

CREATION DES ARS

(Agences Régionales de Santé)

Décret 2010-343 du 31 Mars 2010

Les agences régionales de santé sont réparties en cinq groupes, selon l'importance de la population couverte,

avec, par agence, un directeur général et des directeurs, dont le nombre est aussi fixé en fonction de l'importance de la population couverte.

Le préfet de région était chargé de fixer, après consultation de la conférence administrative régionale, les orientations en matière de développement social et de santé dans les régions et de les notifier aux préfets de département responsables de leur application.

**Ces Compétences,
dévolues antérieurement aux préfets,
sont transférées aux directeurs généraux
d'ARS**

Sous l'autorité du préfet de région, le directeur régional de la DRASS était responsable de la mise en œuvre des politiques sanitaires, médico-sociales et sociales notamment :

1) dans ces 3 domaines

- de l'analyse des besoins,**
- de la planification, de la programmation et de l'allocation des ressources, hors budgets hospitaliers ;**

2) en matière de protection sociale, le contrôle de l'application de la législation et de la gestion des organismes.

Sous l'autorité du préfet de département, le directeur départemental de la DDASS était responsable de la mise en oeuvre, dans le département, des politiques sanitaires, médico-sociales et sociales.

Les compétences dévolues antérieurement aux directeurs de DRASS et de DDASS sont transférées aux directeurs d'ARS.

Les DRASS et DDASS sont supprimées, sauf en Ile-de-France et dans les départements d'Outre-Mer.

Les ARH avaient en charge la médecine hospitalière.

Les compétences des ARS s'étendent désormais :

- à la médecine de ville,**
- à la médecine d'urgence,**
- et au secteur médico-social.**

L'ARS a pour mission de définir et de mettre en œuvre un ensemble coordonné de programmes et d'actions concourant à la réalisation :

- des objectifs de la politique nationale de santé,**

- des principes de l'action sociale et médico-sociale,**

- des principes fondamentaux affirmés par le code de la sécurité sociale.**

Elle contribue au respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.

Cela se concrétise par le **projet régional de santé** qui comporte :

- un **schéma régional de prévention,**
- un **schéma régional d'organisation des soins,**
- un **schéma régional d'organisation médico-sociale.**

Le projet régional de santé définit des objectifs pluriannuels ainsi que les mesures tendant à les atteindre.

Le schéma régional d'organisation des soins fixe, par territoire de santé :

1° Les objectifs de l'offre de soins par activités de soins et équipements matériels lourds,

2° Les créations et suppressions d'activités de soins et d'équipements matériels lourds ;

3° Les transformations et regroupements d'établissements de santé, ainsi que les coopérations entre ces établissements ;

Le schéma régional d'organisation médico-sociale a pour objet de **prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre des établissements et services médico-sociaux** prenant en charge habituellement l'aide sociale à l'enfance, l'éducation adaptée des mineurs ou jeunes adultes handicapés, les centres d'action médico-sociale, les mesures éducatives ordonnées par l'autorité judiciaire, l'aide par le travail, l'accueil des personnes âgées, les foyers d'accueil médicalisé, les foyers de jeunes

Ce schéma vise à restructurer, comme l'on fait les ARH pour les hôpitaux, un secteur qui constitue une des compétences majeurs des conseils généraux. La loi HPST prépare, conjointement à la réforme annoncée des collectivités territoriales la suppression de ces conseils généraux.

Dans le prolongement de cette mission de programmation, **les DG d'ARS :**

- **accordent les autorisations d'activité et d'équipements lourds** sans lesquels les EPS ne peuvent exercer,
- **signent les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM),**
- **allouent les financements et les subventions** qui en découlent,
- **Contrôlent leur utilisation** dans le cadre des budgets,
- **s'assurent de la conformité des conditions et des niveaux d'activité à ces contrats.**

**L'ensemble des pouvoirs de décision,
d'allocation de moyens et de contrôle est
ainsi concentré** entre les mains d'une
vingtaine de directeurs d'ARS dépendant
directement et uniquement du ministère
de la Santé.

Ces DG d'ARS nomment, contrôlent et notent à leur tour les directeurs d'hôpitaux qui assistés d'un directoire, sont chargés de mettre en œuvre les déclinaisons du projet régional de santé mais les membres du directoire sont choisis et nommés par le directeur parmi le personnel de l'établissement.

Organes de décision rassemblant les acteurs locaux dans le dispositif précédent, les conseils d'administration sont supprimés.

La concentration des pouvoirs voulue par la loi HPST s'accompagne d'un recul de la démocratie sanitaire. Les structures consultatives qu'elle institue (conférence régionale de santé et de l'autonomie au niveau régional, conférences de territoire au niveau local et conseils de surveillance au niveau des EPS) **n'interviennent que pour avis** parfois même uniquement a posteriori et n'auront de ce fait qu'un rôle marginal.

Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA)

Elle est composée de **cent membres** issu de **huit collèges** différents **dont un collège de représentants des usagers** de services de santé ou médico-sociaux comprenant entre autre **8 représentants des associations agréées**, désignés à l'issue d'un appel à candidature organisé dans des conditions fixées par le directeur général de l'agence régionale de santé.

Elle comporte :

- une commission permanente**
- quatre commissions spécialisées dont la composition est fixée par arrêté du directeur général de l'ARS.**

et peut, en outre, constituer des groupes de travail permanents

Elle rend un avis sur :

- le **projet régional de santé** ;
- le **plan stratégique régional** de santé, préparé par la commission permanente
- les **projets de schémas régionaux de prévention, d'organisation des soins et de l'organisation médico-sociale** préparés par chacune des commissions spécialisées dans ces domaines,
- le **rapport annuel sur le respect des droits des usagers** du système de santé préparé par la commission spécialisée.

La conférence de territoire

Elle est composée de **cinquante membres** issus de **11 collèges** dont **un collège de représentants des usagers** comprenant au plus **cinq représentants d'associations agréées** au niveau régional ou, à défaut, au niveau national.

Elle est consultée sur l'élaboration, la mise en œuvre, l'évaluation et la révision du projet régional de santé

Le conseil de surveillance

Il composé de **neuf membres** pour (issus de **3 collèges**) dont **2 représentants des usagers** au sens de [l'article L. 1114-1](#) désignés par le représentant de l'Etat dans le département,

ou de 15 membres (si l'établissement est intercommunal) parmi lesquelles 3 personnalités qualifiées désignées par le représentant de l'Etat dans le département, dont au moins **deux représentants des usagers** au sens de [l'article L. 1114-1](#).

Le conseil de surveillance :

- **communique au DG de l'ARS ses observations sur la gestion de l'établissement,**
- **il opère les vérifications et les contrôles qu'il juge opportuns,**
- **formule ses observations sur les comptes de l'exercice,**
- **il entend le directeur sur l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) ainsi que sur le programme d'investissement.**

Il délibère sur :

1. le **projet d'établissement**,
2. le **compte financier** et l'affectation des résultats,
3. toute mesure relative à la **participation de l'établissement à une communauté hospitalière de territoire**
4. tout **projet tendant à la fusion** avec un ou plusieurs établissements publics de santé ;
5. le **rapport annuel d'activité**.