



Pour une politique régionale de développement
des métiers et des compétences en santé

Ressources humaines et Projets régionaux de santé (PRS)

RAPPORT

À Madame la Ministre des Affaires sociales et de la Santé

Rapporteure : **Chantal de SINGLY**

10 juillet 2014

Table des matières.....	2
Lettre d'introduction du rapport.....	4
Lettre de mission	5
Introduction.....	7
Première partie : Du PRS à la stratégie nationale de santé, les ressources humaines au cœur des transformations.....	11
1. Les politiques régionales de santé (PRS) conduites par les ARS sont mobilisées autour de la transformation du système de santé pour l'adapter aux nouveaux enjeux de santé.....	11
2. Différentes d'une région à l'autre, ces politiques suivent cependant des lignes de forces qui se retrouvent dans l'ensemble des PRS.....	12
3. Toutes ces évolutions de l'offre en santé portées par les ARS ont des conséquences sur les ressources humaines en santé.	15
4. Les ARS sont au cœur de ces transformations de l'offre en santé qu'elles suscitent ou accompagnent et qui impactent les ressources humaines en santé.	17
Deuxième partie : Le champ d'intervention des agences régionales en matière de professionnels de santé sur leur territoire : initiatives à partager et leviers à mobiliser... ..	18
1. Les articulations entre les acteurs.....	19
2. Quelle prospective et quels outils de connaissance ?	20
3. Comment développer les compétences?.....	27
4. Comment répartir les compétences sur le territoire et développer les nouveaux modes d'exercice.	33
5. Actions d'accompagnement des établissements.....	35
6. Quel pilotage et quelle concertation en région ?	37
Troisième partie : synthèse et propositions en quatre ambitions.....	46
Ambition n°1 : Permettre la construction d'une vision régionale stratégique prospective et partagée sur les professionnels et les compétences.....	50
Ambition n°2 : Intervenir sur la régulation régionale des flux – flux d'entrée par la formation initiale -, ainsi que la répartition des compétences sanitaires et médico-sociales.	52

Ambition n°3 : Accompagner les acteurs dans l'animation et la promotion des questions relatives aux métiers, aux emplois et aux compétences dans les champs sanitaire et médico-social	56
Ambition n°4 : Promouvoir de nouvelles pratiques professionnelles et de nouveaux modes d'exercice par la formation et des incitations.	60
Annexe 1 : Calendrier et composition de la commission	65
Annexe 2 : Les collaborateurs de la mission	69
Annexe 3 : Les personnes auditionnées et consultées.....	70
Annexe 4 : Contributions écrites	71
Proposition de la Fédération Hospitalière de France et des Conférences de Directeurs de CH et CHU.....	71
Contribution de la CFDT « la GPEC dans les ARS »	75
Contribution de la FNESI – Fédération Nationale des Etudiants en Soins Infirmiers et de la FNEK – Fédération Nationale des Etudiants en Kinésithérapie.....	82
Propositions des Directeurs des Soins, Conseillers Techniques et Pédagogiques Régionaux.....	85
Annexe 5 : Le questionnaire.....	89
Annexe 6 : Les documents consultés	98
Annexe 7 : Synthèse Atelier 1	99
Annexe 8 : Synthèse Atelier 2	102
Annexe 9 : Glossaire	105

Madame la ministre

Vous m'avez confié la mission de formuler des recommandations opérationnelles permettant l'élaboration d'une politique régionale de développement des métiers et des compétences au sein des projets régionaux de santé.

Il s'agissait de recenser les initiatives prises en ce domaine par les ARS, de confronter celles-ci aux attentes de leurs partenaires et de les situer au regard des évolutions attendues du système de santé et notamment celles que vous portez dans le projet de loi de santé publique.

Au terme de travaux portés par une commission associant des représentants de l'ensemble des acteurs concernés, j'ai le plaisir de vous remettre le rapport qui conclut des échanges animés, parfois vifs, toujours constructifs, à l'image de l'intérêt que suscite cette question. Douze propositions vous sont présentées pour faire en sorte qu'émerge ou se renforce en région une dynamique de développement des ressources humaines en santé dans un dialogue social réunissant tous les partenaires.

J'ai été très heureuse de coordonner cette réflexion à laquelle Véronique Billaud, ARS Ile de France, et Pierre Blaise, ARS Pays de Loire, ont largement contribué à mes côtés et je souhaite qu'elle puisse s'inscrire dans le déploiement de la stratégie nationale de santé que vous portez.

Je vous remercie de la confiance que vous m'avez accordée.

Chantal de Singly



MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

La Ministre

Paris, le - 2 OCT. 2013

CAB OTS – EP/MCA-FR/Me D13-6610

Madame la Directrice générale,

Les projets régionaux de santé (PRS) ont associé un grand nombre d'acteurs régionaux à travers notamment la conférence régionale de la santé et de l'autonomie ainsi que les conférences de territoire. Ces stratégies régionales se sont inscrites dans une vision globale de la santé (prévention, offre de soins, médico-social et veille et sécurité sanitaire).

Les travaux menés ou en cours au niveau régional sur la thématique de ressources humaines sont nombreux : amélioration de la connaissance de la démographie des professionnels de santé, analyse de l'attractivité du territoire et des types d'exercice proposés, incitation à faire évoluer de manière permanente les métiers et l'appareil de formation, réflexion sur les modalités de fidélisation, la formation continue et les qualifications professionnelles (quotas de professionnels à former, gestion des contrats d'engagement de service public...).

Pour autant, les enjeux auxquels doit faire face le système de santé, et auxquels la stratégie nationale de santé que j'ai lancée doit répondre, nécessitent une politique de ressources humaines plus affirmée, mieux partagée et intégrée au projet régional de santé.

Il est donc indispensable de franchir une nouvelle étape dans l'identification d'une politique de développement des métiers et des compétences au niveau régional. Il s'agit à la fois d'anticiper pour une région, dans le cadre de la stratégie nationale de santé et selon sa déclinaison régionale, les besoins de recrutement, de nouvelles compétences attendues et de formation des acteurs de santé.

Dans le prolongement du rapport que m'a remis Edouard Couty le 4 mars dernier dans le cadre du pacte de confiance avec les personnels hospitaliers et en lien avec les travaux que j'engage pour mettre en œuvre la stratégie nationale de santé, je souhaite vous confier le soin de recenser l'ensemble des outils et des bonnes pratiques dans le champ de l'amélioration des conditions de travail, de la prévention des maladies professionnelles, de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, de l'accompagnement des jeunes professionnels...

Sur le fondement de ce recensement, il vous appartiendra de formuler des recommandations opérationnelles permettant l'élaboration d'une politique régionale de développement des métiers et des compétences au sein des projets régionaux de santé.

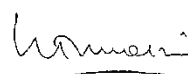
Madame Chantal de SINGLY
Directrice Générale
ARS Océan Indien
2 bis avenue Georges Brassens
CS 61002
97743 SAINT DENIS Cedex

14 AVENUE DUQUESNE – 75350 PARIS 07 SP
TÉLÉPHONE. (33) 01.40.56.60.00

La direction générale de l'offre de soins vous apportera son concours durant votre mission. Je vous demande de me tenir informée régulièrement de l'état d'avancement de vos travaux et de me remettre vos conclusions en avril 2014.

Je sais pouvoir compter sur votre engagement et votre capacité à associer pleinement l'ensemble des organisations professionnelles représentatives directement concernées par la thématique des ressources humaines.

Je vous prie d'agréer, Madame la Directrice générale, l'expression de ma sincère considération.



Marisol TOURAINE

En présentant le 4 mars 2013 les conclusions du rapport de la mission sur le pacte de confiance à l'hôpital la ministre des Affaires sociales et de la santé Marisol Touraine a pris treize engagements forts pour restaurer la confiance à l'hôpital, dont cinq visent le dialogue social.

Et l'un d'entre eux - l'engagement 10 - concerne le niveau régional : « Les ARS devront développer une vision sur les ressources humaines de leur territoire. Et je renforcerai par décret les missions des commissions régionales paritaires dès cette année. Par ailleurs, je souhaite que les agences aient une vision prospective des besoins humains sur leur territoire. Cela passera par un volet ressources humaines dans l'ensemble des projets régionaux de santé que nous inscrirons dans la loi dès l'année prochaine. Il est aussi souhaitable, comme le propose Edouard Couty, d'identifier un vivier de personnes ressources pour développer la médiation en cas de conflit. Enfin, je souhaite que soit ouvert, au niveau régional, en lien avec la vision prospective sur les ressources humaines, un chantier sur l'attractivité médicale. »

Mais comme l'ont montré les travaux du pacte de confiance, la question d'un dialogue social au niveau régional est délicate. Elle suscite des débats parfois polémiques, souvent passionnés et ne laissent jamais les acteurs indifférents.

C'est la raison pour laquelle la ministre Marisol Touraine, après avoir acté le renforcement des commissions régionales paritaires, a souhaité faire précéder la pleine mise en œuvre concrète de cet engagement d'un approfondissement de la réflexion.

Comment les ARS ont-elles abordé la question des ressources humaines en santé dans leur région ?

En ont-elles fait un volet spécifique de leur projet régional de santé ?

Ont-elles développé avec les acteurs de leur région des actions spécifiques pour prévoir les besoins de recrutement, préparer les professionnels à l'indispensable évolution de leurs pratiques, accompagner les changements organisationnels, veiller à la qualité des modes d'exercice ?

Ont-elles avec l'ensemble des acteurs de leur région construit une stratégie régionale de santé qui puisse se déployer avec des professionnels formés, bien répartis sur le territoire et développant des pratiques professionnelles attendues ?

Ont-elles animé un dialogue avec les acteurs régionaux sur ces sujets ?

C'est pour répondre à ces questions que la ministre Marisol Touraine a confié le 2 octobre 2013 une mission à un directeur général d'ARS. Il s'agissait à la fois d'explorer ce que les ARS depuis leur création en avril 2010 ont développé avec leurs partenaires sur le champ des ressources humaines en santé et quels outils et/ou bonnes pratiques elles ont mis en œuvre pour amorcer une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences au niveau régional. Il s'agissait aussi après l'annonce de la stratégie nationale de santé de mesurer

comment les profondes transformations qu'elle appelle, interrogent la question d'une politique régionale de ressources humaines en santé.

Il s'agissait enfin d'identifier les freins et les leviers pour qu'une telle politique puisse être construite et portée avec tous ceux qu'elle concerne.

Il convient de souligner que, même si elle s'inscrivait en prolongation de certains travaux du pacte de confiance à l'hôpital, cette mission n'a pas été limitée à la question des ressources humaines hospitalières mais qu'elle a porté sur les questions relatives aux professionnels des secteurs des soins (public ou privé, en exercice salarié ou libéral) et de l'accompagnement médico-social.

Pour conduire cette réflexion, Chantal de Singly, directrice générale de l'ARS Océan Indien, s'est entourée de deux cadres dirigeants d'ARS, Véronique Billaud en tant qu'expert sur les professionnels de santé pour l'ARS Ile de France et Pierre Blaise, directeur du projet régional de santé de l'ARS Pays de la Loire.

De novembre 2013 au mois d'avril 2014, elle a réuni une commission associant, comme le prévoit la lettre de mission, l'ensemble des organisations professionnelles représentatives directement concernées par la thématique des ressources humaines dans le champ de la santé.

En outre des membres de la commission se sont impliqués dans deux ateliers.

Le premier avait pour objectif de repérer les évolutions en cours -portées par les projets régionaux de santé de première génération- et à venir -telles que les dessine la stratégie nationale de santé-et leur impact sur les pratiques professionnelles et les organisations de travail. Il a par ailleurs fait le lien du point de vue des ressources humaines avec d'autres travaux en cours, et notamment les conclusions du comité interministériel sur le handicap, le plan en cours sur les métiers de l'autonomie et les perspectives des états généraux du travail social.

Le deuxième atelier devait comme le prévoyait la lettre de mission faire l'état des lieux des actions menées par les ARS, identifier les freins et les leviers disponibles pour aller plus loin. Il a construit un questionnaire permettant d'identifier les pratiques des ARS, leurs modes de concertation avec leurs partenaires et la manière dont elles se sont organisées en interne pour porter des actions dans le champ des ressources humaines en santé. Chacun des ateliers a consulté également des experts. Par ailleurs la mission a conduit plusieurs auditions pour compléter cet éclairage.

Enfin la mission a bénéficié de la mise à disposition d'un directeur d'hôpital : Claude Dagorn a rejoint à cette fin la DGOS à partir de février 2014. Roland Gonin, directeur d'hôpital en fonction à l'AP-HP, a également apporté sa contribution à la mission.

Pour rendre compte de ces travaux, le rapport est construit en trois parties :

- La première reprend les évolutions en cours dans les secteurs de la santé, évolutions déjà énoncées dans les PRS et remises en débat national tant à travers la SNS que les chantiers du

Comité Interministériel du handicap et que le projet de loi sur le vieillissement. Et elle souligne ce qui de ces évolutions modifie profondément les pratiques professionnelles, fait apparaître des évolutions dans les métiers de la santé, de nouvelles compétences à faire émerger, et appelle en conséquence une vision nouvelle sur les ressources humaines. Les ARS au cœur de ces transformations sur leur territoire disposent-elles de tous les leviers pour agir sur les ressources humaines en santé ? Telle est la conclusion de cette partie qui ouvre la deuxième centrée sur les pratiques développées en région à l'initiative des ARS.

- Cette deuxième partie rend compte de manière très précise des travaux menés en région et rapportés par les ARS ; elle répond à la commande de la lettre de mission en identifiant les différentes pratiques et en dégagant celles qui pourraient naturellement être partagées entre l'ensemble des régions. Elle pose aussi la question des freins et des leviers pour aller plus loin et conduire à des propositions.

- La troisième partie présente ces propositions, réunies en quatre ambitions. Celles-ci intéressent l'ensemble des acteurs de santé d'une région et appellent une impulsion renforcée des ARS en matière de ressources humaines dans le domaine de la santé :

- a. Permettre la construction d'une vision stratégique prospective et partagée sur la démographie des professionnels, sur les métiers, les compétences et les modes d'exercice ;
- b. Intervenir sur la régulation régionale des flux ainsi que sur la répartition territoriale des compétences ;
- c. Accompagner les acteurs dans l'animation et la promotion des questions relatives aux métiers, aux emplois et aux compétences dans les champs sanitaire et médico-social ;
- d. Promouvoir de nouvelles pratiques et de nouveaux modes d'exercice par la formation et les incitations

Les débats au sein de la commission, lors des auditions et avec les directeurs généraux des ARS, ont confirmé l'importance de travailler la question des ressources humaines en santé au niveau régional. Les évolutions du système de santé en cours sont de plus en plus perçues dans leur impact sur les professionnels et les organisations de travail.

Tous s'accordent désormais à considérer que les ressources humaines ne sont ni une variable d'ajustement ni une simple conséquence d'une stratégie qui ne serait fondée que sur des besoins de soins ou de services. Les ressources humaines sont une composante à part entière de la stratégie et à ce titre doivent être présentes à la fois dans la vision à moyen et long terme de la santé et dans les programmes opérationnels qui découlent de cette vision. Au-delà de cette stratégie et pour l'appuyer, il apparaît clairement que la dimension des professionnels, des emplois et des compétences doit être continuellement présente dans les transformations du système de santé portées par la politique nationale et mise en œuvre en région. Cela doit se traduire par une place accrue dans le dialogue que les ARS entretiennent d'une part avec les acteurs du système de santé et d'autre part avec des partenaires incontournables sur ces questions, notamment la Région et l'Université.

A l'égard des ARS, s'expriment donc des attentes très fortes et finalement peu contradictoires. De ce point de vue la mission espère avoir contribué à clarifier et apaiser la question sensible du dialogue social régional en précisant ce qui en relève et ce qui n'en relève pas et en affichant des règles du jeu pour qu'il soit constructif tant du point de vue des fédérations d'employeurs que des syndicats des professionnels. Il faut cependant noter que les directeurs d'établissements ne perçoivent pas toujours soutien et confiance de la part des ARS à leur égard. Leurs craintes relatives à un dialogue social régional animé par les ARS ne seront véritablement levées sans cette confiance réaffirmée et manifestée.

Au-delà de cette question particulière, la mission a mis en évidence les axes centraux de cette action régionale que les ARS doivent porter avec tous leurs partenaires.

La notion de Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences régionale ne soulève pas de controverse. Le rôle de régulation sur les flux de formations initiales non plus. Il faut une vision stratégique construite avec tous au sein du PRS et portée fortement dans sa traduction en actions sur le terrain. Face à cette attente à l'égard d'un rôle qui ne fut pas identifié aussi fortement au moment de leur création, les ARS ont commencé à se réorganiser en interne pour mieux le remplir.

S'amorce ainsi depuis plusieurs mois dans nombre d'entre elles une réflexion sur la manière de mieux assumer cette mission en mesurant la portée et en retravaillant son positionnement interne. Dans le cadre des bilans à mi-parcours des PRS, plusieurs ARS reviennent sur cette question, même si elles n'en avaient pas fait un volet spécifique au sein de leur projet. Enfin la plupart des ARS intensifient leurs partenariats externes pour amplifier le développement des compétences régionales dans des logiques de nouveaux métiers ou de métiers élargis. Dans ce contexte et grâce à la qualité d'écoute de chacun des membres de la commission, les débats en son sein ont été très constructifs et il faut les en remercier. Parallèlement les discussions au sein du collège des ARS ont permis aussi d'aboutir à des points de vue rapprochés et convergents avec les conclusions de la commission.

Le rapport de cette mission sur la place des ressources humaines dans la stratégie régionale de santé arrive donc à un moment d'accord possible entre tous les acteurs sur ce qu'il convient de faire et la manière dont il faut agir. Et cet accord repose d'abord sur une nécessaire confiance entre tous et sur une attente de soutien de la part des ARS sur ce domaine sensible des ressources et des relations humaines. Il s'agit bien du pacte de confiance. Il reste maintenant à resituer ces ambitions dans la future loi de santé et à décider quelles priorités nationales et régionales, il convient de retenir de ces propositions.

Initialement conduites séparément dans les SROS, les PRSP, et autres PRIAC en région, c'est aujourd'hui à travers les projets régionaux de santé que les agences régionales de santé installées en 2010 conduisent et accompagnent les transformations de l'offre en santé auxquelles la stratégie nationale de santé donne désormais un cadre stratégique national.

1. LES POLITIQUES REGIONALES DE SANTE (PRS) CONDUITES PAR LES ARS SONT MOBILISEES AUTOUR DE LA TRANSFORMATION DU SYSTEME DE SANTE POUR L'ADAPTER AUX NOUVEAUX ENJEUX DE SANTE.

Le vieillissement de la population auquel s'associent le développement des maladies chroniques ainsi que la perte d'autonomie s'inscrit comme un défi majeur de notre société contemporaine. Ce processus modifie profondément les attentes de la population qu'il s'agisse des patients comme de leur famille. Le maintien à domicile est une demande grandissante qui appelle une démarche de *reengineering* du soin et de la prise en charge.

De façon concomitante et indépendante, des évolutions sociales des professionnels de santé nécessitent d'importants ajustements dans l'organisation générale, dans les modes d'exercice, mais aussi de nouveaux modes de régulation afin d'assurer une continuité dans l'espace et dans le temps d'une offre en adéquation aux besoins.

D'autres phénomènes viennent impacter un système en perpétuelle adaptation. Les technologies de l'information ou numériques fournissent sans cesse de nouvelles opportunités pour le patient qui devient de plus en plus acteur de sa prise en charge, pour le médecin et/ou le soignant qui peut accéder aux données y compris aux images et aux mesures sans être nécessairement "au lit du patient". Les technologies de l'information et de la communication bouleversent également le travail du professionnel en favorisant le travail collaboratif au sein d'équipes opérant à l'échelle d'espaces virtuels. Les nouvelles technologies médicales pourraient également modifier les modes de prise en charge des patients, nécessiter l'évolution des métiers et l'intégration d'autres jusqu'ici absents du secteur sanitaire (nano médicaments par exemple).

Ce sont aujourd'hui les projets régionaux de santé qui donnent forme à la politique que mènent les ARS. L'approche transversale qui caractérise les PRS, facilitée par le champ très large d'intervention des ARS autour de la prévention et de la gestion des ruptures de parcours de santé des populations, (prévention, soins et suivi médical, accompagnement social et médicosocial) constitue indubitablement une étape novatrice porteuse d'efficience.

La structure socle pour les PRS (plan stratégique, 3 schémas (SRP, SROS, SROMS)), des programmes territoriaux, des programmes populationnels ou thématiques) mais une très grande variété dans leur construction, reflet des disparités d'enjeux entre les régions et des stratégies d'intervention et d'interactions avec les acteurs et partenaires, est un édifice aujourd'hui fonctionnel qui, déjà en évaluation, va connaître sa première évolution.

2. DIFFERENTES D'UNE REGION A L'AUTRE, CES POLITIQUES SUIVENT CEPENDANT DES LIGNES DE FORCES QUI SE RETROUVENT DANS L'ENSEMBLE DES PRS.

Ce qui semble bien être un mouvement de fond, la transformation de l'exercice isolé de la médecine générale et des professions paramédicales dite "de ville" (en milieu urbain et rural) en un exercice regroupé pluri-professionnel dans des maisons et pôles de santé, se traduit par une montée en charge du rôle des services de santé primaire. Ce processus de grande ampleur à la fois comporte un enjeu d'adaptation à la complexité des réponses de soin à apporter et génèrent des contraintes liées à la démographie médicale (optimiser le temps médical, rendre l'exercice attractif pour les jeunes professionnels qui redoutent l'isolement professionnel, mutualiser les moyens).

Il se manifeste par une première évolution des modes d'exercice et de partage du travail. Depuis quelques années diverses expériences ont promu l'idée selon laquelle le partage des compétences consacré par des textes et encadré par la nomenclature des actes pourrait bénéficier de quelques aménagements afin de permettre d'accéder à un niveau supérieur d'efficacité. Cette innovation pour vaincre les rigidités et bénéficier d'une sécurité juridique fut bientôt inscrit dans un cadre législatif par la Loi HPST – Art. 51 -. A cet égard il faut bien conserver à l'esprit que l'action en santé fait intervenir une chaîne de multiples intervenants professionnels dont la faiblesse d'un maillon est susceptible d'affecter l'ensemble. C'est donc bien la pluri professionnalité de l'exercice qui est recherchée.

Depuis que ce nouveau cadre législatif est en vigueur nous assistons à un développement mesuré de ces nouvelles pratiques, car encore contraint au plan de la procédure. Pour se développer pleinement et passer du stade "artisanal" au stade "industriel" quelques simplifications des procédures seraient nécessaires.

La deuxième évolution aujourd'hui encore à l'état d'amorce peut être désignée sous le terme de territorialisation des équipes de spécialistes. Il apparaît dans certains territoires de plus en plus fréquemment qu'il devient difficile voire impossible de maintenir les compétences médicales spécialisées hospitalières ou libérales jusqu'alors présentes et aujourd'hui concentrées dans les grandes villes alors que leur pertinence reste avérée dans nombre de situations. Les établissements concernés se voient contraints de recourir dans un premier temps à des expédients tel que l'intérim coûteux et fragilisant la qualité et la sécurité des soins. La solution alternative réside dans la constitution d'équipes territoriales susceptibles d'offrir des réponses et avis spécialisés répondant aux besoins de la population d'un territoire.

Se développent également différentes modalités de coopération entre professionnels, dont la démarche la plus emblématique à ce jour par son étendue est connue sous l'acronyme ASALEE et concerne des suivis de maladies chroniques, éducation thérapeutique du patient mais aussi des dépistages pour lesquels les infirmiers sont habilités sous leur propre responsabilité et de façon encadré –protocoles - à prescrire et/ou à pratiquer des actes.

Une troisième évolution concerne les modes de rémunération, nouveaux modes de rémunération (NMR), salariat, qui méritent d'être évoquées à cet endroit. Tout d'abord on

constate un tropisme grandissant des jeunes médecins vers le salariat souvent choisi par défiance vis-à-vis d'un exercice libéral générateur de charges administratives jugées trop importantes et de craintes quant aux engagements financiers d'une installation.

Ensuite plusieurs innovations font évoluer le mode de rémunération en exercice libéral reposant jusqu'alors exclusivement sur le paiement à l'acte.

Par ailleurs, les dispositifs conçus pour agir sur la démographie se mettent en place progressivement. Ce furent d'abord les contrats d'engagement de service public (CESP) censés agir en amont sur l'orientation et l'implantation des jeunes médecins à la sortie de leurs études. Puis le contrat de praticien territorial de médecine générale (PTMG) qui accompagne et sécurise le jeune praticien en médecine générale dans les premiers mois de l'installation sur des territoires fragiles.

Le revenu sur objectifs de santé publique (ROSP) a été introduit en 2012 par voie conventionnelle par l'Assurance Maladie comme forme de « P4P » (*payment for performance*).

Ces nouveaux modes de rémunération tous encore jeunes ne pèsent que très marginalement sur l'offre médicale. Encore discrets ils ont vocation à s'étendre, puis se généraliser et s'enrichir de nombreuses autres formules.

Ils constituent à n'en pas douter des leviers dont les ARS doivent doser l'utilisation en fonction des objectifs fixés dans les PRS.

Une quatrième évolution voit la construction de réponses en termes organisationnels et de gouvernance au besoin accru de coordination des acteurs sur les territoires de proximité : D'une part, organisation de la coordination des professionnels autour des soins des patients. D'autre part organisation de l'articulation entre les secteurs sanitaire, social et médico-social par une réingénierie des réseaux, par une intégration des acteurs sur un territoire de proximité, par une organisation de réponses coordonnées aux besoins d'appui des professionnels, par des contrats locaux de santé, par la mise sous protocole des interventions respectives des acteurs sur un territoire, par le prototypage de structuration des parcours des personnes âgées en risque de perte d'autonomie. Ces initiatives sont soutenues nationalement par exemple par les fiches points clé et solution de la HAS, par les initiatives de soutien aux parcours de santé de l'ANAP, par la mise en place de dispositifs de gestion des situations individuelles complexes tels les gestionnaires de cas des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA).

Ce renforcement de la coordination et de l'intégration des acteurs sur un territoire répond à un enjeu majeur bien identifié par le haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) d'articulation des professionnels du soin primaire avec l'hôpital (prévention d'hospitalisations évitables ou de passage aux urgences, organisation du retour à domicile, lien avec l'équipe soignante de proximité) et de l'importance d'une réponse intégrée, globale, à la fois sociale et soignante.

Une cinquième évolution enchâsse toutes ces initiatives dans le développement d'une approche territoriale de la santé de l'organisation de l'offre en santé. Pour cela des territoires de santé et des territoires de santé de proximité sont définis pour aborder de façon décloisonnée les questions de santé et d'organisation des prestataires. La méthode relève d'une approche globale, intégrant sur le territoire la prévention, le soin ainsi que l'accompagnement social ou médicosocial. Il convient alors aussi de mettre en place des modalités de gouvernance territoriale des acteurs aux différents niveaux ainsi créés. C'est l'ambition du service territorial de santé.

Enfin l'organisation interne des ARS est concernée et en particulier leurs délégations territoriales pour investir le champ de l'animation territoriale selon des modalités très variables selon les ARS.

Une sixième évolution consiste en ce que l'on peut qualifier de virage du domicile : La mise en œuvre des principes de la loi de 2005 pour les personnes en situation de handicap ainsi qu'une demande croissante de vivre le plus longtemps possible à domicile accentuée par le potentiel d'allongement de la durée de vie sans incapacité entraînent une recomposition de l'offre d'accompagnement des personnes âgées ou en situation de handicap. Ce processus est favorisé par le déploiement des outils et moyens technologiques et bénéficie des politiques publiques favorables à la poursuite de la vie à domicile. Nous assistons à une recomposition de l'offre entre hébergement et domicile ainsi qu'à l'affirmation du rôle joué par les accueils de jour ou par l'hébergement temporaire. De la même façon la demande de services d'aide à domicile croît alors que les services peinent à recruter sur un marché de l'emploi en tension.

Une septième évolution, fortement déterminée par la territorialisation, marque le développement d'une approche populationnelle : Elle se manifeste par la prise en compte de la notion de parcours de santé d'une population. Elle passe par l'identification des ruptures de prise en charge et leur accompagnement. Elle suppose l'élaboration de solutions en proposant des recompositions de l'offre ou des modalités d'accès à - ou de transition vers- les différentes offres en santé sur un territoire. Elle se manifeste également par une plus grande implication des professionnels et des établissements de santé dans les enjeux de prévention.

Une huitième évolution se manifeste par des transferts de ressources ou de moyens entre et au sein des secteurs d'activité : ils peuvent s'envisager entre secteur sanitaire dit 'ambulatoire', secteur sanitaire dit 'hospitalier' et secteur médicosocial pour optimiser l'organisation des parcours (par exemple conversion de lits psychiatriques en établissement médicosocial, expérimentation du financement 'au parcours' de l'insuffisance rénale chronique, retour précoce à domicile organisé, organisation de la filière d'aval soutien à domicile ou SSR) ; mais aussi au sein des secteurs (par exemple, transformation et redéploiement entre établissements de lits SSR en lits de médecine et vice versa) pour mutualiser et optimiser les ressources dans des structures visant une taille critique pour un projet de soin qui ait du sens.

D'une autre manière ces transferts peuvent résulter d'une restructuration de l'offre de soins spécialisée par l'organisation de l'accès aux avis spécialisés en réponse à la métropolisation des spécialistes autour des plateaux techniques qui recompose ainsi les établissements en termes de taille et d'activités.

Une neuvième évolution concerne le repositionnement de l'hôpital en complémentarité du premier recours et du secteur médicosocial. Plusieurs évolutions dont la plupart œuvrent sur le long cours y contribuent. Le "virage" ambulatoire dans les établissements hospitaliers, loin d'être achevé, en est l'une des plus emblématiques. D'autres comme la mutualisation des ressources ou bien encore la recomposition des plateaux techniques, moins visibles pour le patient n'en ont pas pour autant moins d'impact. La réduction des durées de séjour, en cours depuis des décennies, atteindra forcément ses limites lorsque les alternatives à l'hospitalisation complète et l'HAD seront pleinement développées. Elle n'est cependant pas achevée et se poursuivra sans doute encore sur une longue période mais à un rythme beaucoup plus modeste. D'autres facteurs tels que l'évolution des pratiques de soin et la modification des identités professionnelles ont une influence plus diffuse mais néanmoins certaine. Plus périphériques, la montée en charge et les évolutions –regroupement, externalisation- qui leur sont propres des fonctions logistiques, hôtelières modifient le positionnement de l'hôpital.

Enfin une dixième évolution est technologique, qui accompagne les précédentes. Les nouvelles technologies autorisent un affranchissement de l'unité de lieu, de temps et de personnel (particulièrement marqué dans le champ de la radiologie). Cette dernière évolution favorise l'émergence de la télémedecine, des téléconsultations, de la télésurveillance, de la reconfiguration des systèmes d'information dédiés (transferts d'image, messagerie sécurisée, partage d'information, dossier partagé).

Ces grandes lignes de force énoncées de façon plus ou moins explicites dans les PRS sont confortées par la stratégie nationale de santé qui leur donne des orientations stratégiques en termes de populations, ou de domaines d'action prioritaires.

3. TOUTES CES EVOLUTIONS DE L'OFFRE EN SANTE PORTEES PAR LES ARS ONT DES CONSEQUENCES SUR LES RESSOURCES HUMAINES EN SANTE.

Les évolutions de l'offre en santé entraînent des évolutions importantes des pratiques professionnelles de soins et d'accompagnement. Parfois à front renversé (emprise de l'organisation et de la logistique dans la chirurgie ambulatoire (autrefois centré sur la qualité technique et humaine de l'accompagnement d'un séjour plus ou moins long en établissement de soins), complexité de la prise en charge globale pluri professionnelle de la personne en risque de dépendance à domicile (autrefois centrée sur des gestes techniques : injection, pansement, prise de sang))

Elles font émerger de nouveaux besoins qui interrogent le périmètre des métiers et des missions existants (nouveaux métiers ? nouvelles compétences ? nouvelles missions ?) ou nécessite d'aller chercher ces compétences là où elles existent en les adaptant au secteur en

particulier autour des enjeux de coordination des professionnels et des articulations entre les secteurs, autour du management des nouvelles organisations qui se constituent.

Elles mettent en œuvre de nouvelles pratiques de soins qui modifient les métiers, leurs représentations, leur charge et leurs conditions de travail : montée en charge de la chirurgie ambulatoire, développement des techniques non invasives et de la radiologie interventionnelle, télémédecine et télésurveillance.

Elles impactent fortement les besoins en emploi en modifiant les équilibres entre des secteurs d'emploi de statuts différents et de modalités de régulation séparés:

- Forte demande potentielle d'aide à domicile sur un marché d'emploi en tension,
- Evolution relative des besoins en professionnels entre les services de soins ou d'accompagnement à domicile et les établissements sanitaires ou médicosociaux.
- Besoin de coopération entre professionnels de santé du public et du privé lucratif et non lucratif pour couvrir l'ensemble des besoins d'un territoire et suivre les évolutions des besoins et de la répartition des professionnels.

Les effets qu'elles entraînent sur les ressources humaines sont difficiles à prévoir car sous tendus par des évolutions sociologiques et technologiques qui peuvent être très lentes, ou au contraire rapides ou connaître des à coups liés à des changements dans l'environnement socio-économique responsables de comportements aux effets significatifs.

Les évolutions professionnelles des différentes catégories sont très fortement interdépendantes : des modifications de répartition du travail entre différentes catégories de professionnels peuvent faire varier de façon importante les besoins quantitatifs de chacune d'entre elles. Des modifications d'organisation du travail pour optimiser le temps médecin peuvent faire varier les besoins en professionnels de façon significative.

Les décisions et les changements ont une inertie qui peut être très importante en particulier pour les médecins dont la formation s'étale sur 8 à 15 ans. Elles peuvent au contraire être très sensibles à des évolutions conjoncturelles en particulier dans des secteurs où le turn-over est important et compte tenu des flux migratoires de professionnels inter régionaux, intra communautaires et internationaux.

Ces évolutions ont des conséquences majeures sur - et sont conditionnées par - la capacité à connaître la disponibilité et la distribution des ressources humaines en santé sur le territoire (état des lieux), la capacité à évaluer les besoins de formation (qualité) et de production (quantité) des ressources humaines pour la santé (prospective, GPEC), la capacité à distribuer les ressources humaines sur le territoire en fonction des besoins (leviers d'action) et la capacité à accompagner par la régulation et la formation tout au long de la vie les adaptations des ressources humaines à l'évolution continue des besoins.

4. LES ARS SONT AU CŒUR DE CES TRANSFORMATIONS DE L'OFFRE EN SANTE QU'ELLES SUSCITENT OU ACCOMPAGNENT ET QUI IMPACTENT LES RESSOURCES HUMAINES EN SANTE.

Elles ne disposent pas de tous les leviers de leur régulation. Cela interroge sur les leviers dont elles disposent aujourd'hui sur la façon dont elles les utilisent et dont elles mettent en œuvre de bonnes pratiques de gestion prévisionnelle des emplois et compétences, sur les partenariats qu'elles doivent construire avec d'autres régulateurs et financeurs, sur les modalités et les espaces de leur gouvernance et sur les évolutions souhaitables (législatives, réglementaires, d'organisation ou de gouvernance) dans ces domaines pour leur permettre de jouer pleinement leur rôle de régulateurs de l'offre en santé pour améliorer l'état de santé et les parcours de santé de la population.

L'évolution des besoins et de la réponse en santé sur les territoires ont donc un impact majeur sur les ressources humaines, leur production, leur qualification et leur répartition. De même la disponibilité en quantité et en qualité des ressources humaines exerce sur le système de santé une pression qui se manifeste de manière très variable selon les situations. Qu'elle se manifeste sous la forme de contraintes ou d'opportunités, elle s'impose aux acteurs qui vont alors actionner les leviers dont ils disposent selon leur intérêt à agir ou les prérogatives que leur donnent les textes en vigueur.

Afin d'apprécier la dynamique engagée par les ARS en ce domaine il a paru opportun à la fois de prendre la mesure de la prise en compte de la dimension ressources humaines à travers une revue des documents produits dans le cadre des PRS publiés en 2012 et ensuite de s'enquérir par l'intermédiaire d'un questionnaire adressé aux ARS de l'état des lieux le plus récent en ce domaine, de leurs positionnements et de leurs initiatives.

Dans le cadre de la mission, soupçonnant qu'elles étaient probablement très hétérogènes, il nous a paru important d'investiguer quelles pouvaient être les pratiques et stratégies mises en œuvre. Les acteurs sont nombreux et interviennent chacun dans leur champ réglementaire. Ce n'était pas l'objet de la lettre de mission d'avoir une approche exhaustive concernant tous les détenteurs d'enjeux concernés par les ressources humaines pour la santé. Il s'agissait de partir des pratiques des ARS pour explorer ce champ et de les analyser avec la commission rassemblant toutes les parties prenantes afin de construire un regard croisé sur les enjeux, les outils, les pratiques et les interactions des acteurs du champ des ressources humaines pour la santé. Néanmoins il est rappelé dans un premier paragraphe de cette partie l'articulation entre les différents rôles

L'atelier 2 a conçu un questionnaire en direction des ARS concernant leurs pratiques réglementaires ou innovantes, et les partenariats qu'elles nouent pour les mettre en œuvre dans la conduite de leurs projets régionaux de santé. 23 des 26 ARS ont apporté des réponses à ce questionnaire fourni et administré dans un temps très réduit. Les résultats ont été ensuite restitués et discutés en commission plénière.

Cinq grandes thématiques émergent des échanges avec les autres parties prenantes suscités par les constats, les pratiques et les suggestions des ARS à travers leurs réponses au questionnaire. Ces cinq thématiques structurent cette deuxième partie qui investigate le champ d'intervention des agences en matière de ressources humaines sur leur territoire.

La première thématique interroge les connaissances existantes sur les emplois et les activités des professionnels de santé et les outils aujourd'hui disponibles, mobilisés ou créés qui permettent de générer cette connaissance au profit des acteurs.

La deuxième thématique interroge le développement des compétences, que ce soit par la formation initiale avec l'Université et le Conseil régional ou par la formation tout au long de la vie avec les organismes qui en sont responsables.

La troisième thématique s'intéresse aux stratégies et les outils mobilisés pour répartir les compétences sur le territoire d'une part et pour développer de nouveaux modes d'exercice ou de nouvelles pratiques d'autre part.

La quatrième thématique interroge les mesures d'accompagnement des ressources humaines consécutives à des restructurations des établissements et des services. Qu'il s'agisse de restructurations destinées à mieux répartir les activités et les ressources humaines et les professionnels qui les réalisent, ou que des restructurations requièrent un accompagnement des ressources humaines affectées.

Enfin la cinquième thématique montre comment les parties prenantes mettent en œuvre ou mobilisent des instruments de pilotage et créent des espaces de concertation afin de mettre en lien les politiques et des enjeux considérés et pilotés séparément. Il s'agit en effet de poser la question de la gouvernance des politiques de ressources humaines pour la santé. In fine se pose également la question de l'organisation interne des ARS afin d'assurer ces missions.

1. LES ARTICULATIONS ENTRE LES ACTEURS

En matière de santé, au plus près de la population, des patients, ce sont des opérateurs privés ou publics qui agissent soit en établissement, soit en service de collectivités territoriales, soit en statut libéral. La question des ressources humaines est donc d'abord de la responsabilité de ces opérateurs. Et ce sont eux qui doivent avoir les moyens d'agir pour garantir des soins et des prises en charge de qualité et répondre ainsi aux attentes des personnes, attentes portées par les politiques nationales. Les directeurs d'établissements (de santé ou médico-sociaux) sont en charge de la gestion des ressources humaines de leur établissement et en assument pleinement la responsabilité. Les professionnels libéraux s'auto-organisent. Les uns et les autres inscrivent le développement de leurs activités et des compétences ad hoc dans le cadre de la stratégie régionale à laquelle ils contribuent tant dans sa conception que sa mise en œuvre.

Les évolutions législatives et structurelles de ces dernières années ont modifié le paysage et redistribué les rôles au niveau national et régional.

L'action et le domaine d'intervention de l'Etat ont été profondément modifiés à travers la réorganisation des services centraux. Pour les aspects ressources humaines la volonté a été de recentrer l'Etat sur des fonctions stratégiques et d'encadrement législatif et réglementaires d'exercice des professionnels de santé ainsi que des statuts de la FPH. La création des ARS a permis de créer des relais plus cohérents à l'action de l'Etat. Enfin la création d'un nouvel opérateur, le CNG, a permis d'externaliser ce qui restait géré directement par les services centraux.

Compte tenu des périmètres respectifs il convient de faire observer que les limites de compétence des différents acteurs et institutions diffèrent en fonction des secteurs, des métiers et des modes d'exercice. Il en va différemment du praticien hospitalier sous statut, recruté sur concours national, nommé et géré dans sa carrière par le CNG et affecté en établissement et le médecin en exercice libéral en cabinet privé pour prendre les exemples à chaque bout du spectre.

Les ARS, garantes de la sécurité et de la pérennité des prises en charge sanitaires et médico-sociales, sont directement concernées par la répartition et la permanence des compétences sur le territoire régional. Il n'est pas inutile de rappeler les contraintes que sont la permanence des soins et l'égalité d'accès aux soins par exemple. Il faut souligner également les très fortes attentes de la population à l'égard du système de santé et l'extrême sensibilité qui touche tous les événements sanitaires. A l'aune de celles-ci l'enjeu est que tous les acteurs, établissements, professionnels, au niveau national et régional puissent se concerter et s'accorder sur leurs pratiques. Il n'y a donc pas lieu d'évoquer de possibles conflits de compétence mais plutôt une exigence de dialogue pour garantir des organisations de plus en coordonnées de parcours de soins.

Pour cela, les ARS, en charge de la régulation des systèmes, interviennent à des moments et des circonstances différents tantôt comme décideurs, tantôt comme contributeurs, tantôt comme promoteurs et toujours en soutien aux acteurs en charge sur le terrain des actions à conduire. Sur ce domaine des ressources humaines Il est indispensable que leur rôle soit exercé et perçu au niveau stratégique. C'est ce que confirment les conclusions présentées ici.

Enfin et pour conclure sur ce thème, il faut clairement afficher un principe de subsidiarité qui laisse aux opérateurs, aux établissements l'initiative, la maîtrise et la conduite de la GRH de leurs équipes et réserve l'intervention des ARS à la dimension stratégique et à la régulation régionale.

2. QUELLE PROSPECTIVE ET QUELS OUTILS DE CONNAISSANCE ?

Pour construire dans leur région un projet de santé qui réponde aux besoins des populations les ARS s'appuient sur des connaissances épidémiologiques, sociologiques, économiques etc. Si la prospective en termes de besoins de santé est servie par un panel d'outils, il en va différemment de la question du développement de l'offre notamment en matière de ressources humaines, avec le déploiement des compétences dans le temps – démographie- et dans l'espace – les territoires -. Ces visions prospectives ne peuvent être acquises qu'à la condition de développer des outils aujourd'hui insuffisants voire inexistants au niveau régional.

Quelle est la place des questions de ressources humaines dans le Projet Régional de Santé ?

Comment les questions relatives aux professionnels ont-elles été abordées dans les PRS ?

Deux remarques paraissent pertinentes à cet endroit. La première a trait à la chronologie ; les PRS ont constitué en quelque sorte des actes fondateurs des ARS tout juste sorties de la

période de préfiguration et encore en phase de constitution et d'organisation pour ne pas dire de rodage. La seconde remarque concerne la méthodologie appliquée à l'élaboration des PRS qui a fait l'objet d'un guide méthodologique publié en septembre 2010. Se voulant novateur dans l'approche et en adéquation avec l'économie générale de la Loi HPST les PRS reposent sur une approche de type modèle global de santé. A la lecture du guide méthodologique il convient de reconnaître que la thématique des ressources humaines est plus sous-jacente qu'apparente. Il n'est donc pas excessif d'affirmer que celle-ci n'avait pas au moment de la mise en place des ARS la résonance qu'elle peut avoir aujourd'hui.

La revue des PRS enseigne tout d'abord qu'au-delà d'une structuration générale respectée par tous (PSRS- schémas régionaux-programmes obligatoires) il y a une grande diversité de contenu et de forme tenant évidemment à des tailles et des situations régionales différentes mais sans doute également à des tropismes différenciés des équipes des ARS.

Les documents publiés par les ARS peuvent être classés en trois groupes distincts. Un premier groupe constituant environ la moitié de l'effectif évoque dans la partie consacrée à l'état des lieux de façon plus ou moins détaillée ou complète la dimension des ressources humaines. Le thème quasi systématiquement évoqué est celui de la démographie médicale même pour les régions les mieux pourvues qui décèlent généralement des sous-densités à des niveaux infra régionaux. Un deuxième groupe de PRS, environ un quart d'entre eux, à partir des états des lieux, fait figurer dans le cadre d'axes stratégiques globaux des actions ou des objectifs ayant trait à la gestion des flux de professionnels. De fortes disparités sont à noter quant à la portée, l'intensité et la précision de ces objectifs. Enfin un troisième groupe de PRS, le dernier quart, présente des plans d'actions structurés visant un spectre plus ou moins large des questions de ressources humaines. Quelques ARS ont élaboré un programme spécifique individualisé entièrement consacré à ces questions.

La lecture des programmes élaborés par quelques ARS met en évidence la prise de conscience aujourd'hui partagée que le déploiement d'un projet régional de santé s'accompagne nécessairement d'un investissement important sur le facteur clé de la réussite que représente le bon professionnel, au bon moment, au bon endroit. L'examen des programmes révèle qu'il existe bien un espace d'intervention dévolu aux ARS sans que celui-ci n'empiète sur d'autres légitimités. Le domaine de l'observation des flux et des besoins, mais aussi le développement de la GPMC à l'échelle régionale sont les premiers éléments cités. La mise en œuvre d'outils communs mis à la disposition des producteurs de soins et de prestations ou la promotion des nouvelles compétences dans les domaines de la prévention et de l'éducation thérapeutique sont d'autres exemples d'apport que peuvent proposer les ARS. Pour définitivement clore toute ambiguïté sur d'éventuels conflits de légitimité on peut lire dans l'un des programmes consultés la mise en place d'une action visant à procurer aux établissements les moyens de renforcer les compétences internes en ressources humaines.

L'enquête réalisée auprès des ARS montre que si les initiatives sont nombreuses, la volonté se heurte aux limites endogènes –des priorités en cours d'identification, des bases de données en cours de structuration, des outils et des compétences encore insuffisants- et aux contraintes externes –positionnement et partenariats encore peu clarifiés-.

A la question de l'opportunité de créer un observatoire interne à l'ARS la réponse est unanimement négative à l'exception d'une annonce de mise place en 2014 et d'une mise en place partielle pour les emplois médicaux.

a) Les outils disponibles

Les ARS utilisent l'ensemble des sources existantes : les plus citées sont évidemment les bases utilisées par les services des ARS à savoir ADELI, RPPS, SIGMED, SIRIUS. Sont également évoquées les données issues des instances de l'Ordre des médecins, des comités régionaux de l'ONDPS et de la DREES.

Pour les établissements, la SAE fait référence ainsi que les documents budgétaires.

Les organismes de gestion de la formation sont aussi sources de données : ANFH (GESTFORM) et UNIFAF.

En revanche, les bilans sociaux des établissements sont peu cités : déclaratifs, tardifs et non exhaustifs, ils ne sont pas facilement utilisables.

Le PMSI est peu cité, mais il recèle pourtant des informations qui peuvent être utilement croisées avec le RPPS. Il permet de révéler les « fuites » et les territoires de recours et de montrer les restructurations à opérer. Seule une analyse croisant les outils statistiques avec les outils de mesure de l'activité peut ouvrir vers une approche prospective et dynamique de la démographie.

Le croisement des données a montré des distorsions entre les différentes sources – Assurance maladie, DREES, les Ordres, ARS. Une ARS s'exprime en ces termes *"Il apparaît indispensable de finaliser le rapprochement entre ADELI et RPPS mais également de partager entre tous les acteurs les mêmes règles de comptage."*

Le partenariat est mentionné par plusieurs ARS et notamment avec l'ANFH, le Conseil régional.

De nombreuses ARS produisent des éléments cartographiques le plus souvent sur les densités ; certaines en coproduction avec le Conseil régional, l'ANFH... La nécessité est affichée d'améliorer l'accès aux données qui ne permet pas en l'état de descendre finement aux niveaux infra-départemental et infra territoire.

Les modélisations et la prospective sont encore souvent dans les limbes. Les démarches entreprises, la construction des outils ne sont pas encore suffisamment abouties en dehors de quelques tentatives partielles. Nombre de questionnaires sont muets sur cet item. Une ARS a mentionné qu'elle avait entrepris une démarche de prospective mais qu'elle manquait d'expertise pour continuer.

La question de l'organisation interne des ARS au regard de cette mission de production de l'information sous forme de données, d'analyse et de prospective est peu évoquée. L'expertise requise pourrait être partagée entre régions proches.

Quoiqu'il en soit la lecture de l'ensemble des questionnaires confirme une volonté et même un investissement dans une démarche de construction d'un système d'information pertinent au service du pilotage de la stratégie de santé. Sont plusieurs fois cités : tableaux de bord, système d'information géographique. Le champ médico-social est parfois évoqué.

ARS	Bonnes pratiques ou initiatives
ARS Ile de France	Système d'information : brique RH de Diamant, doublée d'un système d'information géographique
ARS Alsace	Mise en place d'un observatoire emploi-formation des métiers du secteur sanitaire et social
ARS Haute-Normandie	Un recueil régional RH depuis 2007 en établissements y compris établissements -300 salariés
ARS Bretagne	Création d'un outil démographique DemoPS
ARS Poitou-Charentes	Cartographie des métiers (26 professions)
ARS Basse-Normandie	Un dispositif de suivi des installations en temps quasi réel et partagé
ARS Franche-Comté	Tableau de bord comparatif avec les âges et les densités En cours d'étude : tableau de bord plus exhaustif sur les professions avec mise à jour annuelle
ARS Nord Pas de Calais	Zonage pluri-professionnel de 1 ^{er} recours Analyse des bilans sociaux Modélisation de l'installation des libéraux pour favoriser les temps partagés Participation au SOPS –système d'observation partenarial en santé - développé avec le Conseil régional Un programme de démographie des professions de santé + 42 propositions d'actions Une enquête annuelle ARS-CHRU-FHF auprès de tous les établissements – point sur les postes vacants et flux de sortie à 1, 2, 3, 5, 10 ans.
ARS Languedoc Roussillon	Cartographies, projections : <ul style="list-style-type: none"> • Vacances de postes de PH avec identification des difficultés de recrutement • Zonage des PS libéraux • Schéma ambulatoire avec projection à 20/30 ans Indicateurs de productivité : <ul style="list-style-type: none"> • Ratios activité réalisée /Unité d'œuvre (ETP, Journées, ICR, etc....) Modélisations et perspectives : <ul style="list-style-type: none"> • Benchmark sur l'absentéisme et le turn-over • Modélisation de l'installation des libéraux
ARS Centre	L'ARS a conventionné avec l'ORFE la création d'un observatoire sanitaire et social qui identifie les déficits en personnels afin de pouvoir répondre précisément aux problèmes de démographie paramédicale et sociale dans un premier temps.
ARS Pays de Loire	L'ARS a mis en place une « Mission RH » avec les fédérations d'établissements, avec comme premier axe de travail la réalisation d'une cartographie des métiers qui a un double objectif : donner un outil de gestion pour chaque établissement sanitaire ou médico-social et, fournir une synthèse régionale des métiers, notamment pour faciliter l'adéquation de l'appareil de formation aux besoins professionnels, favoriser la mutualisation des compétences rares entre établissements.
ARS Picardie	Co pilotage et cofinancement d'un projet régional de cartographie des métiers et de GPMC.

Il ressort clairement que :

- Les données existantes sont accessibles aux ARS mais dispersées, hétérogènes et difficiles à agréger.
- Les ARS dénoncent une hétérogénéité qui ne permet pas une exhaustivité des données : il y a des redondances et des manques, les nomenclatures ne sont pas les mêmes, et les données stabilisées sont disponibles avec 2 ans de retard, donc sans utilisation concrète possible. Le SNIIRAM, source importante de données sur l'activité de soins en ville et donc sur l'offre disponible, n'est accessible que par morceaux et au prix de longs et coûteux efforts.

- Le système d'information nécessaire aux ARS n'est pas encore opérationnel –peut-être DIAMANT-RH sera-t-il la réponse ? L'élaboration est en cours (l'ARS Île-de-France comme pilote) et son échéance en est fixée à fin 2014.
- La demande d'un système d'information géographique (SIG) est établie. C'est un volet complémentaire de DIAMANT RH, également en cours d'élaboration.

Comme déjà évoqué, des réponses aux attentes à travers deux chantiers ou projets sont en cours d'élaboration : le projet d'urbanisation des référentiels de personnes physiques (professionnels) et de structures de la sphère sanitaire, médico-sociale et sociale et le projet Diamant +RH.

Ces deux démarches sont très différentes dans leur nature et dans leur objectif mais très complémentaires.

La première approche se veut conceptuelle, stratégique, structurante et globale. Intitulée "projet d'urbanisation des référentiels de personnes physiques et de structures de la sphère sanitaire, médico-sociale et sociale" elle relève d'une méthodologie d'analyse et de modélisation des systèmes d'information. Elle vise à donner un cadre et surtout à fournir des éléments de documentation et de normalisation permettant pour l'ensemble des applications existantes et à venir de fournir des données pouvant être croisées entre elles. Ce projet intéresse l'ensemble des acteurs/structures des champs de la santé, du médico-social et du social ; initié début 2013 ce chantier devrait se poursuivre au cours de l'année 2014 et une échéance à 3 ans est fixée pour atteindre la cible. Il s'agit d'en confirmer la priorité.

La seconde démarche, résolument opérationnelle, vise à constituer pour les ARS un outil de type *data warehouse* permettant de croiser les données existantes sans attendre l'aboutissement de la première démarche beaucoup plus ambitieuse. Au sein de l'application Diamant déjà disponible et utilisée par les ARS, il s'agit de faire des développements permettant de croiser des données provenant de différentes sources. La cible visée est la gestion des ressources humaines dans son périmètre le plus exhaustif.

Parmi les objectifs retenus pour Diamant+RH nous trouvons :

- La possibilité de croisement avec les données de population ;
- L'obtention d'un outil d'aide à l'organisation de l'offre de soins sur le territoire;
- L'approche financière (recettes et coûts induits) ;
- La capacité d'anticipation de l'organisation pour le futur.

En guise de recommandations nous reprenons les propositions de plusieurs ARS : il faut renforcer au plan national la priorité donnée à la construction d'un système d'information au service des ARS et des acteurs de santé. Il s'agit de permettre à tous de disposer d'éléments d'analyse mieux étayés pour mieux contribuer au débat régional sur le PRS ; il s'agit aussi de mieux suivre en région le déploiement de la stratégie de santé. Ainsi que l'exprime une ARS

il faut aller vers *"Une généralisation de la démarche APL¹ aux différentes spécialités médicales et autres professions de manière à cartographier les zones fragiles par spécialités et/ou métiers."*

Chaque ARS ne peut pas construire ce système avec ses propres ressources. Ainsi que l'exprime l'une d'entre elle *"L'ARS dispose de suffisamment de données pour appuyer sa politique mais les moyens (service "statistiques") ne sont pas assez étoffés pour traiter plus avant les bases de données, produire toutes les analyses souhaitables et surtout, les exploiter."*

b) Cadre et cibles de la prospective

Sur le cadre partenarial l'instance très majoritairement citée est le Comité régional de l'ONDPS dont il convient de rappeler le positionnement et le rôle dans les processus décisionnels.

L'ONDPS créé en 2010 est un organe spécialisé dans la démographie des professions de santé placé auprès du Ministre en charge de la santé dans le but de collecter et d'exploiter les données démographiques, d'exploiter les propositions des comités régionaux concernant le nombre et la répartition des effectifs de professionnels de santé à former.

A l'échelon régional, au sein du comité siègent à la fois, sous la présidence du Directeur général de l'ARS, les représentants des professions de santé comme les présidents des ordres professionnels régionaux et des URPS, les représentants des fédérations d'établissements de santé publics et privés auxquels se joignent aussi le ou les doyens des facultés de médecine, le président du Conseil régional et un représentant des usagers. Peuvent être associés aux travaux des comités régionaux, en fonction des sujets examinés, des chercheurs et des experts appartenant aux instituts d'observation, d'enseignement ou de recherche dans le domaine sanitaire et social.

Instance expertale, elle remplit un rôle technique, très nécessaire. Les propositions de la mission iront vers une clarification des rôles et des missions dévolues aux instances en distinguant la dimension technique remplie par le CR ONDPS d'une dimension politique que l'échelon régional associant Conseil Régional et ARS pourrait transmettre à l'échelon politique national.

Tant la diversité que la multiplicité des initiatives traduisent la soumission des ARS à des urgences sur les qualifications identifiées comme « sensibles » c'est-à-dire en évolution défavorable.

Les difficultés perceptibles à la lecture des questionnaires soulignent la faiblesse du positionnement des ARS au regard des décisions de contingentement des formations initiales au sein d'une Région.

¹ L'accessibilité potentielle localisée (APL) propose une nouvelle mesure de l'accessibilité aux médecins généralistes libéraux à travers une étude présentant un indicateur original et enrichi de l'accessibilité spatiale aux soins. A lire l'article publié dans Etudes et résultats (DREES et IRDES) de Muriel BARLET (DREES), Magali COLDEFY (IRDES), Clémentine COLLIN (DREES), Véronique LUCAS-GABRIELLI (IRDES)

Toutefois le nombre et la diversité des initiatives livrent en creux la nature, les périmètres et les fonctionnalités des outils nécessaires.

Quelques exemples tirés des questionnaires :

ARS	Bonnes pratiques ou initiatives
ARS Bretagne	Production d'un zonage
ARS Basse Normandie	Dispositif de suivi des installations en temps "quasi réel", partagé entre les Ordres, l'ARS, les organismes d'assurance maladie = étude prospective sur la médecine générale de premiers recours au niveau territorial
ARS Franche Comté	Identification des zones fragiles actuelles et dans 5 ans. Démarche progressive qui se heurte aux règles de comptage des différents fichiers. A l'étude une démarche système d'information géographique pour des analyses très localisées. Généralisation de la démarche d'accessibilité potentielle localisée (APL).
ARS Nord Pas de Calais	Analyse des bilans sociaux. Modélisation de l'installation des libéraux.
ARS Ile de France	Estimation des départs en retraite, analyse des flux de spécialistes avec les 7 universités de médecine, analyses territoriales ciblées pour la médecine ambulatoire, implication de l'URPS. Difficultés à estimer les flux de médecins étrangers qui impactent fortement l'évolution de la démographie.
ARS Alsace	Estimation des départs à la retraite.
ARS Champagne Ardennes	Estimation des départs en retraite FPH, analyse pyramide des âges IDE, AS, IADE, IBODE, SF.
ARS Lorraine	Analyse des rapports d'activité des instituts qui permet de mesurer le taux d'insertion, intérêt pour les professions sanitaires à travers le nombre de candidats au concours. Statistiques et pyramide des âges, étude des référentiels, article 51 et lien avec les différents rapports (plan cancer, chirurgie ambulatoire). La formation est un levier pour les ARS pour intégrer dans les référentiels de formation les priorités régionales ; mise en place de groupes de travail pour métiers en tension et être force de proposition : ex sages-femmes.

Les futurs outils, pour répondre à leurs objectifs, devront s'adapter :

- A des découpages territoriaux non encore stabilisés : à commencer par l'espace régional qui devrait connaître selon les échéances récemment fixées un mouvement de regroupement. Le récent rapport Devictor sur le service territorial de santé propose "d'éviter la multiplication des découpages territoriaux qui se traduirait par une perte d'efficience et un nouveau cloisonnement des activités et des acteurs". Aussi ledit rapport préconise-t-il de distinguer deux niveaux : le territoire de proximité et le territoire stratégique. Il n'est cependant pas exclu qu'à ces deux niveaux il faille ajouter le territoire opérationnel pouvant cependant se confondre le plus souvent au territoire de proximité. C'est ce dernier niveau qu'utiliseront les outils de simulation et de prospective.
- A la diversité des compétences (métiers) et des exercices : aux professions médicales et paramédicales il convient d'ajouter nombre des métiers représentés dans les établissements de soins ainsi que tous les métiers concourant aux prises en charge médico-sociales et sociales. Il convient également d'en décliner un grand nombre selon les deux exercices libéral et salarié. Enfin dernière distinction, les professionnels peuvent inscrire leur exercice professionnel dans un établissement, dans un cabinet ou groupement ou enfin en individuel.

- A des projections à la fois classiques et complexes (/démographie, /organisations, /scenarii complexes combinant plusieurs facteurs). Enfin les applications de type système d'information géographique seront privilégiées.

Avant de conclure citons deux ARS qui au sein des questionnaires ont voulu exprimer leurs difficultés. La première *"oppose des données jugées suffisantes à des moyens (compétences statistiques) jugés insuffisamment étoffés pour traiter les données, produire les informations et les exploiter"*. La seconde *"déploie l'insuffisante pertinence des études prospectives en raison de l'absence de comparaison interrégionale"*.

Face à ces défis, en termes de pilotage des ressources humaines en santé, les ARS ne disposent ni de cartes marines à jour ni de radar pour se diriger. Certains deviennent experts dans la lecture des étoiles, mais ces tentatives sont aussi expérimentales que chronophages.

3. COMMENT DEVELOPPER LES COMPETENCES?

Outre l'action en termes d'autorisations, de financement, de contrôle de la qualité et de la sécurité des soins et des prises en charge, les ARS peuvent agir sur les moyens et les compétences déployés sur le territoire dont elles ont la responsabilité.

A ce titre les Directeurs généraux des ARS disposent de leviers sur les dispositifs de formation des professionnels de santé énumérés au Code la santé et des autres professionnels des secteurs sanitaire et médico-social.

Pour ce qui concerne les professionnels médicaux, ils ont un rôle dans l'étude et l'évaluation des besoins de formation à travers les propositions concernant "le nombre et la répartition des effectifs de professionnels de santé à former, par profession et par spécialité et par région ou subdivision" élaborées par les comités régionaux de l'Observatoire National de la Démographie des Personnels de Santé (O.N.D.P.S.) qu'ils président.

Au sujet de la formation des médecins, ils participent aux commissions en charge de l'évaluation des besoins de formation du troisième cycle des études médicales et président l'une d'entre elles (commission de subdivision) lorsqu'elles statuent sur la répartition des postes offerts au choix semestriel.

Pour ce qui concerne les professions paramédicales les ARS n'interviennent pas directement sur le nombre d'étudiants admis en formation. Pour les formations paramédicales la répartition infrarégionale appartient au Président du Conseil régional. L'ARS transmet l'avis de la Région à l'autorité ministérielle à laquelle appartient la décision finale en matière de quotas par profession et le cas échéant par spécialité pour chaque région.

Comme nous le verrons les actions déployées par les ARS vont bien au-delà de ces aspects réglementaires cependant il n'est pas inutile d'en évoquer le caractère formel et peut-être limitatif en raison d'une part de la centralisation de la décision ultime concernant l'ensemble des quotas et d'autre part d'un partage à l'échelon régional (Conseil régional, Université).

a) Par la formation initiale des professions médicales

La grande majorité des actions présentes des ARS sur les professions médicales vise à encourager, accompagner et aider les étudiants à s'engager dans la filière de médecine générale dans le but d'installation en exercice libéral, en exercice coordonné au plus près des besoins des populations. Le pacte territoire santé donne des outils aux ARS pour impulser cette politique.

Les moyens d'intervention sont multiples et paraissent être pleinement utilisés par les ARS. Les actions d'information sur les publics cibles, les démarches de coopération avec les instances universitaires sont fréquemment citées :

- Information, coopération avec les instances universitaires
- Développement du nombre de maîtres de stage (recrutement et formation)
- Promotion et accompagnement des Contrat d'Engagement de Service Public

ARS	Bonnes pratiques ou initiatives
ARS Haute Normandie	Démarche commune Doyen, responsable formation des internes de MG, ARS pour la formation des maîtres de stage afin de proposer aux IMG 2 semestres de formation auprès des médecins généralistes.
ARS Bourgogne	Mobilisation pour la formation des maîtres de stage en MG
ARS Bretagne	Renforcement des outils de simulation dans la formation. Formation au retour d'expérience sur la sécurisation du circuit du médicament et de l'iatrogénie auprès des IFSI. Orientation des internes vers les terrains de stage des établissements périphériques.
ARS Basse Normandie	Mise en place d'un conseil des assistants spécialistes régionaux (assistants en postes partagés). Etroite collaboration avec l'Université pour les stages de 3 ^{ème} cycle.
ARS Franche Comté	Systématisation des stages auprès des médecins généralistes. Soutien de la filière universitaire dans certaines spécialités = exemple de la création d'un service SSR en CHU pour la formation d'internes de rééducation et réadaptation fonctionnelle.
ARS Picardie	Développement du partenariat avec les régions voisines afin d'offrir des lieux de stage en Picardie (expérimentation avec la Champagne Ardennes). Soutien aux formations des maîtres de stage en médecine générale. Soutien financier aux groupes qualité Picardie : qualité des soins en médecine de ville par des groupes d'échanges de pratiques professionnelles.
ARS Océan Indien	Politique régionale de priorisation des disciplines à couvrir par des postes PU/PH pour le jeune CHU et création de postes d'assistants régionaux partagés pour renforcer la présence médicale en désert médical (Mayotte)
ARS Nord Pas de Calais	Financement de sessions de formation à la maîtrise de stage délocalisées dans les zones en difficulté d'offre de soins de 1 ^{er} recours.
ARS Limousin	Dispositif de soutien de la recherche par la création de bourses spécifiques. Développement des agréments des services formateurs au regard des capacités de formation dans les territoires en difficulté pour les professions médicales.
ARS Corse	Convention avec les deux facultés de médecine de Nice et Marseille.
ARS Pays de Loire	Pour les stages : des médecins (généralistes, spécialistes), pharmaciens ou odontologistes incluant l'ouverture de stages de spécialités en ambulatoire, de stages en zone rurale, de soutien au développement des lieux de stage pour les spécialités pouvant être considérées comme prioritaires, etc. Des sages-femmes : projet d'ouverture de stages en ambulatoire – perspectives de contractualisation avec l'URPS
ARS Ile de France	Mise en place d'un comité de pilotage santé-universités et d'une approche territoriale des questions hospitalo-universitaires avec le conseiller universitaire au sein de la direction de l'offre de soins et médico-sociale. Organisation en 2013 d'un séminaire avec les doyens et les coordonnateurs sur l'évolution des besoins en santé, des disciplines et donc potentiellement des formations médicales. Etude prévue en 2015 sur les sages-femmes. Forte implication dans la diversification des stages et le développement des stages en ambulatoire (médecins et

ARS	Bonnes pratiques ou initiatives
	paramédicaux).
ARS Centre	Pour les médecins, collaboration avec la faculté de médecine pour développer le nombre de stages en médecine générale libérale et formations des maîtres de stages cofinancées par l'ARS. Accent porté par l'ARS sur le dispositif CESP (contrats d'engagement de service public)

Au chapitre de l'information des internes sur les postes hospitaliers, il revient que les ARS s'investissent selon des modalités et des intensités diverses dans des actions de communication : journées d'accueil, réunions de rentrée des internes, choix semestriel, échanges avec les coordonnateurs, site internet ARS.

Pour ce qui concerne les spécialités plusieurs ARS évoquent leurs interventions en faveur du post internat, notamment via les postes d'assistants spécialistes partagés financés par le ministère.

Sur la profession de sages-femmes il n'y a aucune évocation de la part des ARS d'action particulière ou de difficulté quelconque. Cependant il faut souligner le paradoxe que cette profession médicale devrait être de plus en plus formée dans les facultés de médecine et que sa formation professionnelle initiale demeure à l'instar des formations paramédicales de la compétence des Régions.

Les ARS devraient pouvoir se prononcer sur le nombre de sages femmes pour faire face aux besoins de santé publique notamment dans le cadre de leur rôle dans les services de - premier recours et en proximité, par exemple pour accompagner les sorties précoces de maternité.

b) Par la formation initiale des professions paramédicales

L'emploi infirmier est au premier rang des préoccupations et donc des actions des ARS.

En amont des IFSI quelques ARS encouragent la promotion professionnelle. En aval le développement du tutorat est en partie financé par de nombreuses ARS.

Les ARS soutiennent sous diverses formes l'appareil de formation, grâce à l'intervention de leurs conseillers techniques et pédagogiques qui jouent un véritable rôle d'animation du réseau des instituts de formation, de convergence des pratiques, et qui ont réussi à porter la mise en œuvre de la réforme LMD.

D'autres professions font l'objet de soutiens– Ergothérapeute, psychomotricien-.

L'abondance des réponses traduit l'importance de l'investissement consenti par les ARS sur ces thématiques. Les initiatives sont prioritairement et très majoritairement orientées vers la réduction des déficits constatés sur tout ou partie du territoire. Il s'agit d'actions correctives de situations acquises. La diversité des actions conduites en fonction des particularités régionales montre l'importance d'un niveau régional d'initiatives pour adapter l'offre de soins aux besoins de la population. Mais ceci peut aussi traduire un manque de cadrage.

La légitimité partagée avec l'Université pour les professions médicales et les Conseils régionaux pour les professions paramédicales contribue sans doute à restituer aujourd'hui

une impression de tâtonnements en l'absence d'un cadre clairement discuté et posé par tous.

L'insuffisante définition législative et réglementaire du rôle et de la mission des ARS sur la régulation des professionnels exerçant dans les secteurs sanitaire et social renforce cette impression de flou.

ARS	Bonnes pratiques ou initiatives et commentaires
ARS Bretagne	Développement du tutorat infirmier et autres paramédicaux.
ARS Franche Comté	Création d'un institut multi-filières des professions de santé. Engagement d'un programme de soutien au déploiement des emplois d'avenir dans le secteur médico-social.
ARS Océan Indien	Soutien à la mise en place d'une formation inter filières au sein des instituts de formation. Constitution et animation d'un groupe régional de directeurs des instituts de formation et d'études paramédicales.
ARS Nord Pas de Calais	Financement de sessions de formation à la maîtrise de stage délocalisées dans les zones en difficulté d'offre de soins de 1 ^{er} recours.
ARS Aquitaine	Objectif d'accroître le nombre d'infirmiers formés au tutorat. Mobilisation FIR pour la formation de 550 infirmiers ou cadres de proximité
ARS Corse	Mise en place d'un institut de formation de cadres de santé régional et projet d'une Ecole régionale des métiers de la santé ERMS (sanitaire, médico-social et social).
ARS Pays de Loire	Aide au financement de la promotion professionnelle en zone fragile en complément des OPCA. Ouverture de stages auprès des infirmiers libéraux. Pour les stages des paramédicaux (et plus spécifiquement des infirmiers) : projet de gestion territoriale des stages et objectif clairement annoncé d'ouverture de stages auprès des infirmiers libéraux sur l'ensemble de la région. Dispositif d'accompagnement des Infirmiers libéraux qui entreront dans le projet avec accompagnement notamment par une formation au tutorat.
ARS Rhône Alpes	Contrats d'allocations d'études pour les IDE des départements frontaliers de la Suisse. En projet, formation de formateurs pour formation en IFSI sur Santé et environnement (2014-2015).
ARS Ile de France	Implication forte dans la mise en place de la réforme LMD, avec les universités et le Conseil régional, accompagnement du partage de bonnes pratiques pédagogiques. Soutien aux recrutements infirmiers dans le secteur médico-social. Soutien aux coopérations entre professionnels et aux pratiques avancées. Soulève la problématique du manque de kinésithérapeutes pendant que les ostéopathes sont trop nombreux.
ARS Lorraine	Mesures concernant les métiers : réfléchir aux nouveaux métiers dans le domaine de la santé mentale, gériatrie et maladies chroniques Eviter la profusion de masters qui pourraient générer de la désillusion Il est nécessaire que soient définis en national les domaines dans lesquels pourraient s'inscrire ces nouveaux métiers afin d'apporter un cadrage plus strict car ensuite il faudra se pencher sur les rémunérations de ces nouveaux métiers
ARS Centre	Pour les paramédicaux, un accompagnement des instituts par le conseiller pédagogique de l'ARS et une collaboration forte avec l'Université et le Conseil régional dans la mise en place de la réforme LMD. Des nouvelles filières de formations initiales sont créées par rapport aux besoins : ouverture d'un institut de formation d'ergothérapeutes et de psychomotriciens
ARS Guadeloupe	Pour le développement des formations aux Antilles Guyane, des travaux sont en cours pour la mise en place d'un institut de formation aux métiers de la santé. L'ARS Guadeloupe a recruté à mi-temps, une chargée de mission (directeur de soins), qui sera chargée de préfigurer la mise en place de l'institut. Son rôle sera également de développer la coopération entre les écoles des 3 DFA, d'optimiser l'offre de formation en Guadeloupe et à St-Martin, et d'encourager aux mutualisations.

Les relations entre le Conseil régional et les ARS semblent pacifiques et constructives. A la lecture des questionnaires le sentiment de satisfaction semble unanime. Il faut cependant noter que 5 questionnaires sont muets. Il transparaît une grande diversité de situations.

ARS	Bonnes pratiques ou initiatives et commentaires
ARS Haute Normandie	Rencontre mensuelle ARS, Conseil régional, DRJSCS pour anticiper et coordonner l'action conjointe.
ARS Midi Pyrénées	Travail concerté sur dossiers en lien avec le schéma régional des formations sanitaires et sociales.
ARS Bourgogne	Mise en place d'un questionnaire commun à l'attention des IFSI et IFAS. Participation aux travaux du schéma régional des formations.
ARS Bretagne	Travaux en cours sur les planifications des stages paramédicaux. Etat des lieux lancé conjointement auprès des collectivités locales sur mise à disposition de logements pour la réalisation des stages en médecine générale.
ARS Poitou Charentes	Travail partenarial au-delà des aspects de financement –détermination des quotas, avis sur agréments des instituts de formation, autorisations des directeurs, préparation des concours.
ARS Nord pas de Calais	Groupes de travail préparatoires au schéma régional des formations sanitaires et sociales. Déplore le non remplacement de la conseillère pédagogique en ARS faute d'assurance de la pérennité du financement du poste.
ARS Languedoc Roussillon	Groupes de travail autour du schéma régional auquel participe la conseillère pédagogique. Exemple de résultat : pour les paramédicaux, une des préoccupations en région était d'avoir des kinésithérapeutes dans les établissements et nous avons pu développer les terrains de l'apprentissage.
ARS Aquitaine	Pleine concertation entre ARS et Conseil régional, membre du comité de pilotage et de suivi du schéma régional. Initiative conjointe ARS/CR pour la mise en place d'une expérimentation d'un temps de formation commune AMP/AS.
ARS Rhône Alpes	Co-pilotage des travaux du schéma régional des formations paramédicales et sociales.
ARS Ile de France	Relations structurées à travers la commission des métiers de santé (6 fois par an). Concertation avant lancement d'enquêtes et tout sujet pour prise de décision commune. Discussion sur les quotas de formation.
ARS Champagne Ardennes	Participation à la révision en cours du schéma régional.

Mais une revendication sous-jacente ne peut être ignorée ou tue. Car si les relations entre les ARS et les Conseil régionaux apparaissent comme bonnes et constructives il n'en reste pas moins que les dispositions législatives ne garantissent pas aux ARS de disposer des leviers indispensables au plein exercice de leurs responsabilités notamment pour garantir une égalité d'accès aux soins et donc à des professionnels formés.

La législation couvrant le secteur privé de la santé et du médico-social donne qui plus est aux branches professionnelles via leurs instances régionales la possibilité de contractualiser avec les conseils régionaux à leurs niveaux.

Ne pas disposer du moyen d'action le plus en amont, c'est-à-dire la régulation du flux d'entrée des professionnels par la formation initiale, ne peut durablement être compatible avec l'obligation de résultats de plus en plus souvent opposée. Enfin il n'est pas inutile de préciser que nous sommes en présence de cycles longs (5 à 15 ans) et qu'un passé encore récent doit inciter à une certaine humilité, qu'il s'agisse du numérus clausus médical ou des quotas de formation d'infirmier.

c) Par la définition des priorités de formation continue

Peu d'ARS ont répondu directement à cette question déclinée par catégories (médecins, sages-femmes, paramédicaux). Cependant la lecture globale des réponses montre que très majoritairement les ARS sont impliquées régionalement dans la définition des priorités et

citent de nombreux exemples. Cette implication n'est pas seulement politique et intellectuelle mais aussi financière.

Les OPCA sont au cœur du dispositif de formation tout au long de la vie. Les ARS expriment un engagement important sur le domaine de la formation tout au long de la vie. Toutes ont des relations soutenues avec l'ANFH. Pour ce qui concerne les autres OPCA la situation est plus contrastée. L'analyse des réponses révèle une grande disparité entre les régions. L'ANFH est au premier rang des partenaires évoqués avec des niveaux de collaboration disparates – allant de simples réunions à des conventions pluriannuelles incluant la programmation de financements-. L'UNIFAF est également citée à plusieurs reprises. La GPMC est citée par plusieurs ARS comme thème de partenariat avec les OPCA.

Quant à la mise en œuvre du DPC, il ressort du questionnaire qu'il s'agit d'un développement qui n'en est qu'à son amorce. Une réponse critique fait état d'un dispositif complexe, la détermination d'orientations régionales complémentaires restant à préciser ainsi que le rôle des commissions scientifiques de l'OGDPC.

On perçoit une forme d'interrogation sur le dispositif et surtout sur le rôle des ARS et l'opportunité de fixer des orientations régionales. Pourtant, avec la formation tout au long de la vie, les ARS ont un réel pouvoir d'orienter les compétences vers une meilleure réponse aux besoins de santé en fixant des orientations stratégiques sur l'offre mais sans pouvoir fixer ou participer aux orientations sur les emplois y contribuant.

Le contrôle des professions sans ordre est cité comme une préoccupation du moment par plusieurs ARS.

Les financements par l'ARS (ex FMESPP, FIR) sont souvent évoqués mais il serait intéressant de mesurer les enveloppes budgétaires fléchées par les ARS sur la formation tout au long de la vie.

En synthèse si le champ de la formation tout au long de la vie apparaît comme un levier d'action utilisé par le plus grand nombre des ARS et si l'investissement institutionnel et financier apparaît conséquent, les modes opératoires ne sont pas homogènes, les axes retenus disparates mais parfois dictés par des situations régionales spécifiques.

Les financements par l'ARS (ex FMESPP, FIR) sont souvent évoqués mais il serait intéressant de mesurer les enveloppes budgétaires fléchées par les ARS sur la formation tout au long de la vie.

ARS	Bonnes pratiques ou initiatives
ARS Haute Normandie	Convention ARS ANFH – coordonner l'action et les financements en fonction de priorités conjointes
ARS Midi Pyrénées	Formation au tutorat de maîtres de stages pour l'encadrement des stagiaires Accompagnement à la professionnalisation des faisant-fonction aides-soignants (concours d'accès ou VAE)
ARS Bourgogne	Convention pluriannuelle avec l'ANFH – financement FIR – accompagnement GPMC, DPC, prévention du risque infectieux, optimisation des achats, comptabilité analytique, conduite de projets SI- Expérimentation avec URPS infirmiers d'une formation à l'installation en libéral des IDE.
ARS Bretagne	Financement d'équipements pour le développement de la simulation (dans le cadre des études médicales, paramédicales et SF).

ARS	Bonnes pratiques ou initiatives
ARS Poitou Charentes	Convention cadre avec l'ANFH relative à la GPMC dans les établissements de santé et les EHPAD. Important programme de requalification sur 3 ans –formation et VAE – pour des ASH faisant -fonction AS.
ARS Aquitaine	Travail avec l'Université pour une offre de master paramédical à destination des infirmiers. Contribution à une réflexion avec l'OPCA UNIFAF sur compétences aides-soignantes.
ARS Centre	Campagne de recrutement des emplois d'avenir déployée avec succès notamment dans le secteur médico-social (200 emplois créés). Prévision sur 2014 de formations Aides-soignants pour ces contrats aidés Développement des formations par l'apprentissage notamment infirmières Participation active des instituts aux forums d'orientation et campagne de communication développée vers l'éducation nationale

4. COMMENT REPARTIR LES COMPETENCES SUR LE TERRITOIRE ET DEVELOPPER LES NOUVEAUX MODES D'EXERCICE.

Aide à l'installation des professionnels du premier recours.

Cette question est au cœur du dispositif Pacte Santé Territoire pour ce qui concerne la médecine générale et au centre des priorités régionales pour nombre d'entre elles, aussi nous avons des réponses très homogènes. Toutes les ARS ayant répondu ont déployé les dispositifs du Pacte :

- Soutien au développement des MSP
- Promotion des CESP
- Signatures de contrats de PTMG
- Désignation du référent installation
- Installation de la Plateforme d'Accueil des Professionnels de Santé

Les ARS font montre d'une réelle mobilisation autour des dispositifs nationaux qu'elles s'efforcent d'asseoir sur des outils méthodologiques encore imparfaits ou en devenir. En effet plusieurs obstacles semblent entraver les démarches régionales. Ceux-ci tiennent aux limites encore présentes du système d'information et des aspects méthodologiques.

Il est à cet égard utile de relever l'opportunité de favoriser la diffusion de la méthodologie APL – accessibilité potentielle localisée - élaborée par la DREES susceptible de permettre un saut qualitatif dans l'approche territoriale des besoins médicaux notamment en médecine générale.

Un questionnaire fait remonter que la communication traditionnelle trouve ses limites auprès des jeunes médecins pour les inciter à contractualiser (CESP, PTMG).

En synthèse les dispositifs nationaux demeurent très structurants de l'action des ARS au sein des régions.

ARS	Bonnes pratiques ou initiatives
ARS Centre	Pour l'attractivité de nos territoires le zonage pluri-professionnel a été revu et des propositions aux CESP médecins sont en cours avec ouverture aux spécialités en déficit : ORL, Ophtalmologie, pédiatrie, psychiatrie, dermatologie. Installations prioritaires dans les MSP et aussi dans les établissements hospitaliers. 13 contrats médecins territoriaux (PTMG) signés dans des territoires de déserts médicaux. Action pour l'installation des médecins via la PAPS et la collaboration du référent-installation de l'ARS avec les Conseils Généraux.
Ars Océan Indien	Réalisation d'un film pour promouvoir l'installation des médecins généralistes à Mayotte (ARS Océan Indien)
ARS Île-de-France	Création d'un fonds de soutien à l'installation et à l'exercice des professionnels de santé (libéraux et salariés) pour impulser et accompagner l'installation de professionnels libéraux, la consolidation d'équipes médicales fragiles et les nouveaux modes d'exercice..

Actions en direction des professionnels spécialisés

Il est assez difficile d'avoir une vue précise des situations régionales quant au recours aux postes d'assistant partagés. Visiblement très développés dans certaines régions, les plus grosses, les postes d'assistant partagés font apparemment systématiquement l'objet de financement FIR.

La situation inégale au regard du recours aux postes d'assistant partagés s'explique par le faible niveau de rémunération et par la grande disparité des besoins et des capacités des régions à les accueillir. Tous les établissements ne versent pas la prime d'engagement de 2 ans. Certaines régions (Nord Pas de Calais) ont créé une « prime distance » pour inciter les ASP à prendre des postes plus éloignés du CHU.

Les primes multi sites sont le second instrument de soutien aux établissements périphériques.

Une région annonce pour 2014 un plan de déploiement régional de consultations avancées.

Concernant le partenariat CHU-CH :

En dehors d'un questionnaire qui évoque une direction commune tous les partenariats CHU-CH comportent un partage de postes ou de temps médicaux : assistants le plus souvent mais aussi PU/PH. Les consultations avancées sont aussi mentionnées.

Des actions innovantes méritent l'attention :

- Lancement d'un appel à projets chaque année sur les quatre dispositifs prévus en fin de cursus pour suivre un post-internat : le clinicat, le clinicat en région, l'assistantat spécialisé en CHU, l'assistantat à temps partagé, avec un calendrier anticipé, un dossier unique et l'implication des 4 institutions concernées- le CHRU, la Faculté de médecine, le Conseil régional et l'ARS. Inauguré en 2012 le dispositif a été renouvelé en 2013 pour l'année 2014. Enfin un dispositif incitatif est utilisé pour pourvoir les postes en périphérie de la métropole.
- Réunion dans les territoires en tension rassemblant les acteurs de l'emploi, les établissements et les professionnels – « tables stratégiques »-

Actions pour développer de nouveaux modes d'exercice ou de nouvelles pratiques

Afin de mieux analyser le contenu des questionnaires une grille de lecture a été utilisée permettant de mesurer le degré d'avancement, de maturité ou de précision des différents dispositifs. Le travail de dépouillement ainsi effectué comporte inmanquablement une dose de subjectivité.

Les réponses traduisent une réelle activité des ARS sur la promotion, l'accompagnement et le soutien aux nouveaux modes d'exercice et aux nouvelles pratiques. Elles portent en cela la politique nationale affichée. Les résultats revendiqués par une bonne moitié des ARS démontrent que cet engagement s'est inscrit dans une continuité qui remonte à plusieurs années. Plusieurs ARS annoncent la poursuite du développement sur 2014.

Même si plusieurs ARS évoquent la mise en place des NMR, la généralisation ne semble pas atteinte. Il s'agit d'un dispositif expérimental pas encore complètement déployé.

5. ACTIONS D'ACCOMPAGNEMENT DES ETABLISSEMENTS

Les ARS peuvent être amenées à intervenir dans le champ des ressources humaines de façon ciblée ou incidente en appui d'établissements.

C'est ainsi que la mise en place de plan de retour à l'équilibre implique quasi systématiquement de traiter de réductions d'effectifs et donc de prévoir des accompagnements spécifiques.

Les restructurations lorsqu'elles impliquent des regroupements d'activité peuvent engendrer des actions d'envergure sur les personnels concernés (reconversion, réaffectation, mesures exceptionnelles). La mise en œuvre de ces plans d'actions peut nécessiter l'accompagnement financier mais aussi méthodologique voire politique de l'ARS. Ceci est d'autant plus nécessaire lorsqu'il s'agit d'opérations de restructuration concernant plusieurs établissements. Les champs de la prévention des risques professionnels et de l'amélioration des conditions de travail sont aussi des domaines dans lesquels les ARS **sont amenées à venir en appui des établissements.**

De l'enquête auprès des ARS on dresse le constat d'une situation différenciée. Il apparaît clairement que les interventions se sont développées au gré des nécessités, des circonstances et des volontés exprimées.

Enfin il convient de relever qu'il y a une grande diversité de déploiement avec des actions de type régional visant une cible pour tous les établissements de la région et d'autres actions pouvant cibler un seul établissement ou même une partie.

Le thème des restructurations a fait l'objet d'un questionnement particulier des ARS à travers le questionnaire. Le dépouillement des réponses apporte un éclairage sur l'implication des ARS dans les processus de restructuration impliquant un ou plusieurs établissements.

L'ensemble des ARS s'exprime sur ce sujet comme en témoigne un taux de réponse élevé.

De grands écarts dans les réponses qui révèlent des politiques très marquées. On peut distinguer trois groupes sur un critère global de niveau d'intervention :

- Du financement mais pas ou peu de pilotage des démarches. : 13
- Du financement accompagné d'un pilotage et du leadership. : 2
- Du financement, du pilotage et du management direct. : 3

ARS	Bonnes pratiques ou initiatives
ARS Haute Normandie	<p>Des crédits FIR sont attribués à l'accompagnement social des restructurations, principalement dans le cadre des conversions professionnelles, notamment en faveur des postes de cadres qui sont un des métiers en tension dans notre région. Cet accompagnement est réalisé en partenariat avec l'ANFH.</p> <p>Initiée fin 2012, l'ARS conduit une démarche importante de promotion et d'accompagnement de la GPMC au sein des établissements de la région, à la fois sur le champ sanitaire et plus récemment sur le champ médico-social.</p> <p>Un partenariat a ainsi été engagé entre l'ARS et l'ANFH afin de faire adhérer le maximum d'établissements publics à la démarche d'accompagnement régionale à la mise en place de la GPMC. Dans le même temps, la FHP de Haute Normandie a développé pour ses adhérents une démarche d'accompagnement à la GPMC. Elle s'est tournée naturellement vers l'ARS et l'OPCA-PL pour mettre en œuvre le projet de GPMC.</p> <p>Globalement sur l'ensemble de la région (établissements de santé uniquement), le dispositif d'accompagnement régional à la GPMC régionalisée couvre 92% du total de l'effectif global qui est de 29 270 ETP.</p> <p>L'attribution de crédits dans le cadre des CLACT résulte de la politique de lutte contre l'absentéisme (1pt d'absentéisme gagné =10 000 K€) Cette lutte est un enjeu majeur développé par le référent RH ARS, notamment au travers du suivi du tableau de bord sur l'absentéisme dans les établissements de santé, et plus particulièrement le suivi des CLM/CLD et ATT/MP.</p> <p>Projet national de prévention des RPS du CHU de Rouen et l'ARS accompagne et suit le projet notamment sur l'information et la formation des managers et cadres aux risques psychosociaux (cf. annexe 5 doc comité de suivi DGOS janv. 2014)</p>
ARS Bourgogne	<p>Dans le cadre de restructurations d'établissements sanitaires et EHPAD, les conseils de la directrice des soins conseillère technique régionale sont parfois proposés pour les réorganisations de soins et dimensionnement d'équipes paramédicales, principalement aux établissements n'ayant pas de directeur des soins.</p>
ARS Basse Normandie	<p>A titre d'illustration, l'ARS a mobilisé le FIR en 2012 pour le financement d'une cellule locale d'accompagnement social (CLASMO) dans un établissement public de santé s'engageant dans la mise en œuvre d'un plan de retour à l'équilibre financier.</p>
ARS Franche Comté	<p>L'utilisation systématique des dispositifs prévus par la circulaire FIR RH (Cellule CLASMO, accompagnement des départs volontaires, des mobilités et des formations) pour les établissements ayant signé un CREF, ou un Contrat de Performance. Des programmes de CLACT régionaux ont été réalisés en 2013, sur les champs sanitaire et médico-social ;</p> <p>La mise en place d'une procédure spécifique d'appui à des établissements présentant des projets importants de réorganisation afin de garantir l'association des organisations syndicales et le déroulement d'un dialogue social serein. Ces démarches ont consisté en la constitution d'un COPIL tripartite ARS- Direction-OS, et à la constitution de groupes de travail en charge de faire des propositions d'évolution des organisations et d'amélioration des conditions de travail. Ce type de démarche a été mise en place dans le cadre de l'appel à projet RPS initié par la DGOS. A chaque fois, cela a permis une meilleure acceptation des évolutions (suppression de lits, révision du fonctionnement et du dimensionnement des équipes et une meilleure prise en compte des attentes du personnel dans le cadre de ces réorganisations.</p>
ARS Nord Pas de Calais	<p>Démarches de benchmark régionales : gestion des lits avec ANAP</p> <p>Démarches de performance plus individuelles et plus complètes avec l'aide d'un consultant extérieur après appel d'offres.</p>
ARS Languedoc-Roussillon	<p>Mesures individuelles (FIR) : IDV, Indemnités Exceptionnelle de Mobilité (IEM), reconversion professionnelle.</p> <p>L'accompagnement est à la fois financier, méthodologique et de conseil : maquettes organisationnelles, tableaux de bords, outils de diagnostic et/ou de décision.</p> <p>Démarches de benchmark régionales : blocs opératoires et Unités de Chirurgie Ambulatoire (UACA) (tous les Etablissements de Santé privés et publics) ; gestion des lits avec ANAP</p> <p>Démarches de performance plus individuelles et plus complètes avec l'aide d'un consultant extérieur après appel d'offres : axe « RH » (PAP) ; bloc et urgences; gestion des lits.</p>

ARS	Bonnes pratiques ou initiatives
ARS PACA	Le partenariat avec l'ANFH est essentiel dans le cadre des CLACT RPS et GPMC ; L'ARS PACA a exprimé une volonté de développer une stratégie régionale et des outils communs à plusieurs établissements par exemple avec la réalisation d'un baromètre social, l'appui méthodologique à la production du document unique.
ARS Corse	Mutualisation de ressources soignantes et médicales dans le cadre de la mise aux normes des activités de médecine d'urgence, entre hôpitaux (avec financement pérenne des MIG correspondantes (Corse : 25 % population à + de 30 minutes des urgences)
ARS Ile de France	L'ARS accompagne les établissements en restructuration par des financements, une aide à l'analyse des problématiques, et une implication en soutien des projets en amont et pendant la restructuration. Une cellule d'information et d'orientation des professionnels paramédicaux (CIO) financée par l'ARS reçoit les agents individuellement et accompagne les équipes RH des établissements en restructuration. Le portage des actions RH territoriales est en cours de reconfiguration : <ul style="list-style-type: none"> - Mise en place d'une plateforme RH régionale - Transfert du portage aux établissements et fédérations Attribution de financement FIR
ARS Centre	Campagne soutenue en faveur des CLACT et de la GPMC avec priorité des crédits du FIR. Partenariat avec les organisations syndicales avec accent porté sur les risques psycho-sociaux et les troubles musculo-squelettiques. Financement d'audits, de formations en ergonomie, de recrutement d'ergonomes, de psychologues du travail
ARS Pays de Loire	Pour la GPEC un accompagnement est proposé aux établissements, via la « Mission RH », pour l'intégration de la démarche métier-compétences dans leurs pratiques quotidiennes, avec les thématiques suivantes : <ul style="list-style-type: none"> - Recrutement (fiches de poste, analyse des compétences) - Entretiens annuels de formation et d'évaluation professionnelle (analyse des compétences) - Plan de formation (identification des compétences à développer par métier) Ces actions visent également à favoriser la mobilité et l'évolution professionnelle (passerelles). La « Mission RH » a également en charge un projet relatif à la gestion de l'absentéisme, via la mise en place de formations-actions et d'outils dédiés. Par ailleurs, elle proposera des accompagnements personnalisés relatifs à la prévention des risques professionnels dans les établissements sanitaires et médico-sociaux.

6. QUEL PILOTAGE ET QUELLE CONCERTATION EN REGION ?

Qu'il s'agisse de prospective sur les métiers, de développement des compétences, de répartition territoriale des professionnels, de mode d'exercice, les actions à mener ne manquent pas. Et il ne fait pas débat que ces actions sont indispensables pour faire évoluer le système de santé ; ce sont sans doute désormais les principaux leviers d'une stratégie nationale et régionale de santé.

Parmi les constats issus tant des ARS que des travaux de la commission et de ses ateliers, il ressort à la fois une réelle difficulté pour les différents acteurs à se coordonner sur les questions des ressources humaines, et parallèlement le souhait d'y parvenir. Les ARS s'interrogent sur leur place dans ce domaine, elles prennent des initiatives, elles expérimentent des partenariats pour faire bouger les lignes. Après quatre années de fonctionnement elles réexaminent leur propre organisation pour mieux répondre aux attentes qui s'expriment à leur égard.

La nécessité d'une concertation régionale et d'un pilotage stratégique

En matière de métiers, compétences, de formation et organisation de travail, les rôles sont différenciés mais les lieux de concertation éclatés.

Les acteurs intervenant dans le champ des RH sont nombreux ; l'Université et les différents instituts et écoles, le Conseil régional, les établissements, les organisations syndicales, les Conseils généraux et les collectivités territoriales, les services de l'Etat (DRJSCS et DIRECCTE) et les OPCA, les URPS, les CPRE, les observatoires de branche, les ordres professionnels. Il est frappant que dans un domaine aussi fondamental pour l'avenir du système de santé régional, et avec des acteurs aussi importants dans leur rôle et différents dans leurs approches, il n'existe aucune structure formelle de concertation au niveau politique.

Sur le pilotage stratégique de la formation, l'Université d'une part, la Région d'autre part interviennent l'une sur les professions médicales, l'autre sur les professions paramédicales. L'ARS est en interface avec l'une et avec l'autre mais il n'existe pas un lieu les réunissant toutes les trois pour discuter la stratégie régionale de formation de l'ensemble des professionnels des champs sanitaire et médico-social. En matière d'incitation des professionnels libéraux, l'Assurance Maladie détient les clefs de la négociation conventionnelle et ne partage pas la discussion en région sur les priorités qui leur sont fixées.

Même s'ils se retrouvent au sein d'un même PRS, même s'ils sont de plus en plus cités ensemble comme opérateurs clefs de parcours coordonnés, les acteurs du secteur sanitaire et ceux du médico-social se rencontrent peu quand il est question de gestion prévisionnelle des métiers et compétences, quand il est question de formation ou d'exercice professionnel. Ainsi l'évaluation des pratiques professionnelles de l'un et l'autre secteur est abordée de manière différenciée tant au niveau national que régional. En matière de formation, de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, d'évaluation des pratiques professionnelles des personnels du secteur médico-social les conseils généraux ont aussi un avis à donner : dans quels lieux l'expriment-ils

Il manque donc en région des espaces de dialogue et de concertation pour s'entendre sur les priorités en matière d'emploi, de formation, de prospective des métiers des secteurs de la santé et du social. Et à travers la revendication d'un dialogue social régional exprimé par les organisations syndicales et professionnelles, c'est d'abord cette attente qui s'énonce.

Si cette question d'un dialogue social régional ne fait pas l'unanimité c'est peut être parce qu'elle n'est pas toujours clairement posée. Les fédérations d'employeurs, tant du côté des établissements sanitaires que médico-sociaux voient dans un dialogue social régional le risque d'ingérence de la part des ARS dans leur gestion pendant que la législation interprofessionnelle leur donne un certain nombre d'obligations - accords de branche FTLV, mise en place d'observatoires de branche et de CPNE/CPRE -. Les ARS qui ont ni vocation, ni revendication à interférer sur les processus établis du dialogue social hésitent d'ailleurs à occuper l'espace régional sur le terrain des ressources humaines car elles mesurent le risque que cet espace soit utilisé pour traiter des sujets qui relèvent de managements individualisés d'établissements. Il est donc indispensable de s'accorder sur ce que nous entendons par dialogue social régional, avant de montrer comment il peut être un véritable levier de dynamisation et d'imaginer dans quels espaces il devrait se déployer, soit en prenant appui

sur les structures existantes soit en imaginant des lieux complémentaires qui n'ont pas été posés au moment de la création des ARS.

Deux champs de concertation se dessinent, l'un au sein du système de santé où les ARS réunissent les opérateurs de santé, l'autre entre ce système et les autres acteurs de la région, qu'ils soient sur le champ des collectivités territoriales, des services de l'Etat et autres autorités publiques, Rectorat, Université. Pour chacun de ces champs, la concertation se fait soit dans des lieux déjà prévus par la réglementation et qu'il s'agit de bien mobiliser et/ou d'ouvrir à d'autres problématiques ou partenaires, soit dans des lieux à inventer où certaines ARS ont d'ores et déjà posé les premiers pas.

Un préalable : s'accorder sur un bon positionnement du dialogue social régional

Deux interrogations synthétisent le thème du dialogue social ; Existe-t-il une légitimité à l'existence d'un dialogue social à l'échelle régionale ? L'ARS a-t-elle légitimité à conduire un dialogue social avec l'ensemble des professionnels des secteurs sanitaire et médico-social ?

La Commission et l'atelier 2 ont largement abordé cette question. Le collège des DG ARS s'est également emparé de ce débat. Il est peu de dire que l'unanimité n'est pas la caractéristique principale des conclusions du débat. Cependant des zones d'accord peuvent se dessiner :

- Il existe bel et bien des questions et des sujets pouvant nourrir un dialogue social à l'échelon régional pour autant que l'acception du terme dialogue social soit suffisamment large. Il s'agit d'un dialogue associant tous les partenaires, syndicats, fédérations, unions professionnelles.

- L'ARS bénéficie d'une légitimité incontestée et non disputée du fait de son positionnement, de ses compétences conférées par la loi et de la pertinence de ce niveau pour traiter de l'emploi. Il apparaît possible de dessiner pragmatiquement un domaine et d'y déployer un dialogue social sous l'égide du Directeur général de l'ARS à la condition du respect des principes suivants :

- Le dialogue social avec l'ARS ne se substitue pas à celui des établissements ; il n'est pas non plus une chambre d'appel.
- Le principe de subsidiarité délimite les champs du dialogue social : seules les questions territoriales sont traitées par l'ARS. Les sujets locaux relèvent des établissements ; si l'ARS en a connaissance elle les évoque avec le directeur de l'hôpital et ne reçoit pas les OS des établissements de manière régulière.

Ces conditions étant posées, quel est le champ du dialogue social régional ? à quels objectifs répond-il ?

Trois dimensions du dialogue social ont été identifiées par l'atelier 2 de la commission :

- Donner du sens aux restructurations : dans les coopérations entre établissements et recompositions territoriales : le dialogue social interne aux établissements ne peut embrasser le champ complet des sujets, et le sens des changements échappe aux partenaires sociaux. Comment dans ce cas pourraient-ils devenir partie prenante des évolutions et les porter ? L'explication des objectifs, des enjeux et des étapes est une

dimension de la conduite des projets de réorganisation territoriale, et seule l'ARS peut communiquer cette vision globale.

- Anticiper les évolutions : le dialogue social régional est le lieu de construction d'une vision partagée de la démographie des professionnels de santé et des besoins. Les échanges réguliers permettent de sortir des relations de posture pour engager une réflexion collective sur l'évolution des métiers et des compétences.

- Accompagner les transformations : informées des enjeux et conscientes des besoins, les organisations syndicales peuvent être forces de propositions et contribuer à la mise en place d'une GPEC régionale. Elles siègent dans différentes instances privées et publiques concernant la formation et l'emploi ; à ce titre elles bénéficient d'une expertise utile.

La concertation au sein du système de santé

Toutes les ARS ont pris l'habitude de rencontrer les fédérations hospitalières publiques et privées, ainsi que les URPS et ce le plus souvent à une fréquence régulière et affichée à l'avance. Les sujets de ressources humaines font partie des thèmes de discussion régulièrement abordés dans ces échanges. Certaines ARS réunissent les organisations syndicales une ou deux fois par an à l'échelle régionale pour discuter des enjeux de développement des métiers, les CLACT, les risques psycho-sociaux. Le Pacte Territoire Santé a été l'occasion pour certaines ARS de réunir un comité ad hoc associant les URPS sur les questions d'attractivité des différents territoires.

Plusieurs ARS ont structuré leurs relations avec les établissements de santé sur le champ de des RH en créant des comités spécialisés ou généralistes. Ainsi dans une région un comité de pilotage régional des ressources humaines constitué et animé par l'ARS réunit les directeurs, les DRH et les directeurs de soins des établissements sanitaires pour évoquer tous les sujets. Une autre a constitué un comité de concertation sur les ressources humaines associant les fédérations, les syndicats de personnels non médicaux et médicaux, les URPS.

Par ailleurs toutes les ARS ont mis en place la commission régionale paritaire qui s'attache aux problématiques de l'exercice médical dans les hôpitaux publics. Cette commission doit faire progresser les questions d'attractivité de cet exercice, du temps de travail et plus généralement s'intéresser à la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences des personnels médicaux. La question de son articulation avec d'autres lieux de concertation ouverts à d'autres professionnels se posera lorsque la commission régionale paritaire sera bien ancrée dans le fonctionnement institutionnel. Mais à ce stade la commission a souligné l'importance de cet ancrage et les attentes fortes à l'égard des ARS de faire vivre les commissions régionales paritaires.

La concertation avec les autres autorités en région

Il est impossible de parler de lieu de concertation lié aux ARS sans parler de Conférence Régionale de Santé et d'Autonomie : ces « parlements de la santé » créés avec les ARS par la loi HPST ont le mérite de réunir de nombreux acteurs du champ de la santé et hors de la santé. Peuvent-ils s'intéresser aux questions de ressources humaines? Celles-ci ne sont jamais mentionnées par les ARS comme un thème de discussion en CRSA et de fait, la très

large composition de cette conférence rend difficile son usage pour débattre des questions des professions, métiers emplois de la santé.

Avec le comité régional de l'ONDPS, les ARS animent un espace tourné vers la prospective des métiers ; mais c'est un espace plus tourné vers l'alimentation de la prospective nationale et moins mobilisés sur une propre dynamique régionale et par ailleurs il ne couvre pas tous les professionnels des secteurs de soins et d'accompagnement médico-social. Il paraîtrait intéressant de renforcer ce comité dans ses missions proprement régionales et d'élargir le champ qu'il couvre à tous les professionnels intervenant dans le champ sanitaire et médico-social, peut-être en le contraignant à travailler en partenariat avec les observatoires de branche. Pour autant, même étendu, le comité régional de l'ONDPS reste un observatoire, ce qui est sa mission première et ne fonctionne pas aujourd'hui comme un lieu de décision sur les priorités de formation.

La plupart des ARS mentionnent leur participation aux travaux lancés par le Conseil Régional, notamment dans le cadre de l'élaboration du schéma régional des formations sanitaires et sociales. Certaines ARS ont commencé à formaliser leurs relations avec ce partenaire clef en matière de formation. Ainsi une ARS a mis en place une « commission des métiers de la santé » associant la Région. Certaines ARS mentionnent le lancement d'enquêtes en commun avec les Conseils Régionaux. Certaines affichent même la notion de co-pilotage des travaux de ce schéma. Pour autant cette implication de l'ARS aux côtés de la Région pour contribuer à enrichir le schéma régional ne paraît ni générale ni suffisante ; lorsqu'elles interviennent les ARS le sont plus sur un mode technique et stratégique. Et les Régions restent souvent en attente à l'égard des ARS.

Avec l'Université un cadre d'intervention pour l'ARS est prévu, notamment dans l'identification des lieux de stages d'internat, dans le nombre de places offertes pour les différentes spécialités. Pour autant les ARS utilisent-elles pleinement ce cadre ? Interviennent-elles effectivement dans ces arbitrages de commissions qu'elles président ? En ont-elles les moyens ? Ceci renvoie au système d'information et au nécessaire développement de celui-ci pour aller vers une véritable prospective. En revanche en matière de formation proprement dite les ARS sont peu associées aux objectifs de formation des professions médicales ni aux priorités de recherche portées par l'université et les CHU. Faut-il se donner la possibilité de le prévoir explicitement ?

D'une manière plus globale, et sous différentes formes, les ARS suggèrent un renforcement du pilotage stratégique de la GPEC-GPMC des professions des secteurs sanitaires et médico-sociaux par l'ARS et sa déclinaison au niveau des territoires. Comment articuler ceci avec les deux acteurs clefs que sont l'Université et la Région ? Se dessine le besoin d'un lieu qui pourrait être appelé **conférence de stratégie régionale de formation en sanitaire et sociale** avec un copilotage président du Conseil Régional et directeur général de l'ARS, lieu associant notamment l'Université, les conseils généraux, la DRJSCS.

ARS	Bonnes pratiques ou initiatives
ARS Haute Normandie	<p>Dans le cadre du comité de pilotage régional RH et du comité de suivi avec les partenaires sociaux, l'ARS de Haute-Normandie a développé une politique d'accompagnement des établissements de santé et porte une rénovation du dialogue social entre les acteurs des établissements de santé y compris avec les partenaires sociaux.</p> <p>Les projets d'accompagnement des établissements de santé sont conduits dans le cadre du comité de pilotage régional Ressources humaines. Les membres de ce comité sont des directeurs d'établissements, directeurs des soins, DRH. Ils sont désignés par les fédérations. En 2014, ce comité de pilotage va s'ouvrir aux établissements du champ médico-social. Concernant les productions réalisées, des groupes de travail, (ARS et professionnels des établissements volontaires), élaborent des outils présentés puis diffusés à l'ensemble des établissements de la région (exemple : guides).</p> <p>Une rencontre semestrielle RH a par ailleurs lieu avec les fédérations elles-mêmes, afin de leur présenter les actions conduites et les projets à venir.</p> <p>Idem pour le comité de suivi réunissant les partenaires sociaux permet de structurer le dialogue sur les sujets RH. Les partenaires sociaux sont notamment associés au déploiement des CLACT, et informés de l'ensemble des projets RH développés par l'ARS.</p>
ARS Corse	<p>Un comité de pilotage territorial est mis en place dans le cadre du suivi des actions relatives à la GPMC. Ce comité de pilotage est constitué d'un pilote et d'un copilote par établissement, des organisations syndicales représentatives des établissements, d'un représentant de l'ARS, du délégué régional de l'ANFH, du conseiller formation de l'ANFH et d'un consultant. Le rôle du comité de pilotage est de structurer la démarche GPMC sur l'ensemble du territoire de la Corse et de valider la globalité des travaux menés par les établissements. Ce Comité de Pilotage se réunit à minima une fois par semestre afin de veiller au respect du calendrier et des objectifs précités.</p> <p>- Accompagnement global des établissements concernés</p> <p>Il est prévu en 2014 la mise en place d'un comité régional des directeurs de ressources humaines par l'ARS de Corse. Les modalités de mise en place de ce comité n'ont pour le moment pas encore été définies.</p> <p>Conseil régional : création d'une IRP (instance régionale de pilotage) associant la CTC (Collectivité Territoriale de Corse), le SGAC (secrétariat général aux affaires Corses, dépendant de la préfecture de Région, et l'ARS) pour traiter de façon coordonnée des sujets de médecine de premier recours, et de télésanté.</p>
ARS Poitou Charentes	<p>En Poitou-Charentes, dans le cadre du contrat de plan Régional de développement des formations professionnelles 2012-2015, un comité de coordination régional de l'emploi et de la formation professionnelle structure tout le partenariat avec le conseil régional, les services de l'Etat et les partenaires sociaux à partir d'un diagnostic partagé de la situation socio-économique régionale</p>
ARS Nord Pas de Calais	<p>Constitution d'un comité de pilotage Pacte Territoire Santé. Création d'une cellule d'appui technique ARS/URPS/Conseil Régional/MSA pour accompagner ou susciter les projets de MSP</p>
ARS Limousin	<p>Au-delà des instances réglementaires (Comité régional ONDPS, Commission régionale paritaire des praticiens hospitaliers...), l'ARS met en place et anime des groupes de travail spécifiques en fonction des thématiques rencontrées : internat, démographie médicale, temps de travail médical.</p>
ARS Pays de Loire	<p>Mise en place d'un comité de concertation RH (fédérations employeurs, syndicats de personnels, syndicats personnels médicaux, URPS) : ce comité est réuni 3 fois / an afin d'apporter sa contribution aux projets de l'ARS. Un sous-comité RH dans le cadre des CLACT est également institué afin de valider les critères d'évaluation et de validation des financements alloués par l'ARS.</p> <p>La commission régionale paritaire des PH est instituée depuis janvier 2013. Cette commission a réalisé un travail de recommandations envers les établissements de santé pour l'amélioration des conditions de travail des médecins.</p> <p>Contractualisation avec les URPS</p> <p>Mission d'appui RH (comité de pilotage FHF/UNIFED/ARS)</p>

ARS	Bonnes pratiques ou initiatives
ARS Ile de France	<p>La mission RH de l'ARS Île-de-France travaille étroitement avec les partenaires des formations :</p> <p>Conseil régional : mise en place d'un groupe de travail régional sur la modernisation des formations (e-learning, simulation ...) ;</p> <p>Universités de santé : comité de pilotage mensuel ARS – doyen (président de la conférence des doyens d'Île-de-France) et réunions préparatoires internes impliquant tous les référents des sujets à traiter ;</p> <p>- Mise en place en 2013 d'un comité de pilotage santé universités avec les 7 facultés de médecine et l'AP-HP</p> <p>- Séminaires thématiques (en 2013 sur les spécialités, en 2014 sur la MG)</p>

La manière dont les ARS s'organisent en interne pour appréhender les questions relatives aux professionnels du système de santé

Pendant les 6 mois qui ont précédé l'installation des ARS au 1^{er} avril 2010, les préfigureurs ont travaillé en lien étroit avec le Ministère de la santé à travers le pilotage du secrétariat général : il s'agissait dans chaque région de mettre en œuvre la nouvelle gouvernance portée par la loi HPST, de penser la future organisation des ARS en fonction des missions attendues, et de concevoir les lieux de démocratie sanitaire et de décision. La question des métiers et des compétences ne fut pas réellement abordée, même si la présence des conseillers pédagogiques issus des DRASS apportait d'emblée les missions liées à la formation des professions paramédicales-, aucune place dans l'organigramme ne fut proposée, chaque préfigureur ayant plus encore que dans d'autres domaines la latitude de s'organiser.

Aujourd'hui deux groupes se distinguent au sein des ARS :

- Un groupe majoritaire en cours de renforcement qui concentre les compétences RH au sein d'une seule direction le plus souvent direction de l'offre de soins et de l'autonomie, parfois direction de la stratégie
- Un second groupe d'ARS qui fonctionnent sur des compétences RH distribuées sur deux voire trois directions différentes.

La transversalité est évoquée comme mode de gestion dans une courte majorité des ARS. Ce mode de gestion demeurera sans doute souhaitable dans plusieurs cas et pour nombre de dossiers à venir.

La délégation aux intervenants extérieurs est privilégiée souvent à l'intention des établissements pour accompagner des démarches ciblées (GPMC par exemple).

La place de la thématique ne semble pas uniforme au sein des ARS. Cependant un nombre croissant d'ARS y accorde une attention accrue au point de réaménager leur organigramme en conséquence. Cinq ARS ont ou auront modifié leur organigramme d'ici fin 2014 intégrant plus fortement les compétences RH.

ARS	Bonnes pratiques ou initiatives
ARS Haute Normandie	<p>Les sujets RH sont portés par le Département Qualité Appui à la Performance, rattaché au DGARS. Au sein de ce département, 2 pôles sont chargés des RH : le pôle Gestion et Formation des Professionnels de Santé et le pôle Qualité Efficience Performance sous la responsabilité d'un même directeur qualité performance.</p>

ARS	Bonnes pratiques ou initiatives
ARS Midi Pyrénées	Placés sous l'autorité de la Direction de l'Offre de Soins et de l'Autonomie, les départements en charge de ces sujets sont : le 1 ^{er} recours, le suivi des établissements, et le département des personnels et professionnels de santé ; les DT assurant le relais de proximité.
ARS Bourgogne	il existe jusqu'à présent un département « personnels et professionnels de santé » à la DOSA qui regroupe les dossiers relatifs aux diverses missions de gestion (FPH, directeurs, internes, PH), à la formation (contrôle pédagogique des écoles), au secteur ambulatoire. Dans le cadre de la réorganisation en cours, un département « soins de proximité » va regrouper tous les sujets relatifs aux professionnels de ce secteur, le domaine des RH (gestion, formations, schéma régional) va être intégré au département « Modernisation des établissements sanitaires et médico-sociaux ».
ARS Picardie	Un service dédié aux professionnels de santé (en fait les PM) comprenant 1 chef de service, 2 cadres A, 1 cadre B chacun à temps plein et du temps de secrétariat au siège et des relais en DT. Un service intégré à la direction de l'Hospitalisation comprenant 0,60 ETP de cadre A et 1 cadre C dédié à la gestion du corps des directeurs, la gestion de la FPH, la veille sociale et les relations avec les OS, l'élaboration et le suivi de la politique RH des PNM de l'ARS.
ARS Océan Indien	<u>La Direction de la Stratégie et Performance assure :</u> le suivi des questions relatives à la formation initiale des médecins et paramédicaux ; le suivi de l'annexe 10 incluant les questions relatives au DPC et aux orientations de formation dans la logique de la Stratégie Nationale de Santé. <u>Les délégations de l'île de La Réunion et de Mayotte assurent :</u> le suivi des questions relatives aux ressources humaines avec les établissements de santé dans la logique des engagements retenus dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens.
ARS Limousin	Pour l'heure, ce sont essentiellement les pôles « Qualité / Professionnels de santé » et « Organisation Régulation de l'Offre » de la Direction de l'offre de soins et de la gestion du risque qui traitent de la plupart des sujets évoqués. La réorganisation actuellement en cours de l'Agence (création d'une DOSA) va permettre de recentrer plus clairement ces activités en y adjoignant de façon plus précise le médico-social.
ARS Languedoc Roussillon	Concernant les protocoles de coopération : nomination d'un référent régional (DQGR/DEQ) qui travaille en lien étroit avec le pôle Soins de Premier Recours pour les protocoles à mettre en œuvre en ambulatoire, et qui a constitué une équipe inter directions (DOSA/DQGR) pour apporter une réponse pluri professionnelle (conseillère technique en soins, conseillère pédagogique, médecin chargé de l'évaluation qualitative) à ces sujets et qui sollicite autant que de besoin les référents thématiques de l'ARS.
ARS PACA	Le secteur RH du système de santé tend à se développer mais les outils de suivi sont éparpillés et les bases de données en voie de constitution comme celle relative aux bilans sociaux des établissements de santé. L'ARS PACA a procédé à une 1 ^{ère} démarche de transversalité avec la création en 2013 d'un département ambulatoire dans la même direction qui regroupe également, le département hospitalier. Cela permet déjà d'unir les moyens et les agents qui concourent au suivi du domaine sous une même entité.
ARS Centre	Ces différentes missions sont pilotées par la Direction OSMS et plus particulièrement par le pôle démographie médicale et gestion prévisionnelle des professionnels de santé qui supervise les 3 domaines : politique de formations paramédicales, suivi de l'internat de médecine, contrôle des postes de praticiens hospitaliers.
ARS Pays de Loire	Existence d'un département des Ressources Humaines du Système de Santé, placé dans la Direction de l'Accompagnement et des Soins.
ARS Rhône Alpes	Le PRS RA a positionné 5 thèmes dits « chapeaux » car nécessaires à mettre en place l'ensemble du PRS. La thématique RH est développée par une équipe transversale à l'ensemble des directions métiers de l'Agence et coordonnée par la Direction de la Stratégie et des projets. Chaque direction métiers a désigné un représentant (ou 2) pour l'équipe projet qui se réunit une fois par trimestre (DEOS : service offre de soins, pôle premier recours et professionnels de santé, services Professionnels de Santé pour suivi de l'internat et des écoles de formations paramédicales, service qualité et performance (relations OPCA, gestion du FIR, protocoles de coopération, démarches performance et QSS, coordination emplois d'avenir). DHGA : conseiller technique en soin infirmier chargé de mission RH. DSP : Ingénieur Sanitaire, chargée de mission PPS). Les actions RH sont inscrites dans le PRS et suivies à ce titre annuellement -comme toutes les actions du PRS -dans leur mise en œuvre.

ARS	Bonnes pratiques ou initiatives
ARS Ile de France	Jusqu'en mars 2014 : dispersion des sujets dans plusieurs équipes. Courant 2013 : restructuration interne et en avril 2014 un pôle « RH en santé » a été identifié au sein de la direction de l'offre de soins. Mission ou pilotage transversal : Mission RH transversale de fin 2011 à début 2014. Mise en place d'un pilotage régional avec délégation à des intervenants extérieurs en cours pour l'accompagnement des établissements dans leurs missions RH et prévention des risques au travail

La place des questions de professions et professionnels de santé dans les relations ARS/ ministère

Les relations ministère – ARS sur le sujet RH restent centrées sur les sujets juridiques et organisationnels. Les leviers financiers mobilisés sont additionnels, mais l'économie générale du système n'est jamais repensée. Celui-ci progresse donc en complexité plus qu'en efficacité.

Le domaine RH ne fait pas l'objet d'un suivi particulier au sein des CPOM ARS/Etat actuels. Faut-il souhaiter que cela le soit ? Pas nécessairement car les CPOM n'ont pas à rentrer dans le détail des actions conduites en région. Pour autant il faut trouver l'articulation entre Ministère et ARS sur ce sujet.

Comme l'a montré le déploiement du Pacte Territoire Santé, les ARS mènent sur le terrain des actions qui mettent en œuvre des politiques nationales qui peuvent porter sur des sujets de RH : la lutte contre les déserts médicaux en est une.

Et par ailleurs les ARS ont besoin d'appui national pour développer leur action : la question des systèmes d'information en RH illustre tout le bénéfice d'une action portée pour et avec les 26 ARS. Les compétences partagées d'analyse des flux, de modélisation, de projection sont nécessaires pour le pilotage de la démographie médicale et soignante. L'exemple de l'outil APL l'illustre bien. Ce type d'expertise pourrait être centralisé et mis à disposition des régions sous forme de logiciels paramétrés pour les ARS et qui seraient ensuite adaptés à chaque région. Les agences pourraient ainsi travailler sur des scénarios et faire de véritables choix stratégiques. Le ministère serait également gagnant car les travaux produits avec un outil commun s'en trouveraient comparables et utilisables.

Si la dimension des ressources humaines est portée de manière plus claire et plus forte dans les projets régionaux de santé, il est indispensable qu'elle le soit aussi au niveau national. Les ARS sont chargées de mener en région les politiques nationales qu'elles contribuent à enrichir. Les acteurs et partenaires des ARS attendent non seulement un travail sur le terrain et une politique cohérente pour la région mais ils attendent aussi une vision d'ensemble et souhaitent garder un dialogue social national fort et porté par tous. C'est dans la cohérence entre vision nationale et politique menée en région que peut et doit se construire la place des ressources humaines dans la stratégie régionale de santé.

Le processus qui a amené à la constitution de la mission, l'expérience cumulée de 26 ARS traduite dans les réponses au questionnaire et à travers les travaux en séminaire des DG, les témoignages recueillis au sein de la commission rassemblant une grande diversité d'acteurs montrent s'il en était besoin la nécessité d'ajustements sur le positionnement des agences concernant les professionnels des secteurs de soins, de prévention et d'accompagnement social et médico-social. En effet, si les attributions que concentrent les ARS ne sont pas nouvelles, celles-ci ont profondément et durablement modifié les équilibres institutionnels des secteurs sanitaire et médico-social. Il n'est d'ailleurs pas certain que nous soyons parvenus à un degré de maturité suffisant pour des raisons qui tiennent non seulement au processus d'apprentissage nécessaire à une institution encore jeune mais qui tiennent également à la grande labilité des champs d'intervention, tous au cœur du pacte social d'une société en changement permanent.

Les problématiques des ressources humaines en santé émergent au cœur d'une institution que l'on veut régulatrice de changements profonds dans l'équilibre entre les besoins et l'offre, et ce ne peut-être totalement une surprise. Ceci s'opère dans un contexte de redéfinition de la relation collective au territoire et de crise endémique de financement dont la combinaison produit un ensemble instable pour lequel il faut se doter des moyens de maîtriser les phénomènes engendrés.

D'autres processus viennent impacter et aussi complexifier la gestion des ressources humaines dans les champs sanitaire et médico-social.

Par ordre chronologique d'apparition citons la décentralisation qui depuis plus d'une trentaine d'années transforme l'ensemble de notre édifice politico-administratif. Le transfert des compétences dans le domaine de la formation intéressant les champs sanitaire et médico-social est encore récent – Loi du 13 août 2004 -. Une nouvelle étape vient tout juste d'être franchie par la Loi 2014-288 du 5 mars 2014. La Région est désormais l'échelon qui détient compétences et financement sur l'ensemble des dispositifs de formation professionnelle initiale et tout au long de la vie en dehors des formations dispensées par le dispositif scolaire académique et universitaire.

La décentralisation des politiques sociales impacte également les ARS : les Conseils généraux sont des partenaires incontournables pour qui veut conduire une politique de ressources humaines en santé. En tant que financeurs de structures d'hébergement médico-sociales, en tant qu'employeurs, directs ou indirects, des professionnels de l'aide à domicile, ils interviennent à deux niveaux : toute augmentation de structure ou services génère des besoins en professionnels, et à l'opposé, tout manque de structure ou service embolise la chaîne de soins et génère potentiellement des recours non pertinents à l'hôpital.

Le second processus majeur aujourd'hui en cours de développement est l'"universitarisation" qui touche les effectifs les plus importants numériquement et fonctionnellement de l'appareil sanitaire et à un moindre degré médico-social. Ce mouvement à peine amorcé annonce d'autres évolutions qui sont les prémices d'un

mouvement de repositionnement des professionnels dans les organisations des parcours de soins. La maîtrise des flux tend à devenir l'une des conditions de l'efficacité globale.

Un troisième processus impacte la capacité des agences à mener une politique intégrée en direction des professionnels de santé : le Fonds d'Intervention Régional et les nouveaux modes de rémunération pour les professionnels libéraux offrent de nouveaux outils de régulation dans un secteur auparavant essentiellement financé à l'acte. Néanmoins, si les agences en disposent, elles ne sont pas partenaires des négociations nationales et leurs marges de manœuvre restent à la fois réduites et très encadrées. De plus, la CNAM peut initier des organisations de soins sans consultation des ARS. Ainsi, le dispositif PRADO (sorties précoces de maternités) a été mis en place sans préparation régionale et sans anticipation des effectifs de sages-femmes nécessaires au suivi à domicile des femmes venant d'accoucher.

Pour autant les ARS ne sont-elles pas en charge des processus de transformation commandés par des changements permanents et profonds de la demande en santé soumise aux évolutions démographiques, sociologiques, épidémiologiques et technologiques ? Comme il est exposé dans la première partie du rapport, les ARS sont aussi garantes de la mise en œuvre des nouveaux paradigmes de prise en charge et d'organisation générale de la distribution de soins ; elles sont aussi désormais attendues sur le terrain de la prévention. Demain elles seront garantes de la mise en œuvre en région de la loi de santé publique qui va fixer des orientations fortes autour de la prévention, des parcours de prise en charge et de la démocratie participative en santé. Elles auront aussi à accompagner les transformations qui permettront à l'offre de soins et services de continuer à renforcer sa qualité tout en visant une plus grande efficacité.

Il est inutile de rappeler la part qu'occupent les ressources humaines dans les secteurs de la santé, de la prise en charge de la dépendance ou du handicap. Ce sont des domaines d'action où la dimension humaine est cruciale : des personnes y travaillent pour et avec des personnes et l'ajustement soignant/soigné reste au cœur des processus de leur production. Pour porter les politiques de santé les ARS doivent donc pouvoir agir sur le développement des métiers et des compétences dans le cadre de leur région, et ce bien entendu en coordination avec tous les acteurs concernés.

Cette coordination entre tous les acteurs sur le champ de la santé est attendue de la part des ARS et est nécessaire à tous pour progresser. L'évolution de certains partenaires OPCA, observatoires, branches, qui s'organisent régionalement montre l'intérêt de tous pour le périmètre territorial. Ce n'est qu'à cette condition que pourront être conduites les stratégies et les politiques assurant le développement et le déploiement des compétences sur le territoire régional et que tous les opérateurs du système de santé pourront progresser. Et c'est bien ce que préconise la stratégie nationale de santé

Il s'agit de donner aux ARS les moyens de participer aux choix et décisions qui concernent les ressources humaines en santé dans leur région.

L'étude des différents leviers concernant l'organisation des ressources humaines en santé au niveau régional conduit à penser les propositions à plusieurs niveaux :

A un niveau stratégique :

Avoir une stratégie à long terme implique de l'arrêter en la formalisant et en la publiant. C'est tout l'enjeu des Projets Régionaux de Santé qui sont aujourd'hui une réalité sur tout le territoire. Cet exercice réalisé une fois depuis la création des ARS se renouvellera dans 2 ans. Déjà une réflexion est engagée dans le cadre de la loi de santé publique pour sortir le PRS d'une vision trop segmentée et lui donner le cadre pour mieux organiser les parcours tout en maîtrisant les dépenses de santé.

Deux questions émergent.

La première concerne l'horizon retenu dans l'élaboration des PRS. Sur ce premier point une tendance se dégage autour d'un horizon à double " focale ". Un horizon de long terme (10 ans). Cet horizon stratégique sera complété par un schéma régional sur 5 ans avec des programmes ou plans d'actions qui mettront en évidence les moyens nécessaires, qu'il s'agisse de ressources financières, d'information ou de ressources humaines.

La seconde a trait au contenu. Il s'agirait de traduire la stratégie régionale de santé dans une démarche elle aussi stratégique de ressources humaines.

Son élaboration appelle une articulation forte avec de nombreux acteurs en région pour l'ensemble des thématiques RH – conseil régional, université, DRJSCS, Fédérations et établissements, URPS...-.

Le pilotage stratégique sur le champ des ressources humaines est, lui, nécessairement partagé. Au plan amont l'ensemble de la formation initiale procède de deux sous-ensembles dont la gouvernance appartient à plusieurs entités de nature et de niveaux différents. En aval les ARS n'ont évidemment pas en propre la responsabilité de la gestion des ressources humaines. Il n'en est pas moins vrai que leur légitimité est incontestable tant la consubstantialité entre les ressources en compétences et la production des soins et des services en santé est avérée.

A un niveau opérationnel, dans la mise en œuvre du PRS.

A cet égard les ARS disposent de leviers relevant de leurs compétences et elles peuvent aller plus loin dans leur mobilisation et disposer de nouveaux outils.

Le PRS document référent doit pour devenir réalité continuer à être porté par les acteurs. Aussi les ARS doivent-elles continuer à s'investir dans l'animation d'espaces pour échanger, débattre et décider.

Elles doivent disposer d'un système d'information national et régional ouvert pour partager les données sur les ressources humaines et permettre aux différents acteurs de se positionner et conduire à des décisions de chacun éclairées et cohérentes.

La contractualisation qu'elles pratiquent avec les établissements de santé, les établissements médico-sociaux et les réseaux porte aussi sur les ressources humaines ; le

dialogue qu'elles établissent avec eux à l'occasion de ce CPOM, crée l'opportunité d'éclairer ces opérateurs sur les stratégies complémentaires ou concurrentes et de mesurer avec eux si les ressources humaines nécessaires à leur projet sont présentes sur le territoire et de se projeter sur un développement de compétences dans une vision régionale.

Les ARS doivent pouvoir agir sur l'offre libérale dans le cadre d'un dialogue régional avec l'Assurance Maladie

Enfin comme la future loi santé les y invite, les ARS devront déployer des actions d'incitation, d'accompagnement et de soutien à l'innovation et l'expérimentation.

En terme d'organisation interne pour les ARS

Pour aller plus loin dans l'animation d'une dynamique régionale dans ce domaine, les ARS doivent sans doute mieux positionner dans leur organisation interne, les experts et interlocuteurs en charge des questions de ressources humaines. Le rôle des conseillers pédagogiques est important ; il doit s'inscrire dans un projet plus visible en interne et en externe associant les différents professionnels des ARS compétents.

Au terme des réflexions conduites au sein de la commission, avec les retours des ARS sur leurs pratiques et des regards extérieurs complémentaires sont présentées 12 propositions relevant de quatre ambitions pour le développement des métiers et des compétences dans une stratégie régionale de santé.

- Permettre la construction d'une vision stratégique partagée entre tous les acteurs en inscrivant au cœur du projet une gestion prospective des professionnels sanitaires et sociaux,
- Intervenir sur la régulation régionale des flux et sur la répartition des compétences intra-régionale,
- Accompagner les acteurs dans l'animation et la promotion des questions relatives aux métiers, aux emplois et compétences dans les champs sanitaire et médico-social,
- Promouvoir de nouvelles pratiques professionnelles et nouveaux modes d'exercice par la formation et des incitations.

AMBITION N°1 : PERMETTRE LA CONSTRUCTION D'UNE VISION REGIONALE STRATEGIQUE PROSPECTIVE ET PARTAGEE SUR LES PROFESSIONNELS ET LES COMPETENCES.

1. Comment doivent évoluer les PRS pour intégrer une vision stratégique sur les métiers et compétences ?

Il s'agit de la question générique de la mission. La stratégie régionale de santé et par conséquent son PRS se doivent d'englober la question des ressources humaines, consubstantielles à l'offre de soins de prévention et de services médico-sociaux tant elles en constituent les principaux éléments

Toute réflexion stratégique qui obérerait les ressources humaines pourrait être frappée d'hémiplégie. Or dans sa première génération, les PRS abordent cette question de façon très variable. Soit les ressources humaines ne sont pas évoquées en tant que telles. Soit elles font l'objet d'un chapitre dans son document stratégique.

Ou encore elles font l'objet d'un ou plusieurs objectifs spécifiques concernant la formation ou la démographie professionnelle.

Il est à ce propos intéressant de constater que la réflexion en cours sur le ou les horizons stratégiques des PRS s'oriente vers un consensus pour considérer un horizon de long terme à 10/15 ans et un horizon de moyen terme 3/5 ans.

En effet il n'est pas anodin de souligner que le rythme naturel de renouvellement démographique des professionnels ne peut s'affranchir du temps de latence de la formation. Ce temps s'échelonne de 3/4 ans pour les auxiliaires médicaux à plus de 12 ans pour les médecins dans les spécialités les plus exigeantes.

Pour ces raisons il apparaît nécessaire d'envisager dans l'hypothèse actuelle d'un PRS "à deux étages" de faire figurer les ressources humaines dans les deux documents.

Plutôt que de définir un cadre normatif aux futurs documents il est préférable d'en ébaucher un contenu au regard des ressources humaines.

Le premier, à horizon dix ans, de plus grande portée stratégique, devra décrire les grandes évolutions attendues en termes de besoins mais également en termes d'organisation des parcours de soins.

Leurs conséquences sur la structure de l'offre ainsi que les options et volontés de remodeler missions et compétences constitueront les bases des projections de besoins en ressources humaines.

Ces besoins devront alimenter les discussions des partenaires concernés par la fixation des flux d'entrée dans les différentes filières de formation qu'ils s'agissent des universités, des instituts, des fédérations d'employeurs, des branches, des OPCA etc.

Le second, à horizon 3/5 ans, de portée plus opérationnelle, s'attachera à décrire l'ensemble des actions d'accompagnement, d'ajustement, de soutien à l'installation et au regroupement des professionnels libéraux ou aux restructurations des établissements. Il devrait trouver sa place dans le schéma transversal envisagé dans les futurs PRS au titre des ressources nécessaires pour conduire ces schémas.

Proposition 1 : Construire les PRS en intégrant dès la réflexion stratégique les sujets de développement des ressources humaines en santé et de démographie : donner un cadre de long terme à ces orientations politiques en les inscrivant dans un document stratégique à 10 ans, et préciser les objectifs à 3/5 ans permettant d'atteindre la cible.

AMBITION N°2 : INTERVENIR SUR LA REGULATION REGIONALE DES FLUX – FLUX D'ENTREE PAR LA FORMATION INITIALE -, AINSI QUE LA REPARTITION DES COMPETENCES SANITAIRES ET MEDICO-SOCIALES.

Alors que les ARS ont la mission de veiller à l'égalité d'accès aux soins dans leur région, et que cet accès passe notamment par la présence de professionnels qualifiés répartis dans l'ensemble des territoires, leur rôle n'est pas suffisamment inscrit dans la fixation des besoins de formation. Via le comité régional de l'ONDPS, l'ARS peut faire remonter des besoins quantitatifs de formation, mais ceci ne vise que les professions de santé. En matière de contenu de formation la réglementation limite l'action de l'ARS à un contrôle pédagogique des formations paramédicales. Qui plus est ce rôle tient plus du contrôle de conformité que d'un véritable contrôle qualité.

La mission recommande de renforcer la concertation entre les acteurs clefs que sont la Région, l'Université et l'ARS, avec une présence accrue de cette dernière aux côtés du Conseil Régional, et la création d'un lieu de concertation de tous les acteurs qui pourra s'appuyer sur le comité régional de l'ONDPS renforcé dans son champ d'action. Elle recommande aussi d'amplifier l'action des ARS sur la répartition régionale des professionnels libéraux au sein d'un espace conventionnel à créer.

L'ARS qui fait émerger avec le comité régional de l'ONDPS les besoins quantitatifs des professions de santé devrait pouvoir mieux contribuer à la définition des attentes en matière de formation en veillant à ce que les objectifs pédagogiques adressent les objectifs professionnels.

Aujourd'hui les textes ne prévoient même pas explicitement un avis de l'ARS dans tous les flux de professionnels à former. Certes dans la pratique, en matière de formation paramédicale, le ministère de la santé interroge les ARS qui en même temps qu'elles transmettent l'avis de la Région, sont invitées à se prononcer sur les besoins de formation. Certes dans certaines régions, des relations régulières avec les doyens donnent une place à l'avis des ARS sur les formations médicales. Mais ce n'est ni inscrit dans la réglementation ni prévu dans les procédures aujourd'hui mises en œuvre.

Il apparaît nécessaire que l'ARS soit réellement reconnue dans ce rôle de fixation des besoins tant vis-à-vis du niveau national que régional en professionnels des champs sanitaire et médico-social.

2. Renforcer l'implication des ARS dans les orientations de formation initiale des schémas régionaux.

L'ARS doit s'impliquer plus largement dans les schémas de formation des professions des champs sanitaires et médico-sociaux.

Les Régions expriment une attente à l'égard des ARS en souhaitant qu'elles s'investissent plus fortement dans l'élaboration des schémas de formation à un niveau tout autant

politique que technique. Dans le respect des compétences régionales et au sein de ses instances dédiées à la formation professionnelle, les ARS doivent donc prendre tout la place qui leur est proposée. Le directeur général de l'ARS doit être entendu tant sur un plan quantitatif que sur un plan qualitatif c'est à dire pédagogique auprès des autorités régionales conformément aux objectifs inscrits au Projet Régional de Santé.

Le schéma régional des formations sanitaires et sociales élaboré sous l'autorité de la Région est un enjeu primordial pour la mise en œuvre du PRS. Aussi est-il très souhaitable de prévoir une association étroite de l'ARS.

Comme le suggère explicitement l'Association des Régions de France, il est attendu une implication plus grande des ARS dans les travaux menés au niveau régional (cadre d'observation et prospective construit en lien avec les schémas des formations sanitaires et sociales et instances CCREFP - futur CREFOP- COPIRE). Se pose alors la question d'une participation de l'ARS à cette conférence régionale lorsque les sujets des champs sanitaires et sociaux y sont débattus

Proposition 2 :

Renforcer et amplifier la présence de l'ARS au côté de la Région dans la préparation, l'élaboration et l'exécution du schéma régional des formations sanitaires et sociales, l'ARS faisant valoir les besoins nécessaires au déploiement du projet régional de santé

3. Un lieu de partage entre Région, Université et ARS sur la formation

Tous les témoignages et avis convergent pour souligner que les acteurs/décideurs régionaux autour de la formation des professionnels de santé ni n'échangent, ni ne confrontent, ni ne partagent suffisamment les informations et les analyses dans le but de définir une stratégie puis une politique en matière de ressources humaines.

Il a été envisagé au sein de la commission de créer **une instance régionale sur la formation des professionnels des champs sanitaires et médico-sociaux co-présidée par la Région, l'Université et l'ARS** et associant les Conseils généraux, l'Assurance Maladie, la DRJCS, les fédérations d'établissements et URPS,

Cette instance partagerait l'analyse des besoins et des problématiques concernant les évolutions professionnelles. Elle bénéficierait des travaux de l'Observatoire Régional de Santé, du comité régional de l'ONDPS et de toutes les études conduites en région ou au niveau national. Elle proposerait des orientations générales pour développer les métiers et les compétences permettant à chaque partenaire de conduire ses propres politiques en cohérence avec cette vision régionale partagée. Elle suivrait les réalisations des actions menées sur le terrain. Elle pourrait se réunir au moins une fois par an. Elle serait compétente pour les formations initiales et tout au long de la vie pour les professionnels exerçant dans les secteurs sanitaire et médico-social. Elle aurait également un pouvoir d'interpellation des

instances nationales sur les problématiques particulières rencontrées en région et nécessitant des réponses spécifiques.

A ce stade de la réflexion, créer une telle instance de manière obligatoire dans toutes les régions paraît prématuré. La mission préconise plutôt d'expérimenter en région des modalités de rapprochement permettant de construire la cohérence nécessaire entre les différentes politiques menées par chacun.

La mission propose donc d'encourager les acteurs, Région, Université et ARS à se doter d'un espace d'échange sur les formations professionnelles pour les secteurs sanitaires et médico-sociaux. Il leur appartiendra de trouver la forme adaptée à leur contexte.

Proposition 3 :

Développer un lieu d'échange entre Région, Université et ARS sur les priorités de formation pour les secteurs sanitaire et médico-social en regard des évolutions observées et des objectifs du Projet Régional de Santé

4. Renforcer et élargir la capacité d'action du comité régional de l'ONDPS

Le comité régional de l'Observatoire National des Professions de Santé, instance collégiale présidée par le DG ARS, se prononce sur les effectifs des internes et des professions paramédicales et est chargé de :

- Recueillir et analyser les données statistiques conformément au cadre méthodologique indiqué par l'observatoire national ;
- Faire réaliser des travaux sur la démographie régionale ;
- Faire chaque année des propositions d'effectifs de professionnels de santé à former.

Néanmoins il ne dispose pas toujours de l'ensemble des informations et ses orientations ne font pas l'objet d'un suivi systématique dans toutes les régions. Il n'est pas partout mobilisé autant que nécessaire. Ses avis ne font pas nécessairement l'objet d'une information largement partagée par les institutions de formation.

Par ailleurs il ne se prononce que sur les professions de santé. Dès lors que serait mise en place une conférence régionale des formations ou une commission de coordination des politiques de formation, le comité régional de l'ONDPS serait chargé d'alimenter de ses travaux les instances de l'ARS. Il aurait à traiter de l'ensemble des professionnels des secteurs sanitaire et médico-social. Sa composition serait modifiée à cette fin. Il comprendrait l'ensemble des acteurs capables d'apporter des informations sur les emplois du secteur soit les Observatoires et CPNE de branche.

Proposition 4 :

Elargir les compétences du comité régional de l'ONDPS à l'ensemble des professionnels des secteurs sanitaire et médico-social. Lui confier le soin de préparer les travaux de la conférence régionale des formations ou de la commission de coordination des politiques de formation.

5. Agir sur la répartition des professionnels de santé dans le cadre d'un espace conventionnel régional avec les libéraux dont l'ARS seraient partie prenante

Aujourd'hui les ARS ont peu d'outils pour agir sur la répartition des professionnels libéraux dans le territoire. Certes elles arrêtent le zonage qui définit le cadre où se négocient les avantages conventionnels, mais elles ne sont nullement partie prenante de négociations qui sont essentiellement nationales.

Le principe d'une participation des ARS à des discussions régionales décidées dans le cadre de la négociation conventionnelle nationale aux côtés de l'Assurance Maladie paraît nécessaire à plusieurs égards. Et c'est une demande portée par les DG d'ARS dans le cadre des chantiers de la stratégie régionale de santé. Cela suppose d'abord que la négociation conventionnelle ne soit pas limitée au niveau national, mais que cette négociation nationale identifie des questions et mode de discussion, pour un espace régional explicitement ouvert aux DG d'ARS.

Le principe de cette participation des ARS à des espaces régionaux de dialogue avec les professionnels libéraux doit être affirmé.

Il s'agirait donc de créer un « espace conventionnel » régional dans lesquels les ARS pourraient porter les priorités régionales de santé publique près des professionnels libéraux. Cet espace permettrait de fixer les incitatifs à proposer aux professionnels libéraux pour qu'ils s'installent dans les zones en sous densité de professionnels

Proposition 5 :

Donner une place aux ARS dans un espace pour l'adaptation en région de la négociation conventionnelle nationale avec les médecins et professionnels de santé libéraux afin d'influer sur la répartition des flux.

AMBITION N°3 : ACCOMPAGNER LES ACTEURS DANS L'ANIMATION ET LA PROMOTION DES QUESTIONS RELATIVES AUX METIERS, AUX EMPLOIS ET AUX COMPETENCES DANS LES CHAMPS SANITAIRE ET MEDICO-SOCIAL

La mission émet trois propositions pour développer et enrichir les pratiques de GRH en région, d'une part la création d'un comité consultatif animé par l'ARS sur ces questions, d'autre part le soutien aux bonnes pratiques de GRH en établissement et enfin la mise au point d'un système d'information accessible sur la situation des professions de santé en région.

6. Un lieu d'échange sur les questions de ressources humaines en santé, laissé à l'initiative des DGARS quant au périmètre traité et au rythme et modalités de fonctionnement. Il rassemblerait les acteurs du système de santé dans leur représentation régionale.

Les acteurs en région (tant fédérations qu'organisations syndicales) sont en attente d'une plus grande visibilité sur l'évolution des métiers et des compétences (idée de GPMC régionale), liée aux réorganisations, restructurations et démographie des professionnels et leurs impacts dans les territoires sur l'offre en santé. Ils expriment des attentes de dialogue à l'égard des ARS, attentes quelquefois contradictoires, certaines organisations syndicales demandant une intervention active des ARS, les fédérations exprimant la crainte d'une ingérence des ARS dans la direction des établissements, à travers un dialogue social régional. Les DG d'ARS ne souhaitent nullement s'immiscer dans le dialogue interne des établissements mais peuvent porter à l'échelle de la région l'animation du dialogue entre les acteurs de la santé sur l'évolution du système de santé et ses impacts sur les professionnels.

Cela pourrait se traduire par la création d'un **comité « consultatif »** animé par l'ARS associant les organisations syndicales, les URPS et les fédérations d'établissements publics et privés à but lucratif ou non lucratif pour échanger notamment sur

- l'évaluation des besoins en offre de soins et les réponses apportées,
- l'évolution des métiers, des modalités d'exercice professionnel et leur impact sur la qualité de vie au travail²,
- la coopération entre professionnels de santé,
- la formation et le développement professionnel continu des professionnels,
- la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences,

² Selon l'Accord national interprofessionnel : "La compétitivité des entreprises passe notamment par leur capacité à investir et à placer leur confiance dans l'intelligence individuelle et collective pour une efficacité et une qualité du travail. Elle dépend aussi de leur aptitude à conjuguer performances individuelles et collectives dans le cadre du dialogue social. La qualité de vie au travail contribue à cette compétitivité".

Il apparaît souhaitable que les commissions régionales paritaires, dont la mission rappelle l'importance dans la régulation des questions relatives aux médecins hospitaliers publics, soient articulées à ce comité consultatif qui les alimente de ses réflexions.

Proposition 6 :

Créer un comité consultatif régional entre les acteurs de santé sur la question des emplois, des métiers, le développement des compétences et l'exercice professionnel et leur impact sur la qualité de vie au travail.

7. Un accompagnement et un soutien des établissements pour la GRH, unanimement souhaités.

La fonction de soutien à la GRH est identifiée comme un besoin tant pour les établissements les plus modestes que pour les établissements soumis à de fortes restructurations par exemple. Pour autant un accord général se dégage pour qu'une structure de type plateforme ne soit pas pilotée par l'ARS, mais portée par les établissements eux-mêmes. Il est en revanche souhaité que les ARS favorisent et soutiennent y compris financièrement la mise en place de structures de ce type.

Les ARS pourraient donc accompagner les établissements dans la création de plateformes d'appui dont la forme différerait selon la taille des régions (GCS pour les plus importantes, simples convention d'appui par exemple du CHU aux autres établissements pour les plus petites). La formule du GCS présente le risque d'institutionnalisation inhérent à toute structure alors qu'il importe que ces plateformes restent des structures légères avec un budget de fonctionnement faible et des capacités d'adaptation et d'intervention fortes. Les expériences en cours qui reposent sur un dispositif conventionnel, pour être souples, restent très fragiles. Un appui fort des fédérations est alors indispensable à leur fonctionnement.

La plateforme opérationnelle répond à un triple objectif :

- Mettre à disposition des établissements une expertise RH (droit social, préparation des retraites, préparation des restructurations)
- Aider les établissements dans la mise œuvre des politiques et des accords nationaux.
- Accompagner des établissements sur leurs problématiques et à leur demande par des chargés de projets disposant d'une expertise en termes de méthode ;
- Conduire des études ou des actions phares sur des projets prioritaires : étude sur les professionnels de la naissance ou de l'aide à domicile, mise en place d'un observatoire, mise en place de soutien au recrutement dans le médico-social.

L'accompagnement et le soutien des établissements à la GRH s'effectuent dans le respect des réglementations applicables aux différentes structures en fonction du secteur dont elles

relèvent (public, privé et privé à but non lucratif). Il doit se faire en coordination avec les dispositifs existant par ailleurs

Elle mobilise à cet effet ses ressources ou des ressources ad hoc ou bien encore s'appuie sur des structures nationales comme l'ANAP ou régionales.

Proposition 7 :

Promouvoir une plateforme régionale d'appui aux Etablissements pour la GRH.

8. Doter les ARS d'un système d'information opérationnel :

Les directeurs généraux des ARS s'accordent sur le caractère incontournable d'un système d'information opérationnel pour exercer leur responsabilité sur les ressources humaines. Les projets envisagés (refonte des référentiels), ou en cours (extension de Diamant³ pour l'aide à la décision en RH en ARS), sont des réponses attendues. Le calendrier de développement de Diamant est connu jusqu'à la formation des utilisateurs. Cependant une disponibilité en janvier 2015 ne signifie pas une complète utilisation et une pleine efficience de l'outil. D'une part les promoteurs du projet soulignent eux-mêmes qu'une marge de progrès latente consiste à améliorer la qualité des données des différentes bases utilisées dans le projet. D'autre part une période d'appropriation sera nécessaire aux experts des domaines dans les ARS, puis une appropriation plus collective à tous les niveaux de décision. Ceci laisse prévoir une période intermédiaire aujourd'hui difficile à mesurer.

La proposition formulée par la mission consisterait à recommander au ministère de renforcer la mobilisation de ses services aux échelons central et régional afin de réduire la période intermédiaire en anticipant au maximum le contrôle et l'amélioration de la qualité des données amont. Une attention particulière pourrait être portée à la préparation, au-delà de la formation déjà programmée, des équipes au sein des ARS autour des "chantiers" prioritaires à ouvrir, par exemple dans le domaine des ressources humaines.

La question de l'ouverture à d'autres acteurs externes aux ARS de l'utilisation de l'outil Diamant+ a été débattue. Le système d'information distingue les acteurs internes (les directions et services des ARS), les acteurs externes fournisseurs de données (CNAVTS, DREES, ATIH, DGOS, ORS, DGFIP, INSEE) et les partenaires (Région, Université, Fédérations, Etablissements...etc.).

La mission préconise l'accès à tous les partenaires des ARS et recommande à cette fin que le système Diamant se dote des conditions techniques de cet accès.

L'enrichissement du panel d'informations portant sur les ressources humaines renforce les capacités d'analyse et de compréhension des évolutions et contribue à étayer les

³ Outil applicatif actuellement utilisé par les ARS ; un volet RH en cours de développement.

orientations et/ou décisions des décideurs. Ce gain peut être encore potentialisé par le partage avec un maximum d'acteurs.

Aussi il est préconisé à travers tous les outils dont disposent les ARS de diffuser et rendre accessibles et utilisables toutes les informations dont elles disposent ou qu'elles produisent – site internet, newsletter, PAPS -.

Proposition 8 :

Partager au niveau régional un système d'information dont le développement doit être priorisé –attribution de ressources, accélération de la mise en œuvre, amélioration de la qualité des sources- et élargir la communication à l'intention des acteurs du système de santé : données démographiques, bilan social régional, indicateurs etc.

AMBITION N°4 : PROMOUVOIR DE NOUVELLES PRATIQUES PROFESSIONNELLES ET DE NOUVEAUX MODES D'EXERCICE PAR LA FORMATION ET DES INCITATIONS.

Les évolutions à l'œuvre impliquant les professionnels de santé dans des exercices coordonnés, dans des coopérations autour des patients, dans un soutien à la responsabilisation des patients devraient être fortement mises en exergue dans la Stratégie Nationale de Santé. Le thème fédérateur du parcours de prise en charge mettant la personne au cœur et acteur de ses soins et accompagnements tout au long de la vie appelle de nouveaux modes d'exercice, voire de nouveaux métiers. L'accent mis sur la prévention appelle de nouvelles compétences. Les ARS doivent pouvoir mobiliser les leviers de la formation et des incitations pour encourager ces évolutions. Ceci conduit à revoir la manière dont elle exerce aujourd'hui le contrôle pédagogique des formations paramédicales

Cela suppose donc que ces orientations figurent bien dans le projet régional de santé au sein du schéma transversal (cf. proposition 1) de telle sorte que tous les acteurs s'accordent au moment de la construction de leur projet régional sur ce qu'ils veulent prioriser dans ces évolutions.

Il faut aussi que les ARS puissent se centrer sur cette dynamique de la formation en utilisant le contrôle pédagogique des instituts pour promouvoir les évolutions de pratiques professionnelles

9. L'engagement de tous au sein du PRS sur l'évolution des pratiques professionnelles.

L'évolution des pratiques professionnelles doit faire l'objet d'une large concertation en région et ce dans le cadre de la construction discutée et ouverte du projet régional de santé.

En même temps que les acteurs s'accordent sur des priorités de soins, de prises en charges, il est important que celles-ci portent non seulement sur les domaines couverts par les offres de soins et de services mais sur les modalités de dispensations de ces offres, donc sur les exercices professionnels, sur les modes de coordination entre les acteurs, et sur les nouvelles pratiques à promouvoir, éventuellement des nouveaux métiers à faire émerger.

Certes les orientations nationales posent le cadre mais il apparaît nécessaire qu'en région, le cadre soit approprié et précisé en fonction des priorités de santé. C'est tout l'enjeu de la concertation en région au moment de l'élaboration du PRS. C'est aussi un des enjeux de la démocratie sanitaire qui doit accompagner en continu la mise en œuvre du PRS

Proposition 9 :

Inscrire dans le projet régional de santé (au sein du schéma transversal sur 3/5ans) les orientations de formation et d'accompagnement pour porter l'évolution des pratiques professionnelles.

10. Le contrôle pédagogique au service des évolutions des pratiques professionnelles

Les ARS ont aujourd'hui la responsabilité du contrôle pédagogique des instituts des formations paramédicales.

Leurs conseillers pédagogiques sont en première ligne de cette mission. Les ARS peuvent ainsi jouer un rôle majeur dans l'impulsion et le contrôle des méthodes et des contenus pédagogiques mis en œuvre dans les instituts des formations paramédicales. Néanmoins, les modalités actuelles de l'exercice de leurs missions méritent d'être revisitées.

Le contrôle pédagogique est défini à l'Art. L.4383-1 du CSP selon les modalités à la convenance des ARS. A ce titre un représentant de l'ARS préside les comités pédagogiques ou techniques des instituts ou écoles ainsi que les éventuels conseils de discipline. Le représentant de l'ARS participe au jury régional d'attribution du diplôme d'Etat d'infirmier,

Or, la présidence des conseils pédagogiques et des conseils de discipline absorbe un temps très important des personnels ARS au détriment d'une démarche qualité globale. Une telle démarche devrait permettre de dégager des objectifs pédagogiques régionaux en adéquation avec les évolutions professionnelles. Il s'agirait aussi de conduire des travaux inter instituts, de faire converger ceux-ci vers les meilleures pratiques, de partager des expériences, mutualiser des moyens.

Il est préconisé de :

- Alléger les modalités de participation des ARS aux conseils pédagogiques des instituts de formations paramédicales pour leur permettre de développer des démarches qualité orientée vers l'évolution des pratiques professionnelles
- Limiter la participation des agences dans les conseils pédagogiques, conseils techniques des instituts de formations paramédicales.
- Développer le contrôle pédagogique dans le cadre d'une démarche de qualité fondée sur une vision claire, anticipatrice et partagée des objectifs professionnels et sa traduction dans les objectifs pédagogiques en s'appuyant sur l'expertise des conseillers pédagogiques.
- Simplifier l'organisation de la procédure de présélection des candidats non bacheliers au concours d'IFSI

Proposition 10 :

Centrer le contrôle pédagogique des écoles paramédicales sur l'adéquation des objectifs pédagogiques aux objectifs professionnels et mobiliser le levier des stages pour agir sur la répartition régionale des professionnels.

11. Faire de la formation continue un véritable levier d'évolution des pratiques professionnelles

Les actions dans le domaine de la formation tout au long de la vie par les ARS paraissent très limitées. La principale OPCA avec laquelle la totalité des ARS entretient des relations suivies et/ou structurées est l'ANFH. D'autres OPCA comme l'UNIFAF, Uniformation, Actalians ont évidemment vocation à participer aux dispositifs régionaux. Le niveau d'intervention le plus souvent cité reste le financement d'actions de formation sur des objectifs ciblés.

Pour ce qui concerne le Développement Professionnel Continu, peu de démarches sont aujourd'hui engagées dans un dispositif pour le moment mal connu ou jugé lourd et complexe. La réglementation prévoit que les ARS fixent les orientations régionales du DPC. Elles ne sont pas aujourd'hui mobilisées sur cet enjeu. Le cadre de la commission consultative d'échanges pourrait être pertinent pour la programmation du DPC entre l'ARS et ses partenaires. Cependant des initiatives sont annoncées dans ce sens pour 2014. La formation tout au long de la vie apparaît comme un levier largement sous exploité par les ARS. Il est serait opportun d'en stimuler l'usage dans la perspective d'accompagner les évolutions professionnelles attendues. Ces ambitions de formation autour de priorités régionales devraient être discutées dans le comité consultatif régional des ressources humaines (cf. ci-dessus ambition 2).

Proposition 11 :

Favoriser l'implication des ARS dans le soutien au Développement Professionnel Continu et de manière générale au développement des compétences des professionnels par la formation tout au long de la vie.

12. Les incitations financières à de nouvelles pratiques professionnelles et les priorités régionales de santé publique

Le principe d'une participation des ARS à un espace de dialogue Assurance Maladie, ARS et syndicats libéraux doit être affirmé et mis en œuvre (voir ci-dessus ambition 3). Ce dialogue régional doit non seulement favoriser les implantations dans les zones moins denses mais aussi permettre de moduler la convention nationale au niveau régional pour tenir compte d'objectifs de santé publique pour la région. Ainsi les Rémunérations sur Objectifs de Santé Publique devraient-elles inclure des objectifs de santé publique fixés à l'échelle régionale et discutés en commission régionale de gestion du risque.

Les ARS doivent aussi disposer de leviers sur le travail en équipe, les protocoles de coopération, les nouveaux exercices professionnels. Il leur appartient de mobiliser les ressources du FIR pour soutenir ces innovations.

Proposition 12 :

Renforcer l'accompagnement des professionnels libéraux dans le cadre d'un espace de dialogue régional et en utilisant des ressources du FIR pour accompagner l'innovation dans les organisations et les exercices professionnels.

ANNEXES

ANNEXE 1 : CALENDRIER ET COMPOSITION DE LA COMMISSION

Calendrier :

Réunions	Dates	Heures	Salles
Réunion plénière	16 janvier 2014	14h30/17h30	7234
	12 mars 2014	10h/17h	7234
	10 avril 2014	10h/17h	7234
Atelier 1	19 décembre 2013	14h/17h	-1113
	9 janvier 2014	14h/17h	-1320C
	6 février 2014	14h/17h	3275R
Atelier 2	12 décembre 2013	10h/13h	0334R
	15 janvier 2014	14h//17h	3275R
	6 février 2014	10h/13h	-1051

Composition de la Commission :

CFTC	Confédération Française des Travailleurs Chrétiens
UNSA	Union Nationale des Syndicats Autonomes
FO	Force Ouvrière
CFDT	Confédération Française Démocratique du Travail
CFE-CGC	Confédération Française de l'Encadrement – Confédération Générale des Cadres
CGT	Confédération Générale du Travail
SUD	Union syndicale Solidaires -Solidaires Unitaires Démocratiques
CGT Cadres	Confédération Générale du Travail-cadres
SYNCASS-CFDT	SYNdicat des Cadres Sanitaires et Sociaux-Confédération Française Démocratique du Travail
CH FO	
SMPS	Syndicat des Managers Publics de Santé
INPH	Intersyndicat National des Praticiens Hospitaliers
Avenir hospitalier	
CPH	Confédération des Praticiens des Hôpitaux
CMH	Coordination Médicale Hospitalière
SNAM-HP	Syndicat national des médecins, chirurgiens, spécialistes et biologistes des hôpitaux publics
CSMF	Confédération des Syndicats Médicaux Français
MG France	Syndicat des Médecins Généralistes
SML	Syndicat des Médecins Libéraux
LE BLOC	Union AAL - SYNGOF - UCDF
FMF	Fédération des Médecins de France
ISNI	InterSyndicat National des Internes
ISNAR-MG	InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des internes de Médecine Générale
ANEMF	Association Nationale des Etudiants en Médecine de France
FNESI	Fédération Nationale des Etudiants en Soins Infirmiers
FNEK	Fédération Nationale des Etudiants en Kinésithérapie
FHF	Fédération Hospitalière de France
FEHAP	Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne privés non lucratifs
FHP	Fédération de l'Hospitalisation Privée
FNEHAD	Fédération Nationale des Etablissements d'Hospitalisation A Domicile
UNICANCER	Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer

UNIOPSS	Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés non lucratifs sanitaires et sociaux
FNCS	Fédération Nationale des Centres de Santé
ANFH	Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier
UNIFAF	Fonds d'Assurance Formation de la branche sanitaire, sociale et médico-sociale, privée à but non lucratif
DGOS	Direction Générale de l'Offre de Soins
DGCS	Direction Générale de la Cohésion Sociale
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
DGESIP	Direction Générale pour l'Enseignement Supérieur et l'Insertion Professionnelle
CNG	Centre National de Gestion
CISS	Collectif Interassociatif Sur la Santé
CNS	Conférence Nationale de Santé
ARF	Association des Régions de France
Conférence CHRU	DG Conférence nationale des directeurs généraux de CHU
Conférence DG CH	Conférence nationale des directeurs de centre hospitalier
Conférence des Doyens	Conférence nationale des doyens de faculté de médecine
Conférence CHU	CME Conférence nationale des présidents de commission médicale d'établissement CHU
Conférence CME CH	Conférence nationale des présidents de commission médicale d'établissement CH
Conférence CME CHS	Conférence nationale des présidents de commission médicale d'établissement – établissements spécialisés en psychiatrie
FNI	Fédération Nationale des Infirmiers
SNIIL	Syndicat National des Infirmières et Infirmiers Libéraux
CONVERGENCE	
ONSIL	Organisation Nationale des Syndicats d'Infirmiers Libéraux
FFMKR	Fédération Française des Masseurs Kinésithérapeutes Rééducateurs
UNSMKL	Union Nationale des Syndicats de Masseurs Kinésithérapeutes Libéraux
SNMKR	Syndicat National des Masseurs Kinésithérapeutes Rééducateurs

Personnes ayant été conviées à participer aux travaux des ateliers la mission	
CFTC	Patrick MERCIER
UNSA	Yann LE BARON Willy KALB Karine ROGER, Françoise KALB
FO	Didier BERNUS
CFDT	Nathalie CANIEUX
CFE-CGC	Thierry AMOUROUX
CGT	Yves LAYBROS Emmanuelle MOISSONNIER
SUD	
AMUF CGT	Christophe PRUDHOMME
CGT Cadres	Jean-Luc GIBELIN
SYNCASS-CFDT	Anne MEUNIER Michel ROSENBLATT
CH FO	Hélène THALMANN Christian GATARD
SMPS	Christophe GAUTIER Olivier FALANGA
INPH	Jean-Michel BADET Alain JACOB
Avenir hospitalier	Patrick DASSIER Nicole SMOLSKI
CPH	Jean-Claude PENOCHET
CMH	Norbert SKURNIK
SNAM-HP	Sadek BELOUCIF
CSMF	Michel CHASSANG
MG France	Claude LEICHER
SML	Roger RUA
LE BLOC	Jean MARTY
FMF	Jean-Paul HAMON
ISNI	Emmanuel LOEB
ISNAR-MG	Guillaume POGU
ANEMF	Nicolas Romain-Scelle
FNESI	Karina DURAND
FNEK	Kevin MAGOTTAT
FHF	Nadine BARBIER Cécile KANITZER Marie HOUSSEL
FEHAP	Nadège HOUDEAU

FHP	Katya CORBINEAU Céline BELTRAN
FNEHAD	Michel BEY Eric GINESY
UNICANCER	Olivier LIMOGES Martine SIGWALD
UNIOPSS	Dominique BALMARY
FNCS	Richard LOPEZ
ANFH	Emmanuelle QUILLET
UNIFAF	Marcel BEUTIN
DGOS	Michele LENOIR-SALFATI
DGCS	Sabine FOURCADE Caroline BASCHMIDT
DREES	Franck VON LENNEP Fanny MIKOL
DGESIP	Françoise PROFIT
CNG	Daniele TOUPILLIER Bernard CHENEVIÈRE
CISS	Claude RAMBAULT
CNS	Bernadette DEVICTOR
ARF	Alain ROUSSET Florence PERRIN
Conférence DG CHRU	Philippe DOMY Jean-Robert CHEVALLIER Bernard DAUMUR
Conférence DG CH	Denis FRECHOU Eric GUYADER
Conférence des Doyens	Dominique PERROTIN
Conférence CME CHU	Guy MOULIN
Conférence CME CH	Docteur Sylvie PERON Docteur Pierre CHARESTAN
Conférence CME CHS	Christian MULLER
FNI	Philippe TISSERAND
SNIIL	Annick TOUBA John PINTE
CONVERGENCE	Noelle CHABERT
ONSIL	Beatrice GALVAN
FFMKR	Daniel PAGUESSORHAYE
UNSMKR	Christian BOSS
SNMKR	Stéphane MICHEL

Co-animation auprès de Chantal de Singly

Véronique BILLAUD, Expert sur les professionnels de sante pour l'ARS Ile de France.

Pierre BLAISE, Directeur du projet régional de santé de l'ARS Pays de la Loire.

Coordination et rédaction

Claude DAGORN, Chargé de mission, DGOS.

Roland GONIN, Directeur-adjoint, AP-HP.

Secrétariat de la mission

Emilie SALMON, Assistante, DGOS.

PAR LES MEMBRES DE LA MISSION :

Michel CHASSANG, CSMF.

Jean DEBEAUPUIS, Directeur général de l'offre de soins, Ministère des affaires sociales et de la santé.

Catherine DESMARES, Pharmacien de santé publique, Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales, Ministère des affaires sociales et de la santé.

Odile JAMET, Chargée de mission, Délégation à la stratégie des systèmes d'information de santé, Ministère des affaires sociales et de la santé.

Hélène JUNQUA, Chargée de mission, Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales, Ministère des affaires sociales et de la santé.

Claude LECHER, Président de MG France.

Michèle LENOIR-SALFATI, sous-directrice des ressources humaines du système de santé, DGOS, Ministère des affaires sociales et de la santé.

Vincent MARSALA, Inspecteur général, IGAS.

Dominique MONGUILLON, Conseillère pédagogique, DGOS, Ministère des affaires sociales et de la santé.

Nicolas PRISSE, Médecin inspecteur de santé publique, Secrétariat général des Ministères chargés des affaires sociales

Julien SIMONNET, radiologue, chargé de mission Société française de radiologie et d'imagerie médicale, Expert CNEH.

Le Collège des directeurs généraux d'ARS

Dans le cadre des Ateliers 1&2

Caroline BACHSCHMIDT, Sous-directrice, Direction générale de la cohésion sociale.

Yann BOURGUEUIL, Directeur de l'IRDES.

Laurent CHAMBAUD, Directeur de l'EHESP.

Marc HALLAK, ARS Île-de-France, et Laurent TRELUYER comme directeur de projet.

Ljiljana JOVIC, Directeur des soins-conseillère technique régionale, ARS Ile-de-France.

A travers le questionnaire aux ARS :

L'ensemble des équipes des ARS.

PROPOSITION DE LA FEDERATION HOSPITALIERE DE FRANCE ET DES CONFERENCES DE DIRECTEURS DE CH ET CHU



CONTRIBUTIONS

MISSION DE SINGLY « VOLET RH DES PRS »

L'élaboration du volet RH des PRS par les ARS doit se faire en **forte collaboration et** en soutien des initiatives des acteurs de terrain. Au-delà de ses missions « régaliennes » de contrôle, l'ARS définit une stratégie régionale en matière de gestion prévisionnelle des compétences médicales et paramédicales et assure aux établissements les conditions du déploiement de leur CPOM dans le domaine RH.

DE LA REGULATION A LA PLANIFICATION

Les missions « régaliennes » des ARS (contrôle, planification, ...) leur confèrent un rôle majeur dans la régulation des professions de santé, notamment au travers du pilotage des formations sanitaires et sociales, et au-delà, dans la définition d'une véritable stratégie RH en matière d'attractivité et de fidélisation.

UNE NECESSAIRE REGULATION DES FORMATIONS SANITAIRES ET SOCIALES

Si les pratiques actuelles peuvent certainement être modernisées (dématérialisation, amélioration du pilotage des effectifs d'internes ...), le contrôle des diplômes et l'enregistrement des professionnels de santé par les ARS demeurent des préalables indispensables à la régulation qualitative, mais également à l'analyse quantitative des effectifs sur le territoire.

De fait, la qualité des diplômes paramédicaux devant être garantie par les ARS, ces dernières veillent à la qualité des dispositifs pédagogiques, des formations théoriques et cliniques ainsi qu'à l'efficacité des dispositifs tutoriels. Elles sont également chargées d'assurer la cohérence des offres de formations cliniques et sont les seules à pouvoir veiller à leur répartition équilibrée sur le territoire ainsi qu'à la juste répartition entre le secteur public et privé.

En outre, la cohérence des projets pédagogiques des instituts paramédicaux, assurée par les ARS, favorisera indéniablement l'interdisciplinarité dès la formation initiale notamment au travers la mutualisation des enseignements entre les filières. Pour ce faire, si les ARS ne président plus les Conseils pédagogiques, elles devront néanmoins assurer un contrôle sur l'enseignement clinique.

La FHF et les conférences réitèrent également leur soutien à la création des instituts régionaux de formation paramédicaux en lien avec les FHR, les Conseils Régionaux et les Universités.

LA NECESSITE D'UNE GPMC TERRITORIALE

La mise en œuvre des PRS demeure en effet conditionnée par la démographie des professions de santé. De nombreuses actions sont d'ores et déjà menées en régions, tant dans le champ de l'ambulatoire qu'à destination des établissements. Toutefois, les dispositifs de GPMC demeurent souvent lacunaires et peu performants, et peu de régions disposent pour le secteur hospitalier d'une vision claire des postes vacants, notamment médicaux, des secteurs en tension et de projections fiables. De même, l'accompagnement social des restructurations par les ARS est souvent réalisé en l'absence de toutes prévisions. Or, les décisions et actions régionales en matière de gestion prévisionnelle doivent être concertées, et établies en lien avec les objectifs du PRS afin d'aboutir notamment à une répartition équilibrée des professionnels de santé sur le territoire.

Il apparaît donc nécessaire :

- D'améliorer la transparence et la cohérence des différentes actions menées, les moyens qui leur sont impartis, leurs structures de pilotage et de concertation.
- De rapprocher dans les comités de pilotage de GPMC les ARS/Fédérations/OPCA et OS, tant pour le PNM que pour le PM.
- De revoir les moyens d'actions aujourd'hui trop limités (notamment concernant l'installation des médecins : les dispositifs spécifiques aux zones sensibles ou les aides à l'installation demeurent inopérants (sauf exercice regroupé) du fait de la rigidité des statuts).
- De veiller à la généralisation des postes de médecins multi-sites
- De favoriser le développement des pratiques avancées dans le cadre de protocoles de coopérations pour améliorer le développement des compétences et la qualité de l'offre de soins.
- De mener une réflexion complémentaire sur la proposition (n°9) suggérée dans le rapport qui vise à mettre en place une co-signature du directeur général d'Ars à la convention hospitalo-universitaire.

DU CONTROLE REGLEMENTAIRE A L'ACCOMPAGNEMENT DES POLITIQUES DE PERFORMANCE

LE CONTROLE REGLEMENTAIRE, UNE MISSION REGALIEENNE DES ARS

Les ARS ont pour mission « régaliennne » le contrôle réglementaire sur les établissements et les professionnels. A ce titre elles veillent notamment au bon déroulement des CAPD, des concours départementaux et régionaux ainsi qu'à la déclaration des vacances de postes médicaux, au contrôle des contrats des médecins.

La FHF et les conférences souhaitent alerter la mission sur le désengagement des ARS sur ces sujets, sans transfert de moyens vers les établissements, ni de réflexion sur le risque pris en termes de responsabilité.

UN SYSTEME D'INFORMATION PARTAGE

Il est prévu un développement d'un système d'information au niveau des ARS (activité, répartition des personnels, dépenses...). Ce système d'information ne peut être envisagé que partagé avec les établissements afin de faciliter le dialogue de gestion avec les ARS.

UN SOUTIEN A LA FONCTION RH DES ETABLISSEMENTS CLAIREMENT DEFINI

Les ARS sont également force d'impulsion de certains projets RH (notamment dans le cadre des CLACT). Elles peuvent notamment soutenir financièrement la création de centres de services partagés et la mutualisation d'équipes, constitués par et à l'initiative des établissements.

Toutefois, elles ne peuvent se substituer aux établissements et doivent reconnaître, dans l'attribution des crédits, les projets résultant de démarches et de concertations locales. En outre, l'accompagnement à la performance ne doit pas être assimilé à une politique de contrôle. Des dérives ont été notées, notamment l'intervention des conseillers techniques en soins infirmiers ou de médecins des ARS très loin dans l'organisation des établissements (demande de plannings, audits très détaillés). Ainsi les services de l'ARS ne peuvent à la fois intervenir en tant que tutelle et chargé d'audit, d'où la nécessité dans certains cas, et notamment pour l'accompagnement des CREF, de recourir à des intervenants extérieurs.

VERS UN DIALOGUE SOCIAL PARTENARIAL

Si les ARS ont vocation à concerter les OS sur leur politique générale, l'échelon régional n'est pas un échelon de dialogue social, au risque d'instituer les ARS comme arbitres des décisions locales, et de décrédibiliser de ce fait les Directeurs d'établissements.

ARS ET DIALOGUE SOCIAL LOCAL

Pour les hospitaliers publics, au-delà des différences régionales, les interventions des ARS demeurent trop peu partenariales et les relations insuffisamment marquées par la confiance. S'ajoutent également des maladresses ou des dérives dans les interventions de certaines ARS qui ont donné le sentiment d'une volonté d'immixtion dans la gestion interne des établissements de santé et de négation du principe d'autonomie des établissements.

En ce qui concerne les CPR, la FHF et les conférences appellent aux déploiements de règlements intérieurs au sein des établissements afin de régler les procédures de saisine et éviter ainsi tout risque d'ingérence dans la politique des établissements.

LE SOUTIEN EVENTUEL AUX ETABLISSEMENTS EN CAS DE SITUATION CRITIQUE

Le fait que le rapport, dans sa version actuelle, n'inscrive pas l'intervention des Ars dans la mise en place de médiation en cas de situation de tension dans les établissements est de nature à laisser toute sa place au dialogue interne entre les multiples parties prenantes du dialogue social local.

Dans le prolongement de cette fonction de tutelle, l'ARS pourrait peut-être, à la demande expresse du responsable d'établissement, accompagner la gestion en cas de crise grave, ou, le cas échéant, mobiliser des mesures d'accompagnement social des restructurations. Ces interventions seraient alors protocolisées pour une parfaite coordination avec l'établissement. Toute activité de « médiation » de l'ARS resterait parfaitement exceptionnelle et en tout état de cause fortement encadrée et réalisée à l'initiative de l'établissement.

CONCLUSION

La FHF et les conférences rappellent que les ARS doivent aujourd'hui être confortées dans leur mission de régulation et de déploiement de politiques territoriales d'attractivité et de fidélisation des professionnels de santé, afin de soutenir notamment le déploiement des PRS. En outre, si le contrôle de gestion des établissements par les ARS, pour être efficient, doit être rationalisé et assumé, le déploiement de politiques de performance doit être réfléchi en partenariat avec les fédérations, et dans le respect des démarches locales. La FHF et les conférences tiennent à préciser que si le niveau régional a légitimité à s'informer du climat social local, à réguler des crises majeures, à se concerter sur les programmes régionaux avec les OS, il ne peut être un niveau de dialogue social.

La GPEC dans les ARS

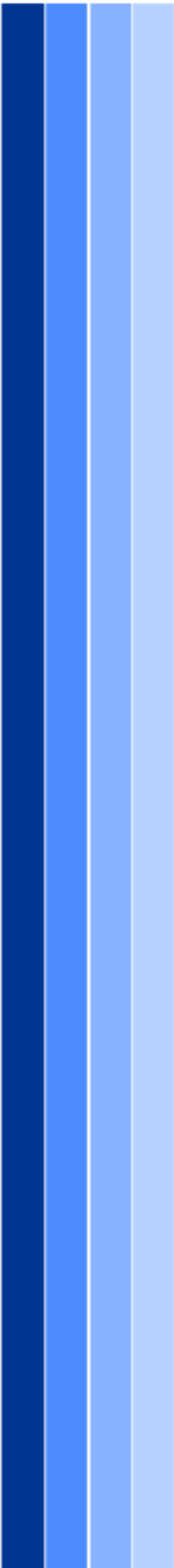
Un enjeu pour la CFDT Santé-Sociaux

ASSEMBLÉE NATIONALE

Suite à l'Audition du 20 juillet 2010 de la
FÉDÉRATION CFDT SANTÉ-SOCIAUX

Représentée par
Nathalie CANIEUX,
Secrétaire générale et
Nicole PERUEZ,
Secrétaire fédérale.





Sommaire

1. Le contexte	3
2. Les constats	3
3. Construire l'organisation sur le territoire, <i>Une responsabilité sociale</i>	4
4. Les acteurs de la GPEC.....	5
5. Pour une GPEC transversale régionale	6
6. Conclusion	7

1. LE CONTEXTE

La Loi HPST, portant réforme de l'hôpital est relative aux patients, à la santé et aux territoires.

Cette loi comprend 4 titres :

- Titre I - Modernisation des établissements de santé
- Titre II - Accès de tous à des soins de qualité
- Titre III - Prévention et santé publique
- Titre IV - Organisation territoriale du système de santé

Ce quatrième titre concerne la déclinaison régionale de la politique de santé par la création des Agences régionales de santé (ARS) et des Conférences régionales de santé et de l'autonomie (CRSA).

Dans la loi, les ARS doivent mettre en œuvre la politique de santé publique, réguler, orienter et organiser l'offre des services de santé.

Elles délivrent les autorisations d'activités (sanitaire et médico-sociale) et peuvent également :

- demander aux établissements de conclure une convention de coopération ou de communauté hospitalière de territoire ;
- créer un groupement de coopération sanitaire ;
- créer un nouvel établissement public de santé par fusion des établissements ;
- demander aux établissements de supprimer des emplois ou de réviser le Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM).

Par ailleurs, la Conférence régionale de santé et de l'autonomie est une instance consultative. Elle participe à la politique régionale de santé par ses avis sur le plan stratégique régional de santé et en faisant des propositions au directeur de l'ARS sur la politique de santé dans la région, tant sur son élaboration, sa mise en œuvre que son évaluation.

C'est à ce niveau que les organisations syndicales représentatives des personnels des établissements sont présentes.

Le projet régional de santé définit les objectifs pluriannuels des actions de l'ARS dans le cadre des orientations nationales et des lois de finances et de financement de la Sécurité sociale. Le projet régional planifie l'offre sanitaire, ambulatoire et médico-sociale.

2. LES CONSTATS

Nous avons constaté que les décisions de réorganisation sur le territoire se font très souvent aux dépens des professionnels par manque d'anticipation. En règle générale, les projets régionaux, les schémas régionaux d'organisation, ne prévoient pas le volet social qui pour la CFDT est nécessaire à l'accompagnement des professionnels.

Les conséquences sont pourtant lourdes dans certains cas et concernent quelquefois des transferts de personnels, voire des plans sociaux, sans qu'aucune étude préalable n'ait eu lieu sur les capacités régionales de reclassement dans d'autres établissements du secteur.

La réorganisation passe également – on le voit dans les missions des ARS – par des projets qui posent de fait la question de la situation des personnels qui se retrouvent groupés au sein de nouveaux types d'établissements dont on n'a aujourd'hui que peu d'indications sur le fonctionnement :

- convention de coopération ou de communauté hospitalière de territoire,
- groupement de coopération sanitaire,
- établissement public de santé par fusion des établissements.

Dans ce cadre, les personnels sont issus de services où les organisations du travail sont différentes et donc remises en cause. Ils sont également couverts quelquefois par des statuts différents et amenés à se côtoyer sur des activités communes. Là encore, les échanges en amont avec les personnels s'imposent et aucun projet de ce type ne devrait voir le jour sans une anticipation réelle et constructive des conséquences probables.

Parallèlement, l'évolution des structures de soins – qui se réorganisent sur des activités médico-sociales – nécessite des stratégies d'accompagnement en matière de reconversion ou d'évolution professionnelle.

Si les ARS ont pour mission de mettre en œuvre la politique de santé publique, réguler, orienter et organiser l'offre des services de santé et médico-sociaux, elles ne peuvent le faire sans tenir compte des professionnels qui offrent ces prestations et sans qu'aucune politique de santé publique n'est possible.

3. CONSTRUIRE L'ORGANISATION SUR LE TERRITOIRE, UNE RESPONSABILITÉ SOCIALE

La CFDT Santé-Sociaux propose qu'un volet social soit obligatoire dans le projet régional de santé et qu'il fasse l'objet d'une concertation au sein des ARS. Les logiques qui motivent tel ou tel choix de développement d'activité au détriment d'une autre sur un territoire, les stratégies régionales en termes d'offres et de besoins ont un impact important sur l'emploi. Or, l'emploi de ce secteur représente un enjeu majeur au niveau économique pour les régions. Rappelons que l'hôpital et le médico-social - maillage territorial important - sont souvent les plus gros employeurs sur le territoire.

La question de l'emploi dans une région relève évidemment de l'intérêt général. Cette préoccupation est interprofessionnelle mais les acteurs, qui aujourd'hui sont en capacité d'apporter des réponses constructives à ces difficultés, œuvrent au sein même du secteur et sont pour nous les premiers interlocuteurs à mobiliser. Afin de regarder comment l'emploi du secteur s'organise, se prévoit et s'adapte au niveau de la région, il est important de solliciter certains interlocuteurs aujourd'hui absents des discussions sur ces sujets, alors qu'ils sont en responsabilité sur les conséquences du plan stratégique de l'ARS.

La CFDT Santé-Sociaux a fait ces choix lors de son Congrès en mai 2009, en insistant sur les actions à mener autour de l'entreprise, qui participent à la responsabilité sociale du secteur sanitaire et social :

« L'organisation de la complémentarité des activités sanitaires, sociales et médico-sociales, doit se mettre en œuvre au sein d'un même territoire tout en garantissant l'accès à tous les usagers.

En réponse à la volonté politique de rationalisation ou à la pénurie prévisible des professionnels, la CFDT Santé-Sociaux défend l'organisation des activités, sur un territoire, au sein de groupements de coopération ou de regroupements des petites structures.

Les regroupements locaux ou la réorganisation des entreprises nationales en régions nécessitent cependant, pour la CFDT Santé-Sociaux, l'implication des acteurs, la définition de périmètres géographiques cohérents et une réflexion systématique sur les niveaux de gouvernance.

La cohérence dans la déclinaison des politiques nationales à ce niveau territorial nécessite des outils de régulation communs à tous les acteurs, concernant l'évaluation des besoins, la définition de moyens adaptés et l'analyse des résultats.

Pour la CFDT Santé-Sociaux, cette structuration du secteur nécessite une coordination des acteurs. Les Agences régionales de santé (ARS) doivent avoir ce rôle à leur niveau. Elles doivent être coordonnées à l'échelon national dans le cadre des politiques publiques. » (...)

« Les mutations des missions du champ sanitaire, médico-social et social nécessitent une anticipation en termes de repérage des compétences et de renouvellement des effectifs. La gestion prévisionnelle des emplois, dont aucune politique locale ne peut ignorer l'intérêt, doit y répondre. L'impact des restructurations sur l'emploi et la mobilité des salariés doit, pour la CFDT Santé-Sociaux, s'inscrire dans une réflexion sur la négociation de la GPEC à l'échelle de la région ou du territoire. »

4. LES ACTEURS DE LA GPEC

Pour la CFDT Santé-Sociaux, l'organisation des établissements dans les régions et l'impact des restructurations sur les personnels doit impérativement faire l'objet de discussions avec les organisations syndicales représentatives du personnel.

Aujourd'hui, les organisations syndicales siègent et agissent au sein des instances en charge de ces questions.

Mais l'éclatement de l'organisation des employeurs du secteur ne favorise pas une gestion efficiente des emplois pourtant transversaux sur l'ensemble des activités et des types d'établissements.

Les branches professionnelles du secteur, Privée lucrative, Associative sanitaire, sociale et médico-sociale non lucrative et Aide à domicile, ont chacune créé leurs Commissions paritaires nationales pour l'emploi, la compétence et la formation professionnelle (CPNEFP).

Ces commissions se sont dotées d'outils tels que les observatoires de branche qui, chaque année, apportent les informations indispensables à la réflexion sur l'évolution des emplois du secteur de leurs champs respectifs.

Ces réflexions permettent aux branches d'élaborer tous les ans leurs priorités politiques en termes d'emploi et de formation et de déterminer les cahiers des charges vis-à-vis des OPCA¹.

Dans la Fonction publique hospitalière, c'est l'ANFH qui remplit à la fois le rôle d'OPCA et de CPNEFP, ce que la CFDT déplore. En effet, nous continuons de penser que le financeur des formations n'est pas le meilleur décideur des orientations politiques nécessaires à l'évolution du secteur. Pour autant, l'ANFH existe en région et doit également être partie prenante des évolutions territoriales en termes d'emplois, de compétences et de formations.

Au même titre que les observatoires de branche, l'ONEM² doit être un outil pour la Fonction publique hospitalière permettant d'apporter à cette branche les éléments d'analyse nécessaires à la réflexion sur l'évolution des emplois.

5. POUR UNE GPEC TRANSVERSALE RÉGIONALE

Au sein des ARS, la CFDT Santé-Sociaux propose de créer une instance paritaire de gestion régionale prévisionnelle des emplois, des compétences et de la formation professionnelle. Chargée d'élaborer le projet social pluriannuel, celle-ci doit permettre de prévoir et de financer la mobilité, l'adaptation à l'emploi, la professionnalisation des professionnels du secteur, salariés et fonctionnaires.

Ce projet social directement lié au plan stratégique de l'ARS aura pour principal objectif de mettre en cohérence l'emploi et les activités dans le cadre de l'évolution territoriale des établissements du secteur. Alimentée par l'expertise des observatoires des branches, cette instance – en lien avec l'offre de formations, les collectivités locales qui la financent et les OPCA – sera en mesure d'évaluer la faisabilité du plan stratégique et de ses conséquences pour les professionnels et donnera son avis sur les éventuelles adaptations nécessaires.

L'anticipation nécessaire à la pluri-annualité des projets passe par l'évaluation des besoins en personnels et en qualifications. La création d'outils régionaux de mesure et d'évaluation de l'évolution des professionnels sera indispensable. L'élaboration d'un bilan social régional, sanitaire, social et médico-social, peut être envisageable. Il sera possible, pour les CPNE des branches ou les représentants des salariés, de solliciter cette instance régionale dans le cas de PSE ou de regroupement d'activités ou d'établissements de statuts conventionnels différents afin d'élaborer en amont le projet social de regroupement.

¹ Organismes paritaires collecteurs agréés.

² Observatoire national des emplois et des métiers.

6. CONCLUSION

Si des différences existent dans le traitement des professionnels, il est des éléments communs transversaux qui doivent permettre une réflexion constructive au niveau régional sur l'ensemble du secteur : les métiers, leur formation initiale et continue, les besoins en qualification, en reconversion et en formation tout au long de la vie.

La CFDT Santé-Sociaux pense que l'ARS doit être le point de rencontre des compétences des acteurs mobilisés sur ces sujets. La logique de parcours professionnels soutenue par la CFDT prend alors tout son sens au sein du secteur sanitaire, social et médico-social.

La CFDT Santé-Sociaux propose la mise en place, au sein des ARS, d'un niveau de concertation et de négociation sur la GPEC du secteur sanitaire, social et médico-social, public et privé. La CFDT ne veut siéger que si elle a les moyens d'agir sur le présent et l'avenir des professionnels dans un monde qui change. La place des organisations syndicales au sein de la conférence régionale de santé est actée ; celle-ci est consultative et a vocation à produire des avis et des propositions.

La CFDT Santé-Sociaux souhaite aujourd'hui la mise en place d'un nouveau lieu de concertation sociale constructif où les partenaires sociaux représentatifs doivent être en mesure de contractualiser les mesures sociales d'accompagnement et de gestion des emplois et des compétences au niveau régional. ■

Proposition 6 :

Un renforcement du rôle des ARS dans la stratégie de formation des professionnels de santé : expression par les ARS des besoins de formation découlant des besoins professionnels, avis systématique des ARS sur les schémas de formation.

Commentaires:

Nous ne pouvons que féliciter les rapporteurs à ce sujet. Aujourd'hui, seule les ARS ont accès aux informations relatives à la démographie des professionnels de santé dans les régions, et peuvent déterminer les besoins au court, moyen et long terme. En revanche, à l'heure actuelle très peu d'études sont faites sur les flux d'étudiants et des professionnels sur le territoire de compétence d'une ARS. Cette expertise chiffrée est un des outils primordiaux pour les ARS doit être investis dès à présent pour avoir toutes les compétences nécessaires.

Les ARS aujourd'hui ne peuvent se contenter de donner un simple avis concernant les quotas d'entrée des étudiants en santé. Celles-ci doivent être, au sujet de cette problématique, l'interlocuteur privilégié du ministère en charge de la santé. Les régions restent bien sûr concertées, dans la mesure où elle possède la compétence de financement des instituts de formation.

Cependant, la régulation du nombre d'étudiant en formation ne doit pas être la conséquence d'un simple maillage territorial de l'enseignement supérieur (sans prise en compte des aspects sociaux, économiques et d'accès aux services universitaires des étudiants) mais réellement être la conséquence de besoins étudiés dans le cadre du système de santé français.

En l'occurrence, l'agence régionale de santé apparaît comme l'acteur le plus compétent sur cette question.

Proposition 7 :

Créer dans chaque région une conférence régionale de la stratégie en formation, instance politique co-présidée par l'ARS et le président de La Région et qui serait appelée, une fois par an, à se prononcer sur les besoins de formation pour les professionnels des secteurs sanitaires et médico-social et à en fixer les grandes orientations. Celles-ci s'imposeraient à tous, et donneraient un cadre d'action régional à moyen et court termes.

Commentaires:

Cette conférence régionale de la stratégie de formation doit être l'institution permettant de réunir les différents interlocuteurs intervenant dans le paysage des formations de santé. Elle doit permettre entre autres la régulation et l'harmonisation de l'offre de formation, tel que l'ouverture d'institut afin que ceux-ci prennent en comptes différents items que voici:

- La pertinence en termes d'insertion professionnelle pour l'ouverture de l'institut souhaité
- La pertinence en termes de qualité de formation et de vie étudiante par rapport à la localité d'implantation de l'institut
- La régulation des flux d'entrée en formation initiale sous l'égide de l'ARS, représentant du ministère des affaires sociales et de la santé avec pour avis du représentant de la région

De plus, nous tenons à rappeler que dans cette conférence il est évident que tous les acteurs concernés doivent être présent afin de participer au débat. Il nous est difficilement concevable de voir les étudiants en santé exclus du processus de discussion, quand des questions liés à la formation sont débattues.

Nous souhaitons donc que les étudiants en santé soit représenté et organiser au mieux cette représentation au sein de cette conférence.

Exemples :

- Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie (IFMK) éphémère de Rodez : 1 promotion sur 3 ans, cours par vidéo-transmission, aucun contact avec l'équipe pédagogique, aucuns services à l'étudiant.
- IFMK public de Brest : Zone nous sous-doté de kinésithérapeute, implantation d'un IFMK mais désengagement financier de la région = année universitaire à 6183 € l'année.

Proposition 11 :

Alléger les modalités de participation des ARS aux conseils pédagogiques des instituts paramédicaux pour leur permettre de développer des démarches qualité orientée vers l'évolution des pratiques professionnelles

Commentaires:

Nous souhaitons attirer l'attention sur cette proposition de la mission qui voit certains risques se dessiner. En effet, la mission préconise de "supprimer la présidence des conseils de discipline par le directeur général de l'Agence Régionale de Santé ou son représentant", cette préconisation à l'heure actuelle est en effet trop rapide à la vue des conditions "démocratiques" des instituts paramédicaux régis par l'arrêté du 21 avril 2007.

Une réforme de l'arrêté du 21 avril 2007 et donc des instances démocratiques dans les instituts paramédicaux est en cours et il ne saurait possible de voir en l'état une quelconque modification de l'organisation de ces conseils "démocratiques" afin de ne pas donner "l'entier pouvoir" aux directeurs de ces instituts tant qu'un contrôle efficient et efficace sera en place dans ces instituts.

L'orientation au long terme est annoncé, nous devons nous rapprocher du fonctionnement universitaire et de l'université en elle-même, mais des mesures transitoires devront être mises en place.



**Contrôle du suivi des programmes et de la qualité des formations
paramédicales**

par les Agences régionales de santé

L'Agence Régionale de Santé (ARS) a pour mission d'assurer le contrôle du suivi des programmes et de la qualité des formations paramédicales⁴. Cette responsabilité s'exerce au travers de différentes activités régaliennes :

- Proposition des quotas régionaux pour certaines professions
- Avis sur les autorisations de fonctionnement des instituts et sur l'agrément de leur directeur (la décision relève du conseil régional)
- Contrôle des modalités des épreuves de sélection et validation des sujets pour certaines formations

Présidence des conseils techniques, pédagogiques et de discipline

- Participation aux commissions de contrôle, d'autorisation d'exercice et jurys organisés par la Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS)
- Suivi de l'activité pour le domaine pédagogique

A ces activités régaliennes s'ajoutent des missions stratégiques et d'appui :

- Adéquation de l'appareil de formation avec les besoins en santé du point de vue quantitatif et qualitatif, en collaboration avec le Conseil Régional
- Réflexion prospective sur l'appareil et les dispositifs de formation
- Accompagnement des évolutions pédagogiques, des réingénieries et de l'universitarisation des formations paramédicales
- Appui pédagogique dans les collaborations avec le conseil régional, la DRJSCS, les Universités

⁴ Article L. 4383-1 du Code de la santé publique

Les directeurs des soins, conseillers pédagogiques régionaux (CPR), ou conseillers techniques régionaux (CTR) lorsqu'il n'y a pas de CPR dans la région, exercent des missions de conseil, d'expertise, d'animation, de coordination et de communication dans le domaine de la formation des professionnels paramédicaux⁵. Mis à disposition des Agences Régionales de Santé ils apportent la connaissance des professions paramédicales et l'expertise pédagogique nécessaires à l'accomplissement des missions énumérées ci-dessus.

Selon les régions, différentes organisations sont mises en place, en fonction notamment du dimensionnement de l'appareil de formation. Les activités peuvent être réparties entre le directeur des soins CPR, ou CTR, le service de la formation et les délégations territoriales. La coordination du dispositif, au travers de la formalisation de procédures et de l'animation du réseau des différents intervenants, vise à optimiser et harmoniser les pratiques au niveau régional.

Quelle que soit l'organisation choisie, **la présidence des conseils techniques et pédagogiques constitue une activité importante dans le contrôle de la qualité des formations paramédicales.** Cette présidence favorise :

- La connaissance des structures, de leur situation et de leur fonctionnement pour permettre des avis éclairés, notamment sur les autorisations de fonctionnement, et une meilleure réactivité en cas de question, difficulté ou problème
- Une relation de proximité qui facilite la place d'interlocuteur privilégié pour les questions relevant de la compétence de l'ARS
- La prise en compte des spécificités et problématiques territoriales
- Un rôle d'appui et de relai dans la mise en œuvre des orientations et recommandations régionales
- Un contrôle direct et en temps réel du fonctionnement des structures et de leur qualité pédagogique, le contrôle à partir des résultats ou du rapport d'activité ne permettant qu'un contrôle à posteriori
- Une alerte quasi immédiate sur les questions nécessitant des actions de la part des tutelles
- Un impact renforcé de l'ARS sur la formation des futurs professionnels au service des orientations du Projet Régional de Santé (PRS).

⁵ Décret n° 2014-7 du 7 janvier 2014 modifiant le décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps des directeurs des soins de la fonction publique hospitalière Article 8

Le maintien de la présidence par l'ARS est important en ce que cette instance constitue un temps fort de concertation avec l'ensemble des acteurs de la formation (directeur et équipe pédagogique de l'institut de formation, direction de l'hôpital d'implantation, université partenaire, Conseil Régional, professionnels de santé, étudiants) **autour des axes du projet de l'institut de formation. C'est une occasion, pour l'ARS, d'alimenter sa réflexion et de communiquer sur ses orientations. Elle garantit de plus un traitement équitable des étudiants et permet une harmonisation à l'échelle régionale.**

Cependant, cette activité représente un temps, certes indispensable, mais relativement conséquent. Afin de diminuer le temps de contrôle direct des instituts de formation au profit des missions stratégiques et d'appui, **la question de la présidence des conseils par le Directeur Général de l'ARS ou son représentant est actuellement posée.**

Supprimer cette activité sans avoir envisagé au préalable les conséquences d'une telle évolution, fait courir le risque, à terme, d'une diminution de la qualité des formations paramédicales et par voie de conséquence de celle des professionnels formés. Dans le cas où cette suppression s'avérerait inéluctable au regard des contraintes actuelles, **une proposition consisterait à conserver au moins un conseil pédagogique ou technique par an, présidé par le Directeur Général de l'Agence (ou son représentant).**

Ce conseil se réunirait à une période déterminée et se verrait attribuer un rôle plus stratégique à l'instar des conseils d'administration.

Seraient soumis à l'approbation de ce conseil en amont de leur mise en œuvre :

- les orientations du projet d'institut et du projet pédagogique
- les projets d'innovation et de recherche
- les projets de partenariat
- le budget prévisionnel
- le règlement intérieur

Le rapport d'activité, le bilan pédagogique et la réalisation du budget seraient transmis au préalable à l'ensemble des membres du conseil.

La possibilité que les autres thèmes prévus dans l'arrêté du 21 avril 2007 relatif au fonctionnement des instituts de formation paramédicaux, notamment l'examen des

situations individuelles, soit traitées lors de séances présidées par le directeur de l'institut pourrait être envisagée. L'évolution des avis de cette instance vers des avis conformes, hypothèse actuellement à l'étude, permettrait de limiter le pouvoir du directeur de l'institut à la fois président du conseil et décideur. Par ailleurs, le directeur des soins CPR ou CTR étant prévu comme membre de droit des conseils pédagogiques et techniques, sa participation assure à l'ARS la possibilité d'être représentée lorsque cela s'avèrerait nécessaire, en cas de situation complexe ou de problème particulier dans un institut de formation ou dans un territoire.

Si une telle évolution est décidée, il conviendra de développer encore davantage l'animation des réseaux, de faire monter en compétences les professionnels chargés du suivi des instituts de formation et de mettre en place des procédures régionales pour garantir la qualité des formations paramédicales. La diminution du nombre de conseils présidés par l'ARS pourrait, à ces conditions, permettre d'investir de manière plus importante les missions stratégiques et d'appui.

Par ailleurs, une diminution du contrôle direct des instituts de formation paramédicaux devra impérativement s'accompagner de la mise en œuvre d'un système d'information partagé pour assurer efficacement le suivi.

Une autre proposition, d'un impact mineur, consisterait à supprimer l'obligation actuelle de publier l'arrêté de composition des conseils techniques, pédagogiques et de discipline. Cette activité présente peu d'intérêt au regard des missions de l'ARS et pourrait être remplacée par une simple validation telle que le prévoit déjà le référentiel de formation des infirmiers anesthésistes revu en 2012. Le renouvellement de la composition de ces conseils est annuel mais en fonction du nombre d'instituts de formation dans la région, un gain de temps pourrait être réalisé.

Enfin et pour conclure, envisager le transfert de ce contrôle vers d'autres organismes, en dehors de la question des ressources, pose celle de la pertinence à dissocier l'identification des besoins en professionnels de santé du contrôle de la qualité des dispositifs de formation.

Mission « RH et PRS » confiée à Chantal de Singly

Atelier 2 : « Actions menées par les ARS en matière de RH : état des lieux et leviers »

Enquête ARS

La gestion des ressources humaines en santé est un des leviers de la réalisation des projets régionaux de santé (PRS). Pour autant, c'est une compétence nouvelle des ARS, et son champ même doit être précisé : il ne s'agit nullement pour les agences de se substituer aux employeurs ni aux professionnels libéraux dans leurs responsabilités propres, mais d'anticiper les évolutions et de donner aux acteurs les bases nécessaires à une gestion prévisionnelle des métiers et des compétences sur le territoire. En effet, certaines situations dépassent les capacités d'action des acteurs isolés, et seule une démarche globale, territoriale et concertée permettra de trouver des réponses innovantes aux situations complexes.

La mission confiée à Chantal de Singly par Marisol Touraine se déroule de novembre 2013 à avril 2014.

La commission s'est réunie le 13 novembre 2013. Deux ateliers approfondissent les travaux :

L'atelier 1 est centré sur l'évolution des pratiques des professionnels, en réponse aux évolutions des besoins de santé et des demandes de la population, pour identifier en quoi ces évolutions appellent des actions des ARS en matière de RH.

L'atelier 2 a pour but de repérer les actions menées par les agences régionales de santé dans le domaine des ressources humaines en santé, d'identifier les outils dont elles disposent et des pistes d'évolution

Les 2 ateliers travaillent séparément mais convergeront dans le cadre de la commission plénière : comment les évolutions des pratiques professionnelles, repérées dans l'atelier 1, interpellent-elles les ARS ? Et comment les actions des ARS interagissent-elles avec le terrain ? Quels sont les soutiens à accentuer, les inerties à dépasser, les freins à lever ?

Dans une perspective de soutien aux professionnels de santé des territoires, quelles sont les « bonnes pratiques » des ARS, les outils à partager, les « belles histoires » à continuer ?

La feuille de route de l'atelier 2 a été définie ainsi :

- Faire l'état des lieux des rôles et des actions des ARS dans le domaine des ressources humaines en santé, et montrer les évolutions en cours
- Identifier les outils et les moyens dont disposent les ARS.
- Intégrer les questions de l'atelier 1 sur les évolutions en cours
- En déduire les compétences en termes de GPEC que devraient détenir les ARS
- Repérer les évolutions souhaitées sur le plan réglementaire, des financements, et des savoir-faire.

C'est pour répondre à ces questions que nous vous sollicitons aujourd'hui : les pratiques des ARS dans le champ des ressources humaines territoriales sont, en dehors des missions régaliennes, mal identifiées malgré leur richesse.

L'enquête ne porte pas sur les missions régaliennes, qui sont les mêmes pour toutes les agences. Vous pouvez cependant préciser la façon dont vous les déclinez, et ajouter des commentaires sur l'exercice de ces missions.

Nous vous remercions par avance du temps que vous voudrez bien consacrer pour répondre à cette enquête. Vos réponses sont attendues pour le 15 janvier 2014 par mail à l'adresse missiondesingly@sante.gouv.fr. En cas de besoin, vous pouvez contacter

- Roland Gonin : roland.gonin@sap.aphp.fr
- ou Véronique Billaud : veronique.billaud@ars.sante.fr (Tel : 07 86 27 03 03)

Nous envisageons de présenter les premières pistes en réunion du collège des ARS en mars 2014.

En attendant de vous retrouver par mail, nous vous souhaitons une très bonne année 2014.

Chantal de Singly, Roland Gonin , Pierre Blaise (animateur de l'atelier 1) et Véronique Billaud (animatrice de l'atelier 2)

ARS répondant au questionnaire :

Référent pour les RH en santé :

A- Les actions des ARS pour connaître les effectifs et anticiper les évolutions

1- Décrivez comment vous collectez et utilisez les données de démographie des professionnels de santé

- Les sources utilisées
- Les analyses et les productions qui en découlent : cartographies, projections ...
- Les modélisations et la prospective

Commentaire :

2- Observations sur l'emploi et anticipation des besoins de compétences

- Avez-vous mis en place un dispositif d'observation ou de mesure des emplois du secteur de la santé et médico-social, et des évolutions en cours ?
 - Observatoire interne ARS ?
 - Dans le cadre d'un partenariat ?
- Comment anticipez-vous les besoins en compétences ?

Commentaires :

B- Les interventions des ARS pour développer les compétences professionnelles présentes en région

3- La formation initiale : allez-vous au-delà des missions régaliennes pour soutenir la formation des professionnels de santé ?

- **Pour la formation initiale**

- Des médecins (généralistes, spécialistes), pharmaciens ou odontologistes
- Des sages-femmes
- Des paramédicaux (et plus spécifiquement des infirmiers)

- **Pour les stages**

- Des médecins (généralistes, spécialistes), pharmaciens ou odontologistes
- Des sages-femmes
- Des paramédicaux (et plus spécifiquement des infirmiers)

- **Précisez les relations avec le Conseil régional (articulation avec le schéma directeur des formations paramédicales)**

Commentaires :

4- Rôle de l'ARS dans la formation continue

- **Définition de priorités de formation continue**

- Des médecins (généralistes, spécialistes), pharmaciens ou odontologistes
- Des sages-femmes
- Des paramédicaux (et plus spécifiquement des infirmiers)

- **Relations avec les OPCA :**

- **Mise en œuvre du DPC : préciser**

Commentaires :

C- Les interventions des ARS pour répondre aux besoins des territoires et accompagner les évolutions des professionnels et personnels de santé

Certaines ARS ont engagé des actions pour aider les établissements en difficulté à recruter et fidéliser des professionnels. Si vous ne vous retrouvez pas dans ces questions, décrivez simplement votre démarche et vos premières analyses en termes d'efficacité, de difficultés et de leviers d'action.

4- Des actions ayant pour but de renforcer la présence de professionnels de santé sur l'ensemble du territoire

- Aide à l'installation des professionnels libéraux
- Information internes sur les postes hospitaliers
- Soutien aux établissements de périphérie (« prime éloignement », postes partagés ...)
- Partenariat avec le CHU – CH (préciser)
- Soutien aux recrutements dans le médico-social
- Soutien aux emplois aidés (et notamment emplois d'avenir)
- Autres :

Commentaires :

5- Comment accompagnez-vous les évolutions ?

- Les actions pour développer l'attractivité de certains territoires

- Aides aux médecins généralistes
- Aides aux établissements de santé ou médico-sociaux
- Actions en faveur de certaines spécialités médicales
- Soutien aux carrières et aux parcours professionnels de santé (pour faciliter la mobilité par exemple, ou les recrutements dans le médico-social)
 - En direction des médecins : préciser
 - En direction des professionnels paramédicaux : préciser

- Actions de communication
- Autres :

Commentaires :

- Actions pour développer de nouveaux modes d'exercice ou de nouvelles pratiques

- En ambulatoire
- En établissements
- En inter-secteur (sanitaire – médico-social par exemple)
- Autres :

Commentaires :

- Dans le cadre de restructurations ou coopérations entre établissements : accompagnement des établissements (soins et médico-social)

- Personnels concernés : techniques, administratifs, soignants ... : préciser.
- Pour accompagner les restructurations :
 - mesures individuelles (FIR)
 - soutien à la GPEC
 - accompagnement global des établissements concernés
 - autres :
- Dans le domaine de la prévention des risques professionnels et de l'amélioration des conditions de travail (CLACT)
- Autres :

Commentaires :

D– L'organisation de l'ARS pour traiter les sujets concernant les RH en santé

6- L'organisation interne de ces sujets dans l'ARS

- Service identifié : pôle, service, département ... (préciser la place dans l'organigramme)
- Ou répartition dans plusieurs services ou directions (préciser lesquels)
- Mission ou pilotage transversal : préciser
- Délégation à des intervenants extérieurs : quelles missions ? Comment ?

Commentaires :

7- Les partenariats et leur gouvernance (formalisation en comités de pilotage ou groupe de travail ?)

- Fédérations et URPS
- Conseil régional
- Universités de santé
- Conseils généraux
- Organisations syndicales : modalités du dialogue avec les OS au niveau régional (rythme, sujets ...), relations avec des OS locales
- Internes
- Etudiants
- Autres

Commentaires :

8- Mesures ou évolutions attendues du niveau national

- Simplification et adaptations réglementaires
- Nouveaux modes de financements
- Mesures concernant les métiers
- Autres :

9- Commentaires généraux et propositions

ANNEXE 6 : LES DOCUMENTS CONSULTÉS

- **Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire**
Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer
Janvier 2011
Yvon BERLAND Professeur de médecine, Président de l'Université Aix-Marseille II
Laurent HENART Député de Meurthe et Moselle
Danielle CADET Coordonnatrice générale des soins à l'AP-HP
- **Les formations paramédicales :**
Bilan et poursuite du processus d'intégration
dans le dispositif LMD
Rapport IGAS-IGAENR – Juillet 2013
Vincent MARSALA, Inspection générale des affaires sociales
Patrick ALLAL et Isabelle ROUSSEL, Inspection générale de l'administration,
de l'éducation nationale et de la recherche

RH et PRS
Mission de Singly
Plénière 16 janvier 2014
Restitution atelier 1

Atelier 1

Objectif

- Evolutions en cours des pratiques professionnelles (soins, accompagnement, social) promues par les PRS et demain par la stratégie nationale de santé
- Conséquences et enjeux en termes de ressources humaines pour accompagner la mise en œuvre des PRS (RH = 'ressource' pour le PRS)

3 perspectives à ce jour:

- Vu depuis le secteur social et médico-social
- Vu depuis l'EHESP
- Vu depuis l'IRDES

Audition Caroline Bachschmidt

(sous direction professions sociales ministère santé)

- Convergence de travaux
 - Etats généraux du travail social
 - stimuler le développement des emplois,
 - promotion des agents concernés,
 - contenu des métiers et qualité du service rendu
 - Plan des métiers de l'autonomie
 - Plan des métiers de la petite enfance
 - Réflexions sur les services à la personne

Audition Caroline Bachschmidt

(sous direction professions sociales ministère santé)

- Constats et enjeux mis en évidence
 - Le besoin impérieux de coordination, et coopération (secteurs, professionnels)
 - Le champ très large d'intervention des ARS portées par le PRS
 - Pour autant le champ du travail social va bien au delà du périmètre d'intervention des ARS
 - Les partenaires de l'ARS sur le champ RH sont nombreux ('producteurs' de RH: Conseil régional, Université ... / 'Employeurs' RH: Etablissements conseil général ...) et financements multiples
 - les métiers sont multiples, interconnectés mais régulés de façon très variable avec de grandes variations de rémunérations, de statuts ...
 - Enjeu majeur de lisibilité (très variable selon professions)
 - => une approche 'grand angle' est nécessaire pour travailler sur l'architecture des métiers, diplômes et formations
 - Importance de l'ARS pour orienter l'emploi aidé vers les besoins en lien avec la DIRECTE

Laurent Chambaud

Directeur EHESP

- Importance croissante de la notion de territoire de santé, espace où se croisent et s'articulent les professionnels et où le besoin d'animation, de coordination et de management se fait sentir
- Impact des nouvelles technologies qui font évoluer les pratiques et les métiers (partage d'information, activité à distance, autonomie du patient / personne ...)
- Enjeu de partage de compétences: coopération, répartition des tâches et activités
- Enjeu de la coordination des professionnels: nouveau métier ? Ou nouvelle compétence ?
- Enjeu du management des nouvelles organisations (MSP, pôles ...) et du profil des managers
- Reconnaissance de la prévention, de l'éducation thérapeutique du patient (conséquences en terme de métiers, de formation des professionnels)

Yann Bourgueuil

Directeur IRDES

- Spécificité des professions de santé: autonomie 'professionnelle'
- Evolutions épidémiologiques sociologiques et technologiques entraînent des évolutions des pratiques et des organisations, et des attentes des usagers et des professionnels
- Evolution des organisation: Regroupement, pratiques de groupe, coopérations (tendance lourde)
- Ces évolutions nécessitent des évolutions de compétences (y compris des usagers) qui doivent être identifiées et accompagnées
- évolutions démographiques importantes et souvent déconnectées des besoins: difficulté à obtenir et à consolider l'information puis à modéliser la projection des besoins et l'impact des mesures.

Mission RH et PRS
Chantal de Singly 16 janvier 2014

Synthèse des travaux de l'atelier 2

Département « Contractualisation et gouvernance des établissements de santé »

1

Actions menées par les ARS en matière de RH : état des lieux et leviers

Objectif :

- définir le rôle spécifique des agences régionales de santé dans le domaine des ressources humaines en santé,
- identifier les outils des ARS
- les pistes d'amélioration.

Déroulement

- **1^{ère} séance : 12 décembre 2013**
 - Tour de table des attentes / ARS
 - Construction du questionnaire
- **2^{ème} séance : 15 janvier 2014**
 - Audition de Denis Valtzer délégué FHR Bourgogne Franche-Comté
 - Audition de Alain Beauvois, ARS Île-de-France DT 75
- **3^{ème} séance**
 - Audition de Isabelle Mounier ARS Pays de la Loire : mission RH
 - Auditions URPS et ordres, SI PPS

Les débats de l'atelier 2

• **Les missions des ARS :**

- Mise en œuvre du PRS (démographie des pS)
- Organisation : benchmark, animation de projets
- Dialogue social régional, mise en place des CRP des médecins, veille sur le climat social
- Contrôle et gestion : contrôle, assistance aux ES, tutelle instituts de formation, CAPD, concours, expertise juridique, intermédiation avec le CNG / postes de PH et directeurs

• **Constat général :**

- toutes ces missions sont exercées par toutes les ARS, selon des modalités très différentes
- Certaines agences ont identifié un interlocuteur et une cellule RH, d'autres non

Les débats de l'atelier 2 : les paradoxes

- **Des attentes fortes en matière de stratégie** : anticipation, vision à long terme, leviers sur la démographie,
- **Des tâches régaliennes et administratives qui mobilisent la plupart des ressources** : formation des médecins, organisation des stages d'internat et des ECN, contrôle des instituts de formation, inscription ADELI, autorisation d'usage de titres, PAE, concours des PH, contrôles et inspections
- **Des médecins formés en 10 ans, des IFSI construits pour 30 ans, et des PRS à 5 ans**
- **Liens hôpital / ville : quels leviers ? Comment développer les soins de proximité ?**

Les débats de l'atelier 2 : les paradoxes

- **Des missions de différente nature** : de tutelle, d'accompagnement, d'expertise
- **Attentes des acteurs : contacts de proximité et expertise régionale**
 - La disparition des DDASS et les réorganisations des ARS : quels interlocuteurs de terrain ?
 - Quels sont les sujets RH qui relèvent d'expertise hors ARS, de réponses régionales, d'accompagnement territorial ?

Les débats de l'atelier 2 : Quel dialogue social en ARS ?

- **Les ARS ont légitimité à se concerter avec les OS au niveau régional, à réguler les crises majeures et à faire une veille sociale**
 - Pas de compétence à traiter des sujets particuliers
 - Pas d'ingérence dans le dialogue social local
- **La structuration du dialogue social :**
 - Réunions régulières
 - Champ : politique régionale de l'ARS, conséquence de ses politiques en termes RH
 - Ex : emplois d'avenir, campagne budgétaire ...
- **RV entre l'ARS et les OS sur des situations particulières :**
 - Légitime mais doit être protocolisé pour éviter les dérives
 - Avertir le directeur de l'établissement
 - Dialogue sur la représentation ou non de la direction de l'établissement
 - Compte rendu au directeur sur les échanges et les positions

Les débats de l'atelier 2

- **Comment les ARS peuvent-elles dégager des ressources internes pour développer leur approche stratégique et leurs moyens d'animation ?**
 - Inscrire les sujets RH dans une vision à 10 – 15 ans ?
 - Simplification réglementaire
 - Passer du contrôle ex ante et ex post à une démarche qualité ?
 - Quels partenariats et quelle gouvernance territoriale ?
- **Quels outils de mise en œuvre ?**
 - Les outils réglementaires : Stages d'internat, publication des postes de PH, Zonage des territoires fragiles
 - Les moyens financiers : les limites de l'incitatif – à explorer
 - L'animation, la gouvernance (comités de pilotage) le recours aux partenaires .. : des pratiques à décrire

Structuration du rapport de la mission

1. **Le contexte : les évolutions des besoins de santé et des pratiques des professionnels appellent de nouvelles régulations**
Synthèse de l'atelier 1
2. **La connaissance : Les sources de données**
SI, compétences, analyses et projections
3. **Les leviers et moyens d'action : comment on agit**
 1. Les outils réglementaires et leur mise en œuvre
 2. Les outils financiers
 3. Leviers organisationnels
4. **Les méthodes d'animation mises en place par les ARS**
 - La gouvernance territoriale
 - Les mutualisations régionales
 - Les organisations mises en place ...

ANNEXE 9 : GLOSSAIRE

Sigle ou acronyme	Signification
ADELI	Automatisation DEs Listes
ANAP	Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux
ANFH	Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier
APL	Accessibilité Potentielle Localisée
ARS	Agence Régionale de Santé
AS	Aide-Soignant
ASALEE	Action de SAnté Libérale En Equipe
CESP	Contrat d'Engagement de Service Public
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CLASMO	Cellule Locale d'Accompagnement Sociale pour la MODernisation des hôpitaux.
CREF	Contrat de Retour à l'Equilibre Financier
DIAMANT+RH	Elément applicatif en cours de développement sur une application existante DIAMANT utilisée par les ARS
DIRECCTE	Directions Régionales des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi
DPC	Développement Professionnel Continu
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DRJSCS	Directions Régionales de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale
FIR	Fond d'Intervention Régional
FMESPP	Fonds de Modernisation des Etablissement de Santé Publics et Privés
FPH	Fonction Publique Hospitalière
FTLV	Formation tout au long de la vie
GESFORM	
GPMC	Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences
HAD	Hospitalisation A Domicile
IADE	Infirmier(e) Anesthésiste Diplômé(e) d'Etat
IDE	Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat
LMD	Licence Master Doctorat
MAIA	Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer
MG	Médecine Générale
NMR	Nouveaux Modes de Rémunération
OGDPC	Organisme Gestionnaire du Développement Professionnel Continu
ONDPS	Observatoire National de la Démographie des Personnels de Santé
OPCA	Organisme Paritaire Collecteur Agréé (par l'Etat)
ORFE	Observatoire Régional de la Formation et de l'Emploi
P4P	Payment for Performance/paiement à la performance
PTMG	Praticien Territorial de Médecine Générale
ROSP	Rémunération sur Objectif de Santé Publique
RPPS	Répertoire Partagé des Professionnels de Santé
RPS	Risques Psycho-Sociaux
SIGMED	Système d'Information et de Gestion des personnels MEDicaux
SIRIUS	
SNIIRAM	Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie
SOPS	Système d'Observation Partenarial en Santé

UNIFAF	Fonds d'assurance formation de la branche sanitaire, sociale et médico-sociale, privée à but non lucratif
URPS	Unions Régionales des Professionnels de Santé
VAE	Validation des Acquis et de l'Expérience