

Roselyne BACHELOT - NARQUIN, Ministre de la Santé et des Sports

Pouvez-vous rappeler les raisons et les priorités de la réforme ?

La loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires est partie d'un constat : nous avons un système de santé de qualité mais qui montre un certain nombre de faiblesses. La première de ces faiblesses, c'est que la prise en charge des malades n'est pas assez globale. Nous avons un système trop cloisonné. Trop cloisonné entre la médecine de ville, l'hôpital, le médico-social. Et tout cela fait que les malades sont moins bien soignés et que c'est plus coûteux pour la collectivité. La deuxième faiblesse de notre système de santé, c'est que c'est un système très inégalitaire territorialement. Il y a jusque 5 ans de différence de vie en moins pour la région la moins dotée par rapport à la région où cette espérance de vie est la meilleure. Troisième élément, troisième faiblesse de notre système de santé, c'est que nous voyons apparaître de plus en plus de maladies chroniques et que ces maladies chroniques nous imposent de prendre en compte un certain nombre de déterminants de santé qui viennent influencer ces maladies chroniques, je pense à des facteurs environnementaux par exemple. Et puis quatrième élément, quatrième faiblesse, il faut maîtriser nos dépenses de santé, parce que les arbitrages économiques des Français, si on dépense indûment pour notre santé, et bien cela veut dire que l'on prendra moins en charge d'autres dépenses au niveau des ménages. Alors, c'est ce constat qu'a fait la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires, et nous nous sommes fixés un certain nombre d'objectifs, bien entendu, mais j'en citerai deux parmi les plus importants. D'abord améliorer l'état de santé de nos concitoyens. Cette loi est faite pour eux, est faite pour nous, pour faire en sorte qu'ils puissent avoir partout dans le territoire accès à des soins de qualité en toute sécurité. Et puis le deuxième but, c'est de prendre en compte, ce qui est l'évolution majeure de notre société, le vieillissement de la population et faire en sorte que notre système de soins intègre toute la dimension médico-sociale de la prise en charge des personnes âgées mais également des personnes handicapées.

Quels sont les enjeux et les objectifs des ARS ? Qu'est-ce que la nouvelle organisation va changer pour les Français ?

Nous poursuivons des objectifs stratégiques par la mise en place des Agences Régionales de Santé. Premier objectif stratégique : réduire les inégalités territoriales en matière de santé. Mais on ne pourra réduire ces inégalités de santé que si nous prenons en compte les spécificités régionales. Les politiques de santé devront incorporer ces déterminants qui sont des déterminants historiques, sociologiques qui font d'ailleurs le patrimoine de nos régions et avoir une politique spécifique adaptée au territoire, c'est le premier objectif que je fixe aux ARS. Deuxième élément, assurer un meilleur accès aux soins, puisque pour la première fois grâce à la loi, grâce à l'installation des ARS, nous allons couvrir l'ensemble du champ, décroisonner notre système de santé entre la médecine de ville, entre l'hôpital et le médico-social et nous allons répartir l'offre de soins en fonction des besoins. Troisième élément, organiser le parcours de soins en fonction des besoins des patients et pour cela il faut mieux

coordonner les professionnels de santé, les ARS permettront cette coordination, coordonner évidemment entre eux les professionnels de santé quel que soit le lieu où ils exercent et puis même intégrer dans cette coordination tout cet aspect médico-social et en particulier les établissements qui reçoivent des personnes âgées dépendantes. Quatrième élément, assurer pour nos concitoyens une meilleure utilisation, une optimisation des dépenses de santé. Les Français consacrent beaucoup d'argent à la dépense de santé. Nous sommes sur le podium, comme aux jeux olympiques, nous sommes sur le podium des trois pays qui dépensent le plus pour nos dépenses de santé. Nous avons les dépenses hospitalières les plus élevées du monde. Les Français ont le droit d'en avoir pour leur argent et pour en avoir pour leur argent, ils ont besoin d'un système qui colle aux réalités du terrain et c'est précisément ce que vont faire ces ARS : optimiser les dépenses au service de nos concitoyens.

Alors tout cela évidemment ne va pas se faire en un jour. C'est le travail peut-être d'une décennie, mais très vite, il faut que nos compatriotes aient le sentiment qu'il y a des résultats très concrets dans ce domaine. Le premier changement que je veux voir très vite, c'est rapprocher l'administration de la santé, grâce aux ARS, rapprocher l'administration de la santé du citoyen. On a un système trop centralisé, pas assez démocratique. Il faut que les élus qui connaissent leur territoire, il faut que les professionnels de santé, il faut que les associations de malades et d'usagers soient non seulement consultés mais soient intégrés à la prise de décision pour ces politiques de santé qui les concernent au premier chef et les ARS vont être des lieux de démocratie sanitaire. Il y aura non seulement un droit de regard mais je dirai même un droit d'intervention pour ces acteurs. Deuxième sujet sur lequel je veux qu'on avance très vite : la question de la permanence des soins. Là, je veux des résultats et ces résultats doivent même être pour 2010. Je fixe des objectifs qui sont très proches parce que les questions de permanence des soins c'est quelque chose qui interpelle nos concitoyens. Et bien sûr d'autres changements viendront pour améliorer notre système de santé. Aujourd'hui, nous enregistrons des progrès sensibles qui ont été obtenus en matière de qualité, de sécurité des soins mais il faudra encore progresser pour éviter la mortalité évitable, prendre en charge la douleur, les soins palliatifs, les personnes âgées. Cette amélioration du parcours du soin qui sera permise par les ARS ira dans le sens de cette prise en charge globale que j'attends de la rénovation de notre système de santé.

Quelle est votre plus grande attente vis-à-vis des ARS ?

J'attends beaucoup de choses des Agences Régionales de Santé parce que la restructuration de l'administration de santé c'est évidemment quelque chose de très important et les missions que je confie aux ARS sont multiples. Mais j'attends des ARS que les concitoyens, que nos concitoyens voient très vite ce qui va changer pour eux dans leur vie quotidienne. Les ARS ne sont pas une sorte de superstructure technocratique, éloignée de nos concitoyens. J'ai donc fixé une feuille de route très ambitieuse aux Directeurs Généraux d'ARS, à leur équipe. Je parlais de la permanence des soins, parce que la question de la permanence des soins c'est quelque chose qui angoisse parfois un certain nombre de nos concitoyens et je veux que grâce à cette administration de proximité, on trouve des solutions bénéfiques pour les deux parties, c'est à dire les professionnels de santé d'un côté qui ne doivent pas se voir surchargés de manière indue dans leur exercice et pour les patients, qu'ils aient un accès à des soins de qualité partout dans le territoire, à toute heure du jour et de la nuit. Le deuxième

élément, le deuxième objectif très précis, c'est de coller aux besoins et aux attentes de nos concitoyens qui sont différents dans chaque région. Donc une très grande proximité, une très grande écoute des besoins de nos concitoyens et très vite, j'ai demandé aux Directeurs Généraux d'ARS et leur équipe, mais ils l'ont déjà fait au moment de la phase de préfiguration, je leur ai demandé qu'ils commencent des concertations très vastes. Vous savez, les ARS ont de très solides atouts pour réussir. Elles ont des équipes tout à fait formidables, c'est la fusion au service des malades, au service de la santé de nos concitoyens, de pas moins de 10 services de l'Etat et de l'Assurance maladie. Tout cela s'est fait avec un enthousiasme, un désir de bien-faire pendant cette année de préfiguration qui est tout à fait remarquable. Quand je vois l'enthousiasme de ces équipes, je suis sûre qu'ils et elles vont réussir au service de la santé de nos concitoyens. Je leur fais toute confiance !

Jean-Marie BERTRAND, secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales

Quels sont les outils et les leviers mis en place pour améliorer le pilotage de la santé?

Au niveau national, deux moyens principaux. Le premier, c'est la création du Conseil National de Pilotage des ARS, qui est une instance collégiale, présidée par les deux ministres chargés de la Santé, du médico-social et de l'Assurance maladie. Cette instance collégiale est là pour définir les grandes orientations concernant les politiques que les ARS ont à mettre en œuvre et pour s'accorder sur un pilotage collégial de l'ensemble du réseau des ARS. Le deuxième levier, c'est la contractualisation, les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, les CPOM qui sont passés entre chaque Directeur Général d'ARS et les ministres. Ce sont des contrats de 4 ans par lesquels les ministres fixent un certain nombre d'objectifs, un petit nombre d'objectifs et d'autre part des contrats qui prévoient également les moyens pour atteindre ces objectifs.

Au niveau régional, un outil privilégié d'actions des ARS, c'est le Projet Régional de Santé.

Le Projet Régional de Santé, c'est l'instrument stratégique, de programmation, de planification pluriannuelle qui doit permettre d'élaborer, de formaliser la politique élaborée par l'agence et ensuite de la mettre en œuvre concrètement, de décliner cette politique.

Le Projet Régional de Santé c'est au premier niveau, un plan stratégique comme son nom l'indique, ce sont des objectifs stratégiques qui couvrent l'ensemble du champ de l'agence, à la fois le préventif, le curatif, le médico-social. Ce plan stratégique est ensuite décliné par des schémas sectoriels. Il y a un schéma sectoriel de l'organisation des soins, il en existait déjà un en matière hospitalière, la nouveauté c'est que le nouveau schéma d'organisation des soins couvre d'une part l'hospitalier, d'autre part l'ambulatoire.

Il y a un aussi schéma en matière de prévention, de veille et de sécurité sanitaire, il y a et, c'est encore une innovation, un schéma qui couvre le secteur du médico-social.

Le troisième étage après le plan stratégique, après les schémas, ce sont les programmes d'actions. Il y a un certain nombre de programmes d'actions qui déclinent les schémas d'organisation. Ce sont des programmes en matière de gestion du risque par exemple, en matière de télé-médecine et cet éventail est large.

En dehors de ce Projet Régional de Santé, les leviers des agences, ce sont bien-sûr la contractualisation avec les établissements ou demain, avec les professionnels libéraux. Ce sont également des procédures comme des appels à projets dans le champ médico-social. Les leviers d'actions, c'est aussi la gouvernance de l'agence à travers notamment cette grande instance de démocratie sanitaire que va être la Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie mais aussi le Conseil de Surveillance et les deux commissions de coordination, qui sont compétentes en matière de prévention d'une part et en matière médico-sociale d'autre part, qui vont permettre de mettre autour d'une table, l'ensemble des autorités publiques concernées par chacun de ces deux domaines dans lesquels il y a un partage de compétences entre les différentes autorités publiques.

A qui bénéficieront ces nouveaux moyens d'actions ?

Ces nouveaux outils vont en premier lieu bénéficier aux différents acteurs, aux différentes parties prenantes de l'élaboration de la mise en œuvre de la politique de santé publique à l'échelle régionale, c'est à dire l'ensemble des acteurs et des partenaires de l'Agence Régionale de Santé, au premier chef, les professionnels de santé et les responsables des différents établissements, que ce soient des établissements hospitaliers ou des établissements médico-sociaux. Mais les bénéficiaires ultimes et ceux pour qui tout le système est créé, organisé et mis en œuvre, ce sont tous nos concitoyens, tous les habitants de la région dont, l'amélioration de l'état de santé est l'objectif de tout cela. La création des ARS, ce n'est pas une réforme d'organisation, c'est une réforme qui vise à atteindre des objectifs d'amélioration de l'état de santé et de résorption des inégalités de santé. Nous savons qu'en France, notre système de santé a beaucoup de qualités. Mais il comporte aussi des défauts notables, notamment des inégalités de santé. Ce sont des inégalités de santé régionales mais qui sont aussi des inégalités sociales, que les ARS ont pour mission première de réduire.

Comment agira le DG d'une ARS, quelles sont ses responsabilités et comment travaillera-t-il en concertation avec les autres acteurs de santé en région ?

Le Directeur Général d'ARS agit tout d'abord grâce à ses pouvoirs, à ses pouvoirs propres. Il a entre ses mains les attributions, les compétences qui lui sont nécessaires pour effectuer, pour mettre en œuvre sa mission de régulation et notamment c'est lui qui élabore et qui arrête le Projet Régional de Santé, c'est lui qui définit et arrête les budgets, c'est lui qui conclut les conventions, les contrats avec les établissements, avec les différents opérateurs. Cela dit, ces pouvoirs qui sont des pouvoirs juridiques, pratiques, importants et larges, sont une chose. Ils ne peuvent prendre tout leur sens, apporter toute leur valeur ajoutée que dans la mesure où le Directeur Général d'ARS est un homme de contact, un homme de partenariat. Le levier d'actions majeur de l'ARS, du Directeur Général, c'est la concertation, c'est le dialogue qu'il conduit avec les différentes parties prenantes. Pour pouvoir mettre en œuvre cette concertation, ce dialogue, la gouvernance de l'ARS a été conçue de façon à créer des instances, des lieux privilégiés de concertation. Ces lieux privilégiés de concertation, c'est la Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie, qui n'est pas dans l'ARS mais à côté de l'ARS, mais les deux commissions de coordination qui sont compétentes en matière de prévention, en matière médico-sociale, sont à l'intérieur de l'agence des instances de concertation. De la même façon, au niveau infra régional des territoires de santé, les conférences de territoire seront des instances privilégiées de concertation pour définir la déclinaison de la politique régionale en fonction des besoins locaux de chacun des territoires.

Quelle est votre plus grande attente vis-à-vis des ARS ?

Ma première attente est évidemment que les ARS soient immédiatement opérationnelles et qu'elles le soient pleinement, le plus rapidement possible. Pour être opérationnelles, ce qui est important ce sont les hommes, ce sont les équipes, la constitution des équipes. Et là déjà cette constitution a été largement préparée. Et je pense qu'aujourd'hui ou dans les semaines qui viennent, ces équipes vont pouvoir rapidement donner le meilleur d'elles-mêmes. Il importe aussi que la gouvernance des agences, c'est à dire la mise en place des Conseils de Surveillance, de la Conférence Régionale de Santé, des Commissions de Coordination, des Conférences de territoire, que cette gouvernance soit

d'ici le deuxième semestre de cette année effectivement en place et que ces instances puissent fonctionner rapidement. De la même façon, il faut que l'instrument majeur qu'est le Projet Régional de Santé soit lancé, plus exactement que sa préparation soit lancée d'emblée, nous y avons travaillé dès avant la création des agences avec les préfigurateurs devenus aujourd'hui Directeurs Généraux d'ARS et les travaux sont en cours de lancement. L'objectif est d'avoir un projet régional de santé prêt au deuxième semestre de l'année 2011 et que ce Projet Régional de Santé ait été largement concerté d'ici là.

Le délai peut paraître long. En réalité, il est extrêmement court. Les délais sont tendus. Mais l'attente fondamentale vis à vis des agences c'est qu'elles contribuent d'emblée et dès la première année, par des résultats tangibles, à l'amélioration de la santé, de sa prise en charge dans le domaine des soins curatifs, à l'hôpital, mais aussi par la médecine ambulatoire, le médico-social et également dans la mise en oeuvre de la politique de santé publique. Il faut que les agences soient capables de montrer très concrètement à chacun de nos concitoyens, dans les régions, que grâce à l'ARS, dans les mois qui viennent, il sera plus facile pour les familles de trouver des places pour l'hébergement des personnes âgées, qui doivent être accueillies dans un contexte médicalisé, plus facile demain qu'aujourd'hui. De la même façon, il faut que nos concitoyens puissent constater que dans la permanence des soins, notamment dans les zones défavorisées, que ce soit dans les zones rurales ou urbaines, des améliorations sensibles sont perçues perceptibles. Je crois que c'est uniquement grâce à cela, grâce à ces témoignages que nous pourrions convaincre que cette réforme est une très grande réforme.

Michel LUCAS, Président du comité d'histoire des administrations chargées du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (CHATEFP)

Pouvez-vous nous retracer brièvement les grandes étapes du système de santé français qui nous mène logiquement aujourd'hui à la création des ARS ?

La médecine a mis beaucoup de temps à être organisée. Même la Convention avait supprimé l'obligation d'avoir un diplôme pour pouvoir exercer la médecine. C'est dire ! Donc c'est une loi de 1803 qui a commencé à organiser la médecine. Il a fallu quand même attendre 1892 pour avoir une loi exigeant qu'un médecin ait un diplôme. Bien sûr, ceux qui avaient le rang de docteur, c'est à dire qui sortaient d'une des universités prestigieuses déjà au XVIIIe siècle, ceux-là n'avaient pas besoin d'un diplôme. Mais c'est surtout les officiers de santé qui exerçaient la médecine, et surtout telle qu'elle est organisée maintenant, parce que c'est majoritairement une médecine libérale qui fournit les soins. Il a fallu attendre 1928, la création de la Confédération des Syndicats Médicaux Français pour voir définir les principes de ces médecines libérales. Et j'en retiendrai simplement un, parce qu'il reviendra sans doute dans la mise en œuvre des ARS, c'est la liberté d'installation, qu'on a essayé, je ne dirai pas de freiner, mais tout au moins de réguler de façon à ce qu'un médecin ne choisisse pas de préférence Nice plutôt que Ouessant, mais c'est difficile. Les médecins sont très attachés à ce principe. Quand à l'hospitalisation, on situe à peu près à l'époque d'Henri IV la création d'un hôpital mais les hôpitaux étaient plutôt destinés aux personnes déshéritées qu'à une organisation de soins telle qu'on la pratique maintenant. Quand même, la Convention qui avait laissé le champ libre aux médecins, avait tenu à exercer une tutelle administrative sur les hôpitaux et c'est le Ministère de l'Intérieur qui l'a exercé jusqu'en 1920, date de création du Ministère de la Santé. Durant toute cette période, il n'y avait pas de texte exigeant en matière de Santé Publique. Il y a eu simplement une loi organisant l'hygiène publique, sortie en 1869 et un corps d'inspection. Il est intéressant au passage de souligner que les Ministères, ceux que l'on appelle les Ministères Sanitaires et Sociaux ont commencé par mettre en place des inspections, inspection du travail en 1892, alors que le Ministère a été créé en 1906 et cette inspection de l'hygiène publique pour la santé, le Ministère ayant été créé en 1920. Voilà les bases avant qu'on en vienne aux évolutions.

Quels grands moments de l'histoire marquent les prémices de la création des ARS ?

C'est tardivement, c'est à partir de 1964 qu'on peut parler d'une organisation tendant sinon à planifier l'offre de soins, tout au moins à en réguler l'exercice et il est intéressant de souligner que c'est sur recommandation, après une enquête du comité qui étudiait les coûts et les rendements des Services Publics qu'on a proposé au Ministère de la Santé, - c'était Raymond Marcelin qui l'occupait à l'époque, en 1964 - , de fusionner les services qui existaient, qui s'étaient créés après 1920, essentiellement pour la santé, une Direction Départementale de la Santé Publique. Donc c'est en 1964 que cette réforme est intervenue et au niveau régional en 1977, on a procédé de la même façon en fusionnant les Directions Régionales de la Sécurité Sociale et les Services régionaux de caractère sanitaire. Il y a déjà eu une période intermédiaire entre ces organismes mis en place dans la décennie 1960, c'est la création des Agences Régionales de l'Hospitalisation qui est intervenue dans le cadre du Plan Juppé en 1997 et qui consistait à planifier, tout au moins à coordonner la mise en place des établissements

sanitaires et en organiser le contrôle sur le plan financier. Ces Agences Régionales se sont appuyées sur les DRASS pour avoir les moyens humains de fonctionner. Ce n'était pas un service de l'Etat, c'était un GIP, puisqu'un des deux vice-présidents était le Directeur de la Caisse Régionale d'Assurance Maladie. C'est intéressant de souligner cette intervention des ARH parce que c'était déjà un début de travail en commun des Services de l'Etat et des Organismes de Sécurité Sociale.

Quels sont les enjeux de la loi du 21 Juillet 2009 qui préconise une modernisation globale du système de santé ? Et en quoi les ARS y répondent ?

Les enjeux sont beaucoup plus importants. Il s'agit d'une part de moderniser ce système qui, vous avez vu, a mis du temps à grandir et s'organiser. Il s'agit aussi d'assurer à la population la meilleure qualité possible des soins qu'on lui donne, d'organiser la prévention. On n'a pas jusqu'à présent, on ne peut pas dire qu'on ait en France une politique de prévention en matière de santé publique. On a des politiques de prévention par rapport à telle ou telle pathologie, le cancer, le cardio-vasculaire etc, mais une politique globale, c'est un des enjeux auquel les ARS entendent répondre. L'organisation, son grand intérêt c'est qu'il y a une structure qui va s'occuper d'évaluer les besoins, d'évaluer les solutions, d'évaluer les personnels qui vont mettre en œuvre ces solutions et je crois que c'est un pas considérable, non seulement pour gagner du temps, l'expérience des prémices a été trop longue et donc ça c'est un atout. Ce qui serait sans doute utile, pour pouvoir juger d'une façon non théorique si la réponse est suffisante, ça serait d'observer ce qui peut se passer par exemple dans une région, une région qui a des besoins de santé publique importants, qui a déjà un tissu d'établissements conséquents, une volonté de travailler ensemble plus pertinente, et je pense à la région du Nord-Pas-de-Calais qui est défavorisée en terme d'état de la santé publique. Il y a un tissu d'établissements, c'est une région où la volonté associative des gens est importante, donc il y a une façon de travailler ensemble, qui va tout à fait dans le sens de ce que recherche le législateur en créant les ARS et donc il y a là un volontarisme qui pourrait être intéressant à suivre, voir ce que cette région va donner, et éventuellement en choisir d'autres, mais je pense à celle-là parce qu'elle est intéressante compte tenu des besoins de la population qui sont peut-être plus conséquents qu'ailleurs et je crois que ça permettrait ensuite d'organiser une communication. Il faut que cette réforme soit accompagnée d'une intense communication pour favoriser les intégrations culturelles des personnels, pour être admise par les interlocuteurs. Il y a bien sûr des structures, la Conférence Régionale qui est prévue est une sorte de Parlement, la Commission de Surveillance et l'exécutif. Il va voir ensuite comment le Directeur Général met en œuvre ce qui a pu être retenu, mais il ne faut pas que cela fonctionne en interne. Je crois que les ARS doivent vraiment fonctionner les fenêtres ouvertes.

Pierre GAUTHIER, IGAS. Précédemment Directeur ARH Midi-Pyrénées

De votre point de vue d'ancien directeur d'ARH Midi-Pyrénées, quels atouts offrent les ARS ?

L'atout principal, c'est leur champ de compétences, c'est à dire qu'elles auront compétence sur l'ensemble du champ de l'offre de soins, depuis les soins primaires, la médecine libérale, jusqu'au secteur médico-social en passant naturellement par le champ hospitalier. Et ça, c'est une réforme fondamentale que d'ailleurs nous appelions de nos vœux depuis très longtemps. Donc il faut se réjouir que cette réforme soit mise en œuvre en ce moment.

L'ARS, c'est le métissage de nombreux métiers qui vont travailler ensemble. Quels challenges ces professionnels auront à relever ?

C'est celui d'abord du brassage des cultures, puisque nous avons dans les ARS des gens qui viennent des services déconcentrés de l'Etat, les plus nombreux viennent des DASS et des DRASS, nous avons des gens qui viennent de l'Assurance maladie, et nous avons une catégorie intermédiaire, ceux qui étaient dans les ARH, dans les URCAM et qui dans les ARH, dans les URCAM, dans les Missions Régionales de Santé, les MRS, avaient commencé ce brassage des cultures entre les services de l'Etat, les services de l'Assurance maladie, entre la culture du contrôle et la culture de l'accompagnement, si je puis dire pour schématiser un peu. Brassage des cultures et également défi de la pluridisciplinarité au quotidien. Les ARS feront travailler ensemble des spécialistes des systèmes d'information, des statisticiens, des pharmaciens, plusieurs catégories de médecins, des responsables de gestion des ressources humaines, des spécialistes de comptabilité hospitalière et des budgets hospitaliers et donc tous ces gens devront travailler ensemble. Ils ont commencé à le faire depuis un certain nombre d'années, mais il faudra certainement aller plus loin avec un défi, celui de concilier la spécialisation et la proximité, parce que l'ARS c'est également les délégations territoriales et ces délégations territoriales doivent assurer cette réponse de proximité dont on a besoin. Mais en même temps, c'est davantage de spécialisation et de technicité.

Vous avez occupé différents postes au sein du Ministère de la Santé, quelle est votre plus grande attente vis-à-vis des ARS ?

Ce que j'attends, c'est effectivement ce qu'apportera le champ réunifié, à savoir qu'on traitera à la fois de l'hospitalier, de la médecine des soins primaires et du médico-social. Pourquoi ? Parce que nous avons un champ qui était tronçonné et un certain nombre de catégories de demandeurs de soins ont été desservis par ces cloisons. Les plus connus sont les malades mentaux dont la réinsertion est problématique, les gens victimes d'addictions, les autistes notamment, les victimes de trauma-crânien qui ne trouvent de place nulle part, parce qu'ils étaient à cheval sur plusieurs champs de compétence et donc dans l'arbitrage des ressources, ils passaient toujours après les autres avec des dénis de compétences. Et donc là je crois que nous pourrons aller beaucoup plus loin dans une meilleure réponse aux besoins, bien entendu en assurant le contrôle des dépenses parce qu'on est là aussi pour cela et que c'est une contrainte qu'on ne peut ignorer.

Laurent Chambaud directeur de la santé publique de l'ARS Ile-de-France

Vous avez été nommé directeur de la santé publique à l'ARS Ile-de-France. Comment concevez-vous votre mission ?

Il y aura probablement trois grands axes forts à développer. Le premier c'est sur ce que l'on appelle la promotion de la santé et la prévention, ce qui veut dire en gros essayer de lutter contre l'ensemble des inégalités qui sont à la source des problèmes de santé, je pense notamment aux problèmes d'urbanisme, aux problèmes de logement, aux problèmes de transports, les problèmes d'éducation au sein du milieu scolaire, tout ce sur lequel on peut avoir un rôle en tant que promotion de la santé. Il y aura un deuxième axe qui est autour de la prévention, la prévention avec des axes simples, que ce soient les dépistages, que ce soient les vaccinations ou des éléments dans lesquels le système de soins a un rôle important et notre rôle va être de développer la prévention sous toutes ses formes, auprès des populations en Ile-de-France. Il y a un troisième axe important, qui est en fait de pouvoir contrôler les problèmes sanitaires, ce que l'on appelle les alertes sanitaires, donc avoir en Ile-de-France un système cohérent au niveau régional qui permet de contrôler les risques pour la population, avoir un bon système de gestion des alertes sanitaires en liaison avec les Préfets. J'insiste peut-être sur un point, c'est que les aspects de prévention et de promotion de la santé au niveau de l'ARS vont demander un partenariat très fort, partenariat avec les populations, partenariat avec les élus locaux notamment et partenariat aussi avec tout le tissu associatif qui met en place des actions de prévention dans les collectivités, en santé au travail, au niveau scolaire, au niveau des quartiers. Ce sera les trois axes peut-être les plus importants, mais c'est déjà beaucoup de travail.

Quelles sont les autres grandes missions des ARS ?

En terme de grandes missions, on aura un peu près tous les mêmes missions, c'est à dire développer la qualité et l'efficacité de l'ensemble du système de santé pris au sens large, c'est à dire plutôt la définition de l'OMS de la santé, pas uniquement la maladie et puis d'assurer une bonne efficacité c'est à dire d'avoir des résultats rapidement avec les moyens que l'on peut mettre dans le système de santé. Outre la prévention et la sécurité sanitaire dont je serai responsable, il y a aussi toute l'organisation du système de soins et donc là, l'ARS permet d'avoir à la fois une vision sur l'hôpital, mais aussi sur l'ambulatoire et puis une vision aussi sur toutes les ressources et les services particuliers pour les personnes âgées et pour les personnes handicapées, ce que l'on appelle le médico-social chez nous.

Quelle est votre plus grande attente vis-à-vis des ARS ?

Ma plus grande attente vis à vis des ARS, c'est une attente vis à vis de la population, c'est à dire que la population puisse voir qu'il y a une évolution qui se fait avec des services qui sont plus lisibles, plus transparents, qu'il y ait une meilleure cohérence et bien entendu une meilleure qualité des services qui sont offerts. Et je pense notamment aux populations les plus fragiles, puisqu'en Ile-de-France comme dans beaucoup d'endroits, on voit que très souvent c'est pour les personnes les plus fragiles qu'il y a des difficultés d'accès non seulement aux soins mais aussi aux actions de prévention.