

REORGANISATION TERRITORIALE ARS FUSIONNEES SYNTHESE PROVISOIRE

Ce document se base sur l'analyse des documents officiels (« schémas cibles d'organisation ») produits dans le cadre de la préfiguration des sept nouvelles ARS :

- ALPC : Aquitaine, Limousin Poitou-Charentes
- ACAL : Alsace, Champagne-Ardenne, Lorraine
- BFC : Bourgogne, Franche-Comté
- Normandie : Haute et Basse Normandie
- AURA : Rhône-Alpes, Auvergne
- MPLR : Midi-Pyrénées, Languedoc-Roussillon
- NPDCP : Nord – Pas-de-Calais, Picardie

Une « grille d'analyse » a servi de support à l'analyse des documents par plusieurs membres du bureau du SMISP.

Les éléments de synthèse présentés ci-dessous ne constituent qu'une première approche, assez limitée, de la situation. Outre que l'analyse méritera d'être approfondie, voire vérifiée sur différents points, il sera également nécessaire de confronter les documents officiels à la réalité de terrain (avis des comités d'agence et des CHSCT, expertises demandées par les CHSCT, réactions syndicales,...).

[Les précisions, discussions et éléments apportés lors du séminaire du SMISP du 27 novembre 2015 apparaissent en bleu dans le corps du document.](#)

Des documents variables en qualité selon les régions.

C'est ce qui apparaît à la lecture des grilles d'analyse. Ce point serait à développer en se basant sur quelques critères précis.

Méthodologie.

Elle reste à étudier en détail mais semble variable selon les régions.

Deux régions font clairement apparaître un budget spécifique pour la réorganisation, les autres n'en font pas état ou restent vagues. L'intervention de société de service est parfois indiquée, sans précisions sur leur coût.

Au-delà du budget spécifique alloué, il faudra examiner l'ampleur de la mobilisation des agents (qui semble important, i.e. en NPDC/P) ; ils n'ont pas pour autant, comme à l'accoutumé, vu leurs missions diminuer : ce serait un argument supplémentaire pour l'attribution d'une « prime exceptionnelle » pour 2015 ! [De nombreux groupes de travail ont fonctionné entraînant une mobilisation importante des agents mais il apparaît souvent que les propositions de ces derniers n'ont pas été prises en compte et que la réorganisation ait été surtout pensée par les équipes de direction.](#)

Mobilité fonctionnelle et géographique.

La mobilité fonctionnelle est évoquée dans presque toutes les régions, ses modalités devront être étudiées avec soin. La mobilité géographique est évoquée dans 4 régions mais « non forcée », « à la demande des agents ».

Il faudra être particulièrement vigilant dans ces domaines. Les agents de l'assurance-maladie ont obtenu de vraies garanties sur ce point. Pour les agents de droit public, il faudra prendre garde à ce que la mobilité « choisie » ne soit pas *in fine* « forcée » grâce à l'application de la future RIFSEEP.

Organigramme.

La première impression d'ensemble est celle à la fois d'une juxtaposition des organisations antérieures et aussi d'une certaine complexification des organigrammes par rapport à la situation antérieure. Il y a une

tendance à l'augmentation des directions ! La « santé publique » reste toutefois cantonnée à une direction ou disparaît carrément des intitulés.

La réforme territoriale est l'occasion, parfois, d'une nouvelle façon d'aborder les missions de l'ARS. De nouvelles directions apparaissent (« animation ou stratégie territoriale », « parcours de santé », « pilotage interne ») ou s'autonomisent (Direction de la sécurité sanitaire et santé environnementale). Dans certaines régions, on peut relever le souhait de développer des « missions transversales » mais celles-ci restent inscrites dans une organisation classique et non matricielle. Une région évoque même une « organisation en mode projet » (notamment pour les parcours de soins). C'est peut-être un point dont il faudrait profiter pour proposer à nouveau un « service transversal de santé publique ».

Les directions et les services (voire le siège) sont le plus souvent répartis sur plusieurs sites ce qui aggrave la complexité des organigrammes et entraîne un risque de problèmes de fonctionnement. Tout se passe comme s'il avait fallu ne pas léser les capitales des anciennes régions ou les chefs lieux de département dans une vision plus « politique » que réellement fonctionnelle. Certaines directions ou services sont maintenus en bi sites de façon transitoire, d'autres sont d'emblée fusionnées sur un seul site, sans définir les modalités de fonctionnement dans chacun des cas.

Pour se mettre au diapason de la future loi de santé, toutes les régions sauf une envisagent une unité chargée du **parcours de soins**. Son importance est toutefois très variable : direction spécifique ou « comité », simple intégration dans l'animation territoriale ou même mission confiée à plusieurs directions. Le caractère transversal de cette approche est souvent relevé avec parfois la référence à un travail en mode projet.

[C'est peut-être le moment de remettre au goût du jour une organisation matricielle et de proposer à nouveau le « service transversal de santé publique », tel que l'avait défini le préfet Ritter dans son rapport préliminaire à la constitution des ARS !](#)

Directions ou délégations territoriales.

Compte tenu de l'augmentation en taille des nouvelles régions, la réforme territoriale aurait dû être l'occasion d'une réflexion sur les directions ou délégations territoriales quant à leurs moyens en personnel et leurs missions de proximité. Or, si le maintien des sites actuels semble acquis, quatre régions prévoient explicitement un renforcement de la présence territoriale quand une autre prévoit un minimum incompressible pour les effectifs de DT. Trois régions prévoient de créer une ou plusieurs DT supplémentaires. Une région prévoit une direction de l'animation territoriale, une autre prévoit une direction des territoires.

Le remplissage des grilles ne permet pas d'analyser et de comparer les missions attribuées aux DT. Une région leur donne explicitement plusieurs missions du siège. Une autre les implique dans les missions « transversales » (tel le parcours de soins). Une troisième prévoit un référent médical par DT ; une autre prévoit que les « missions médicales » soient réalisées dans les DT (!?).

Le rapprochement des régions met en exergue une hétérogénéité des moyens affectés en DT.

Evolution des effectifs.

Sauf dans une région, elle n'est pas indiquée au-delà de 2016 ! L'absence de détermination à l'avance des plafonds d'emploi et de masse salariale pour les années à venir rend difficile voire impossible la détermination de l'évolution des effectifs.

[Très peu d'éléments ont été tirés des bilans sociaux annuels pour mieux préciser cette évolution, comme les prévisions des départs à la retraite, le vieillissement des agents,...](#)

[De même, il manque une réflexion sur les effectifs nécessaires pour faire fonctionner certains services \(comme la veille sanitaire\) dans le contexte d'une augmentation de leur territoire d'intervention.](#)

Recours à de nouvelles formes de travail.

La réorganisation territoriale, augmentant la taille des régions et donc, pour certaines, un éloignement plus important du siège, aurait du présenter une réelle opportunité pour réfléchir à de nouvelles

organisations du travail tenant compte des difficultés de mobilité, telles que le télétravail. Malgré l'existence de référentiels nationaux bien établis, force est de constater la pauvreté des propositions dans ce domaine. C'est tout juste si le télétravail est évoqué sans grande précision avec renvoi à une négociation collective ou si sont évoquées le développement des conférences téléphoniques, les visioconférences ou « la délibération à distance des instances délibératives ». Une réflexion n'est pas engagée sur les délégations accordées et les ajustements nécessaires, la centralisation reste de mise.

Veille sanitaire.

Des velléités de reprendre les conclusions du rapport GRALL et de créer des « réseaux régionaux de vigilance » existent dans certaines régions, sans plus de précision. On doit s'étonner du fait que la CIRE semble peu concernée par la réorganisation : à nous de les interpeller sur ce point. Les CIRE travaillent elles-mêmes à leur repositionnement dans le cadre de la future Santé Publique France. En ACAL la décision de garder 1 – 2 ou 3 sites n'est encore pas prise.

[La question de la position de la CSZ n'est pas évoquée alors que les territoires des nouvelles ARS ne correspondent plus du tout aux zones de défense.](#)

Inspection Contrôle.

Si certaines régions semblent vouloir l'autonomiser par rapport aux autres directions ou services (mission ou direction placée directement sous l'autorité du DG), une autre, au contraire, fait le chemin inverse et passe d'une mission placée sous l'autorité directe du DG à une sous-direction de la direction sécurité sanitaire et santé environnementale. Sur ce sujet, nous sommes, avec les PHISP, en position de force pour faire passer nos principes (cf. doctrine d'emploi).

Dispositifs d'accompagnement.

Les documents officiels (qui constituent également des outils de communication de la part des DG préfigurateurs) présentent le dialogue social comme de qualité et détaille les mesures d'accompagnement. Il conviendra toutefois d'essayer d'en apprécier la réalité par l'analyse des rapports d'expertise demandés par les CHSCT, des réactions syndicales, de l'avis de nos collègues sur place, de la prise en compte des propositions des IRP ou des groupes de travail dans le projet de préfiguration. Le dialogue social ne serait-il qu'un alibi ou un « outil de communication » ? [Plusieurs interventions au séminaire sont allées dans le même sens.](#)

[A noter que le CHSCT de la région Midi-Pyrénées d'une part et le CHSCT et le CA de Languedoc Roussillon d'autre part ont engagé des recours en référé au TGI \(pour non réponse à une demande d'expertise pour MP et insuffisance d'informations pour statuer sur la réorganisation\). Ces référés sont en cours d'instruction.](#)

La prise en compte des RPS méritera une étude plus approfondie. Rappelons que, légalement, une mise à jour du DUERP prévoyant les conséquences de la réorganisation doit être établie avant que cette dernière ne soit mise en œuvre.

[Parmi les dispositifs d'accompagnement la formation \(individualisée ou non, en vue de la reconfiguration d'un poste ou plus large – formation au changement ou au management\) est souvent évoquée mais sans précision quant à son financement dans le cadre de budgets contraints.](#)

Sujets non abordés dans cette étude.

- Egalité de traitement entre agents de droit public et agents de droit privé. La réforme territoriale est une opportunité pour exiger une nouvelle fois l'égalité de traitement entre agents de droit public et agents issus de l'assurance-maladie dans ces maisons soi-disant « communes ».
- La place des médecins n'est pas vraiment précisée dans les documents officiels. Quid des « conseillers médicaux » ? Quid des collèges médicaux ? Des groupes de travail sur la place des médecins ont pourtant fonctionné dans certaines régions (parfois mis en place tardivement !) sans que leurs conclusions ne soient reprises.

- Beaucoup de documents font état de postes « reconfigurés » sans que jamais une définition claire et des critères précis soient donnés pour cette reconfiguration. Cette imprécision laisse le champ libre à l'arbitraire des directions. En conséquence, il faudra réclamer une définition précise et que celle-ci soit nationale, donnée par la DRH ministérielle. Il est également fait état de postes supprimés sans précision sur leur nature ; il faudra recenser les éventuels postes de médecins supprimés !
- La réorganisation territoriale semble être l'occasion, dans certaines régions, de remettre en cause l'existence des collèges de professionnels de santé.

Ces points devront faire l'objet d'une étude particulière !

Conclusion.

Il s'agit d'une première approche de la réorganisation territoriale à partir d'un guide d'analyse des documents officiels. Il faudra maintenant d'une part retourner aux documents pour une analyse plus approfondie (et analyser notamment les rapports d'expertise demandés par les CHSCT) et surtout intégrer les réactions des collègues en région. Plusieurs remontées font état de vives inquiétudes notamment dans les sites éloignés du siège, d'incertitudes dans la mise en œuvre de la réorganisation, d'un dialogue social en définitive de mauvaise qualité. Les documents officiels apparaissent aussi comme des documents de communication rassurants où il convient de présenter positivement les fusions.

On a l'impression d'être en présence surtout d'une réflexion sur la forme (organisation et management de la future ARS) plutôt que sur le fond (qui aurait répondu à la question « Quelles plus-values pour la santé publique du rassemblement des régions » ?). La réforme territoriale aurait pu être l'occasion d'une réflexion approfondie sur un certain nombre de sujets : place et missions des délégations territoriales, mutualisation des fonctions médicales, nouvelles méthodes de travail (télétravail), amélioration du management et du processus de décision,... De ce point de vue, les propositions sont particulièrement décevantes. On se prend à rêver ce qu'aurait pu apporter une telle réforme si un véritable audit des ARS avait été, en son temps, réalisé comme nous l'avions demandé.

Les documents officiels, à l'heure d'aujourd'hui, semblent peu bavards sur les conséquences pratiques sur les agents (en cas de suppression ou de reconfiguration des postes, en cas de mobilité fonctionnelle ou géographique,...) et, en particulier, sur leurs aspects financiers et sur leur impact sur les carrières.

D'une manière générale les véritables enjeux semblent repousser à plus tard.

Chaque région semble avoir agi de façon autonome, sans réel pilotage national, sans mutualisation des projets et des expériences. Le résultat est une grande hétérogénéité dans le positionnement de certaines missions et leurs modalités de mise en œuvre ; une organisation type nationale n'aurait-elle pas été la bienvenue lorsqu'on voit la complexité de certains organigrammes ?