l’article L. 312-1 et à l’article L. 314-3-3 du code de l’action sociale et des familles, afin notamment de répondre aux besoins de prises en charge et d’accompagnements médico-sociaux de la population handicapée ou en perte d’autonomie.

« Ce schéma veille à l'articulation au niveau régional de l'offre sanitaire et médico-sociale relevant de la compétence de l'agence régionale de santé. Pour les établissements et services mentionnés aux 6o, 7o et 12o du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, ce schéma régional est établi et actualisé au regard des schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie arrêtés par les conseils généraux de la région et mentionnés à l'article L. 312-5 du même code.

« Le schéma d'organisation médico-sociale et le programme prévu à l'article L. 312-5-1 du même code qui l'accompagne sont élaborés et arrêtés par le directeur général de l'agence régionale de santé après consultation de la commission de coordination compétente prévue à l'article L. 1432-1 du présent code et avis des présidents des conseils généraux compétents.

« Pour la prévention des handicaps et de la perte d'autonomie, il prévoit la concertation avec chaque conseil général concerné pour une meilleure connaissance des besoins rencontrés par les personnes âgées dépendantes et les personnes handicapées.

*Journal officiel de la république française*













A series of 20 horizontal dashed lines for writing.