

n° 67-68-69-70 - mars à décembre 2011

Numéro Spécial

# iASS La Revue

ASSOCIATION PROFESSIONNELLE DES INSPECTEURS DE L'ACTION SANITAIRE ET SOCIALE

# 20 ans

1991 1992 1993 1994 1995 1996 1997 1998 1999 2000 2001 2002 2003 2004 2005 2006 2007 2008 2009 2010 2011



ÉLÈVES ET ANCIENS ÉLÈVES DE L'ÉCOLE DES HAUTES ÉTUDES EN SANTÉ PUBLIQUE





# OPHS

Un accompagnement professionnel, associatif

- AIDE À LA PERSONNE
- DÉPENDANCE
- FORMATION
- HANDICAP
- PETITE ENFANCE
- PRÉVENTION

## Des Services d'aide et de soins à domicile

Pour favoriser le maintien à domicile de personnes en perte d'autonomie

AIDE À LA PERSONNE*	
de 7h30 à 19h30	de 20 h à Minuit
Aide au lever/coucher	Aide aux repas
Aide à la Toilette	Aide/Accompagnement à la vie Sociale...
Aide au repas	Aide au coucher
Aide au ménage/Courses	Aide à la sécurisation...
Aide à la vie Sociale...	

SOINS A LA PERSONNE*
de 7h30 à 19h
Soins d'hygiène et de confort
Aide à la mobilité
Veille sanitaire
Soins de pédicurie

\* Destinés aux personnes de + de 60 ans et/ou handicapées sur prescription médicale.

\* Destinée(s) aux personnes de + de 60 ans et/ou handicapées.



Notre univers de compétences, pour tous, au quotidien...

### L'OPHS dans l'Oise, c'est aussi :

- Un service de dépistage et de vaccination
- Un service de prévention de la tuberculose
- Un Institut Médico Pédagogique
- Un Institut Médico Educatif
- Deux Services d'Education Spécialisée et de Soins A Domicile
- Un multi accueil

### OPHS, LA SYNERGIE DES SERVICES !

Ces services s'inscrivent dans le Service Polyvalent d'Aide et de Soins à Domicile (SPASAD).

L'alliance de ces services d'Aide et de Soins vous garantit un accompagnement optimal dans votre vie de tous les jours



- 3 **ÉDITORIAL : Nous avons 20 ans !!!** Karine HUET, Présidente
- 4 **GRAF : Un nouveau grade est né, celui d'Inspecteur de classe exceptionnelle**
- 5 **MOT DU RÉDAC EN CHEF : 20 ANS ... Et toujours de l'espoir.** Yvette SCHWEITZER
- 7 **IASS QUI RIT, IASS QUI PLEURE - Le IASS, nouveau demandeur d'Asile**

## DOSSIER TRIMESTRIEL

### Réformes institutionnelles : où en sommes nous ?

- 9 Travail de réforme et réforme du travail. Métiers en évolution, émergence d'un encadrement. *François-Xavier SCHWEYER*
- 13 Les délégations territoriales, terres à conquérir... *Jean-Marc TOURANCHEAU*
- 16 Structurer l'animation territoriale : un défi pour les délégations territoriales. *Nora KIHAL FLÉGEAU*
- 21 Animation territoriale : une place à trouver pour les délégations territoriales. *Hélène ANCESSI*
- 25 Entretien avec Nicole Klein, directrice générale de l'ARS d'Aquitaine  
Un an après la mise en œuvre des services. *Entretien réalisé par Bernard LEREMBOURE*
- 27 ASP : 5 ans de gestion de la VAE. *Philippe BOISSON*

## FAISONS CONNAISSANCE

### Contrôle des organismes de protection sociale : une nouvelle donne

- 32 Interview : Olivier Selmati. *Interview réalisée par Yvette SCHWEITZER*

## CAHIER CENTRAL

### VII<sup>èmes</sup> Journées professionnelles de l'APIASS



Association Professionnelle des IASS  
EHESP - Av du Pr Léon Bernard 35043 Rennes cedex  
Directrice de publication : Karine Huet  
Rédactrice en chef : Yvette Schweitzer tél : 05.34.30.24.60  
Comité de rédaction : Hélène Ancessi, Chantal Berhault, Patricia Goupil,  
Karine Huet, Stéphanie Maciotta, Yvette Rayssiguier, Nadège Verlaque,

Création, réalisation et régie publicitaire : EDITIONS BUCEREP  
54 bis rue Alsace Lorraine - BP 41435 - 31014 Toulouse cedex 06  
Tél. 05 61 21 15 72 - Fax 05 61 23 02 41  
contact@bucerep.com - www.bucerep.com  
Mise en Page : Force 3 Ramonville  
Imprimerie : spécial Bucerep - Dépôt légal à parution





# Clinique Les Esperels

Soins de Suite et de Réadaptation  
Cardio-Respiratoires et Orthopédiques avec Balnéothérapie

83830 FIGANIERES

Tél. 04 98 10 38 00 - Fax 04 98 10 38 10

Email: [contact@cliniquelesesperels.fr](mailto:contact@cliniquelesesperels.fr)



*Une équipe compétente  
au service des résidents*

**SAS ASTERINA**  
**20 chemin du Patrouillet**  
**27160 BEMECOURT**

Tél : **02 32 29 37 00**

Fax : 02 32 34 24 24

Email : [asterina@domidep.fr](mailto:asterina@domidep.fr)

Site : [www.lasterina.com](http://www.lasterina.com)



*Etablissement d'Hébergement  
pour Personnes Âgées Dépendantes*  
**"Les Hortensias"**

**Etablissement public autonome  
d'une capacité d'accueil de :**

102 lits d'hébergement temps plein,  
dont 11 lits d'hébergement pour personnes souffrant  
de trouble de type "Alzheimer"

3 lits d'hébergement temporaire (maximum 90 jours/an)

1 place d'accueil de jour

**31, avenue du Général Leclerc - BP 167**  
**89600 SAINT FLORENTIN**

**Tél. 03 86 35 94 00 - Fax 03 86 35 36 31**  
**[ehpad.leshortensias@orange.fr](mailto:ehpad.leshortensias@orange.fr)**



**Résidences pour Personnes Âgées autonomes**  
**Appartements privés en location**  
**à meubler par vos soins**  
Sécurité, services, animations...

**Visites sur rendez-vous - Renseignements : SEMINOR - 76405 FECAMP CEDEX**  
**Tél. 02 35 10 20 50 - Site : [www.seminor.fr](http://www.seminor.fr) - Contact : [rpa@seminor.fr](mailto:rpa@seminor.fr)**



# Editorial de la Présidente de l'APIASS

## Nous avons 20 ans !!!

20 ans !!! 20 ans, c'est le bel âge, celui de la jeunesse, de tous les espoirs, de toutes les croyances, de tous les possibles et de tous les avènements.

L'Association Professionnelle des Inspecteurs de l'Action Sanitaire et Sociale (APIASS) a 20 ans. Et j'ai l'honneur d'en être la présidente.

20 ans et la tenue les 15 et 16 décembre prochain à l'Ecole de la Santé des VIIèmes Journées Professionnelles, qui s'intitulent « *La place des IASS dans la nouvelle gouvernance* », un titre rempli d'inquiétudes et plein de promesses aussi.

A l'heure où nous nous interrogeons sur la place des IASS dans la nouvelle organisation de l'Etat, je souhaite inscrire ces propos dans l'histoire de l'APIASS.

Et pour ce faire, je veux rendre hommage à une poignée d'IPASS et de IASS qui, en 1991, créaient l'association suite à la décentralisation, afin de redéfinir les contours du métier.

Ainsi je rends hommage aux présidents qui se sont succédés : Gilles MAY-CARLE, Mireille VEDEAU-ULYSSE, Isabelle PERSEC et Agnès MARIE-EGYPTIENNE, qui ont tous donné une partie importante de leur temps et de leur énergie, afin de faire avancer la cause sanitaire et sociale et qui, de fait, ont contribué au développement des compétences des IASS et à la reconnaissance de leur savoir faire et de leur statut.

Je veux aussi saluer ceux qui, membres du bureau ou simple adhérents, ont travaillé dans l'ombre, la journée ente deux dossiers, les fins de semaine et le soir souvent, pour donner à l'association ses lettres de noblesse, sa place.

Enfin, en tant qu'actuelle directrice de publication, je salue les rédacteurs en chef qui se sont succédés : Jean-Pierre HARDY, Chantal BERHAULT et Yvette SCHWEITZER, et ceux et celles qui les ont accompagnés et qui ont fait de **IASS** *La Revue* : une revue dont la qualité est reconnue par tous, tant par les professionnels du secteur sanitaire et social que par nos partenaires.

A tous, que je ne peux citer ici, j'adresse, au nom de l'association et de l'ensemble de nos collègues, mes remerciements pour le travail accompli et pour l'outil de qualité qu'ils nous ont laissé en héritage.

Permettez-moi enfin de remercier les collègues qui à mes côtés ne ménagent ni leur peine, ni leur temps pour continuer à faire vivre notre association malgré une réforme, qui a éclaté notre corps dans de nouvelles structures.

Car elle a 20 ans, l'APIASS est à la croisée des chemins, à l'heure des choix.

Doit-elle évoluer vers plus de professionnalisme? Je dirai plutôt que ce n'est pas le professionnalisme qui fait défaut, mais le temps nécessaire à consacrer pour faire vivre l'association... et la distance complique évidemment la communication spontanée.

Doit-elle évoluer de manière à laisser la place à une nouvelle association si la fusion des corps IASS-IJS se réalisait? Certainement, mais ce serait une très bonne nouvelle, puisque ce nouveau corps tant souhaité aurait enfin vu le jour.

L'APIASS a toujours eu un défi de choix à relever: fédérer tous les IASS au-delà de leurs opinions, de leurs choix syndicaux respectifs et respectés et même au-delà de leurs désaccords affichés.....

Fédérer sans verser dans le corporatisme, c'est la quadrature du cercle, le graal impossible à atteindre... nombre de nos collègues n'ont pas franchi le pas pour cette raison, tout en reconnaissant l'utilité de notre action.

L'APIASS a 20 ans et elle a toujours la même mission : accueillir les nouveaux collègues, comme nous l'avons été par ceux qui nous ont précédés.

Sans que personne ne perde sa place, le Conseil d'Administration s'est renouvelé avec l'arrivée de nouveaux IASS, qui ont pris leurs postes en 2010 dans les nouvelles organisations. Cet apport nouveau est bénéfique car il permet un brassage d'idées et de pratiques très profitables à l'association.

Vont arriver maintenant dans les services les Jeunes IASS, qui n'auront pas connu les DDASS-DRASS et pour qui ces sigles seront porteurs d'une histoire et d'une pratique professionnelle déjà passée.

Ainsi l'APIASS devra savoir répondre, pour continuer son chemin, à l'intégration de nouveaux collègues qui n'auront pas connu notre glorieuse mais éphémère administration et avec lesquels nous devons débattre et définir, le regard tourné vers demain, notre vision de notre métier.

De ce point de vue, l'APIASS est un pont, indispensable, pour que ces deux rives se rejoignent. Et, nos VIIèmes journées professionnelles, un moment de réflexion partagée indispensable sur notre place dans les nouvelles organisations.

Et nous y serons présents, dynamiques et heureux de nous retrouver car nous avons 20 ans !!!

**La présidente,  
Karine HUET**

# GRAF : un nouveau grade est né, celui d'inspecteur de classe exceptionnelle

Chers collègues,

La grande nouvelle pour le corps des IASS est la reconnaissance (enfin !) et son inclusion dans la catégorie des cadres supérieurs de l'Etat.

Je sais que pour beaucoup d'entre vous, cela ne représente pas une avancée majeure, surtout dans les moments difficiles que nombre d'entre vous nous disent traverser dans les nouvelles organisations et la dévalorisation qu'ils ressentent dans leur nouveau positionnement.

Je sais également qu'il vous apparaît que seule une minorité d'entre nous bénéficiera de cette progression contingentée, ce qui sera particulièrement vrai pour l'accès à l'échelon hors échelle B bis.

Enfin, je sais que certains d'entre vous ne portent aucune estime à une mesure qui avantage les cadres en fermant l'accès du corps aux secrétaires administratifs par la voie de l'avancement.

Malgré toutes ces difficultés, je ne souhaite pas minorer cette avancée.

Je la juge plus qu'importante, elle est essentielle.

Certes, elle bénéficiera à une minorité des IASS et en particulier aux anciens fonctionnels. Que cette mesure bénéficie à ceux-là dans un premier temps, je n'y vois que justice : ils avaient fait le choix, légitime puisqu'il était le leur, d'une carrière quelques fois au prix de leur vie personnelle. Ils se trouvent aujourd'hui, osons le mot, « relégués » à obéir à des dirigeants qui en connaissent moins qu'eux et parfois même moins que nous.

C'est donc justice de les maintenir sur leurs anciens postes (quand ils le sont) et que leur soit maintenu, car il ne s'agit que de cela, leur salaire d'avant, sachant qu'ils ont déjà dû renoncer à certains avantages, qui faisaient partie du choix de la carrière.

Je refuse également de stigmatiser certains d'entre nous. En effet, seule la solidarité peut aider le corps à maintenir sa cohésion. Car le risque est le suivant : ce que nous acceptons pour certains peut arriver à tous et c'est ce qui se dessine avec l'arrivée de la Prime fonction résultat.

Vous me direz également que dans l'avenir, le nouveau grade bénéficiera à ceux qui occupent certains postes ; là encore, vous aurez raison.

Et je répondrai que si cette mesure bénéficie à ceux qui occupent des postes à responsabilités pas du tout valorisés à ce jour, c'est une avancée pour tout le corps car c'est dans le statut et c'est le seul repère actuellement valable.

Car que souhaitons-nous ? Voulons-nous perdurer tel que nous avons existé dans une situation qui nous a justement menés à être considérés comme incapables de gouverner nos structures ?

Ou préférons-nous être en mesure demain de prendre les rennes des nouvelles organisations qui constituent notre nouvel environnement professionnel ?

Pour ma part, je vous le dis : mon choix est fait.

En tant que présidente de l'association professionnelle des IASS, je me réjouis de ce qui n'est qu'une reconnaissance, non une avancée.

Je me réjouis d'une mesure qui fait de nous un corps plus attractif.

Oui, certains pourront accéder au hors échelle. Oui, ceux qui auront l'envie et l'ambition de certains postes de direction pourront y accéder avec une rémunération en adéquation avec le poste. Je dis tant mieux.

En revanche, toujours en tant que présidente de l'APIASS, je demande mieux encore : la revalorisation pour l'ensemble du corps telle qu'annoncée sur la base de la grille des inspecteurs du travail, puisque Bercy refuse de nous aligner sur celle des inspecteurs de la jeunesse et des sports.

Elle est méritée.

Car si nous le savions auparavant, nous le vivons dorénavant tous les jours : ceux avec lesquels nous collaborons chaque jour et que souvent nous encadrons sont mieux rémunérés que nous, qu'ils soient corps de cadres de la santé (ingénieurs, médecins inspecteurs, etc.), autres corps d'inspecteurs (travail ainsi que jeunesse et sports) ou personnels de l'Assurance maladie.

Poussons l'ironie jusqu'au bout : la politique de la RGPP affiche une baisse des effectifs en contrepartie d'une hausse de la rémunération ; puisque nous subissons l'accroissement des missions en regard de la baisse des moyens, obtenons en au moins l'avantage.

Oui, les IASS méritent d'être mieux rémunérés. Cela doit-il passer par une fusion avec le corps des inspecteurs de la jeunesse et des sports et la perte de notre nom !!

Pour ce qui concerne la revalorisation de la rémunération du corps, l'APIASS a obtenu d'E. WARGON comme elle l'avait obtenu de M. KIRRY de participer au groupe IASS. A ce jour, nous restons dans l'attente d'une nouvelle réunion du groupe IASS, qui devait se réunir cet été ou en septembre. L'APIASS a demandé à y siéger afin de valoriser ses compétences et son expertise sur le métier, sur la formation aux côtés des syndicats.

Tant que le métier passera par la défense du statut, l'APIASS demeurera impliquée sur ces questions aux côtés du SNIASS.

Nous avons su aller jusqu'à Matignon, nous saurons aller jusqu'à l'Elysée pour le respect de l'engagement pris par le conseiller social du premier ministre, Eric AUBRY, il y a deux ans déjà.

En revanche, il nous faudra être vigilant sur le calendrier : le travail est long et fastidieux car il est interministériel et le temps nécessaire à la signature du décret du GRAF a pris plusieurs mois quand tout était validé par le bleu ministériel.

Oui, le GRAF est bienvenu.

Non, notre action ne s'arrêtera pas là et l'APIASS continuera à se mobiliser jusqu'à ce que nous obtenions la reconnaissance que nous attendons.

Et cela ne sera qu'une étape.

**Karine HUET**  
Présidente





# Le mot de la Rédactrice en chef

## 20 ans ... et toujours de l'espoir !

Cher(e)s collègues, chers lecteurs,

Les numéros de 2011 d' **IASS** La Revue ne s'inscrivent pas tout à fait dans la même cohérence que les précédents. En effet, il était prévu deux numéros doubles.

- Le N° 67-68 dont le thème est « 1er bilan des réformes », devait être publié en juin 2011. Faute de financement suffisant, il a été suspendu.
- Le N° 69-70 à paraître à l'occasion des journées professionnelles devait comporter deux parties :
  - le dossier régional porté par la Réunion et Mayotte
  - la 2<sup>nd</sup>e partie consacrée aux 20 ans de l'association

Pour des raisons liées aux événements, nos collègues de la Réunion n'ont pas été en mesure de produire les articles pour octobre.

Par conséquent, le N° 67 à 70 devient le numéro unique pour l'année 2011, ce qui explique le décalage entre la couverture « les 20 ans de l'association » et le contenu de la revue.

Après avoir rencontré ces difficultés, j'en conviens, il me paraît maintenant quasiment impossible de continuer à publier 4 numéros annuels comme cela s'est fait depuis la création de l'association, c'est-à-dire depuis 20 ans !

Deux raisons principales peuvent apporter un début d'explications : Alors que les IASS ont été maintes fois confrontés à des réformes faisant systématiquement évoluer leur métier ainsi que leur place dans les organisations administratives, jamais je n'aurais imaginé que celles-ci nous auraient autant perturbés jusque dans notre vie associative.

Les évolutions pas encore stabilisées, complexifient les conditions de notre travail, épuisent et découragent.

Certains d'entre nous le sont tellement qu'ils sont résignés : à quoi ça sert ?


L'autre raison tiendrait à notre manque de lisibilité et de perspectives dans l'action administrative. Dans ces conditions comment peut-on se projeter et porter une expérience professionnelle ?

**IASS** La Revue est, si j'ose dire, une de ces victimes indirectes de ces mutations profondes.

Envisager des évolutions n'implique pas l'abandon car le besoin d'échanges est plus que jamais nécessaire. Si **IASS** La Revue connaît actuellement des difficultés, pour autant le conseil d'administration ne s'est pas découragé puisque les 7<sup>èmes</sup> journées professionnelles se tiendront les 15 et 16 décembre 2011.

Cette manifestation pourrait d'ailleurs ressembler à celle qui fut organisée en 1991 à la suite des 1<sup>ères</sup> lois de décentralisation qui ont amputé les DDASS de leurs missions emblématiques telles que l'ASE<sup>1</sup> et l'aide sociale et les effectifs s'y rattachant.

Sans vous imposer un historique, mais 20<sup>ème</sup> anniversaire oblige, c'est après ce démantèlement des DDASS, que les IASS se sont regroupés en collectif pour faire reconnaître leur métier. C'est à l'initiative de ce collectif que l'association professionnelle fut créée pour valoriser l'identité et la culture de l'inspection des affaires sanitaires et sociales<sup>2</sup>. Ses membres fondateurs ont publié un « 4 pages : Quinze Cents Milliards » ce qui était le montant (de l'époque) des budgets fixés par les IASS aux structures relevant de leur contrôle. Ce bulletin rédigé par les IASS permettrait de capitaliser sur leur métier et d'échanger sur leurs pratiques.

Dans la foulée  allait voir le jour, animé par le comité de rédaction.

Ces 20 ans de vie associative ont également été rythmés par des temps forts tels que l'organisation des journées professionnelles tous les 2 ou 3 ans. Lors des 3<sup>èmes</sup> journées Mme Simone Veil, Ministre était l'invitée et annonçait le versement de la prime de technicité toujours perçue par les IASS.

Alors que la perte de sens dans notre quotidien est un constat quasi unanime, je reste convaincue que l'action collective, elle, a toujours du sens.

**Yvette Schweitzer**



1 ASE : aide sociale à l'enfance  
2 <http://www.apiass.org> - statut



La RRCS est référencée par le Conseil Général de l'Essonne pour sa compétence dans la prise en charge des personnes âgées semi valides et dépendantes et particulièrement les personnes atteintes de pathologies de type Alzheimer. A ce titre elle accueille majoritairement les habitants du département de l'Essonne mais tous les départements sont admis. Elle est agréée à l'Aide Sociale Départementale.

## La RRCS assure

- L'hébergement, à temps complet ou à titre temporaire.
- Les soins adaptés à chacun.
- Un environnement permettant le bien-être et l'épanouissement des personnes accueillies dans le respect des droits et libertés de celles-ci.

La Résidence Retraite du Cinéma et du Spectacle est implantée dans l'ancien Domaine de Rouvres, sur la commune de Vigneux-sur-Seine, en Essonne, entre la rivière l'Yerres et la Forêt de Sénart, au Sud-est de l'Ile de France.

## ACCES

- Train : RER D, Gare de Vigneux-sur-Seine, puis autobus n° 4, arrêt : « Les Bergeries ».
- Véhicules : RN 6, sortie Draveil/Vigneux-sur-seine, suivre l'avenue de La Tourelle, puis rue Gaston Grinbaum, à droite, au troisième feu. L'entrée de la Résidence Retraite du Cinéma est située avant le premier feu de la rue Grinbaum.

Vous disposez d'un parking à l'intérieur de l'enceinte de l'établissement.







# RÉSIDENCE RETRAITE DU CINÉMA ET DU SPECTACLE

*Domaine de Rouvres - Vigneux-sur-Seine*

## HEBERGEMENT

Chacune des 130 chambres de la Résidence est équipée :

- > d'un cabinet de toilette privé avec w.c, lavabo et douche,
- > d'un système d'appel jour et nuit,
- > d'un téléphone ligne direct,
- > d'une prise télévision.

Les chambres sont meublées par l'Etablissement mais il vous est possible d'apporter des objets personnels (petit mobilier, bibelots, tableaux etc ...)

## RESTAURATION

La préparation des repas est assurée sur place par des professionnels.

- Les menus, préparés en commision avec l'aide d'une diététicienne, sont adaptés, dans la conception, aux besoins des pensionnaires.
- Le déjeuner et le dîner sont servis en salle à manger (éventuellement en chambre si l'état de la personne le nécessite).
- Le petit déjeuner est servi dans les chambres.
- Une assistance est également prévue pour les personnes ne pouvant s'alimenter seules.

## VIE SOCIALE & ANIMATION

Dans le cadre de son projet d'établissement et afin de favoriser vos relations avec les autres résidents, votre qualité de vie à l'intérieur comme à l'extérieur, nous vous proposons des temps d'animations, des lieux de convivialité, des spectacles, des sorties...

Ces animations vous sont proposées sans participation financière supplémentaire

Exemples : Jeux de société, projections vidéo, mosaïque, goûters anniversaires, spectacles, chorale, atelier pâtisserie, jeux de mémoire, animation physique...

# IASS qui rit, IASS qui pleure !!!!

## Le IASS, nouveau demandeur d'asile

IASS qui rit se réjouit, il a obtenu un joli papier qui lui dit qu'il est cadre supérieur ; un joli papier signé par G. TRON, quel pied !!!!

IASS qui rit se dit qu'il doit être très apprécié pour que les gentils ministres lui donnent ce joli papier, vraiment très apprécié !!!

IASS qui rit retourne à son travail et se dit qu'il a de quoi être heureux : il a un gentil travail, il gagne gentiment sa vie, il a des gentils collègues de travail, qui sont tous gentils avec lui.

IASS qui rit a depuis quelques mois maintenant des nouveaux patrons ; certains viennent d'un pays étranger où l'on parle de concurrence et d'animaux ; ils ne parlent pas tout à fait la même langue. Certains sont très importants, ils sont nommés sur la santé par M.FILLON directement, peut-être qu'ils le connaissent.

Ce doit être quelque chose que de parler à un monsieur choisi par Matignon.

IASS qui rit espère bientôt le rencontrer, même si le gentil patron travaille dans toute la région.

IASS qui rit ne comprend pas toujours ce qu'il lui arrive. Il se sent un peu fatigué, il dort quelques fois mal et devient triste.

Il se demande parfois pourquoi jour après jour, il se transforme.

Au pays des IASS, de plus en plus de IASS qui rient changent aussi autour de lui ; un virus semble répandre une épidémie : les IASS qui rient se transforment en IASS qui pleurent.

Certains ont peur de la transformation, alors ils quittent le pays des IASS ; ce n'est pas qu'ils soient peureux, c'est surtout qu'ils sont de plus en plus nombreux.

IASS qui rit a toujours été heureux au pays des IASS qui rient. Il y a fait sa vie. Il n'a pas si envie d'aller découvrir d'autre pays même si les salaires sont bien nourris.

Il cherche en lui les forces pour lutter contre le virus de la transformite aigue.

Chaque jour, il se lève pour aller à son travail et ouvre un peu plus les yeux, cela lui permettra peut-être de rester heureux ?

Il ouvre les yeux et que voit-il, lui qui refuse l'exil ?

IASS qui rit voit que de plus en plus il se sent devenir malheureux ; quand il parle à certains de ces patrons, ils ne le comprennent pas ; il leur parle d'hébergement, d'urgence des populations, de pression médiatique et de l'urgence à répondre au préfet ; ses patrons sont dépassés et lui répondent à côté : de quoi s'agit-il ? les populations ne sont pas contentes, elles ont mal mangé dans le restaurant ? la viande était avariée ? les chambres étaient trop chères et pas au niveau du confort ?

Non, les populations ne sont pas allées au restaurant, elles sont allées à la banque alimentaire car elles n'avaient rien à manger et maintenant elles dorment dehors, elles n'ont pas de quoi payer l'hôtel même s'il n'est pas confortable.

IASS qui rit essaie de parler mais ses mots passent à côté ! Dans ce nouveau pays, les IASS qui rient se sentent un peu seuls et cherchent à retrouver d'autres IASS qui rient.

IASS qui rit, rit, il a muté et il se dit que le nouveau patron de la région qui s'occupe de la santé va lui parler. Cela fait plusieurs mois maintenant qu'il est venu travailler avec le chef de la santé ; et pourtant, il ne l'a pas encore rencontré. L'autre patron ne comprenait pas toujours sa langue mais au moins, ils se parlaient.

Avant, au pays des IASS, IASS qui rit voyait souvent son patron ; c'était un patron qui le voyait aussi, il travaillait la porte ouverte, il disait bonjour le matin et quelques fois il travaillait à un sujet et IASS qui rit, qui connaît bien le sujet, savait qu'il était écouté.

Mais le nouveau patron nommé par Matignon fait le ronchon ; il dit que la région, c'est bien trop gros pour venir faire le gros dos.

IASS qui rit pleure ; il a les yeux brouillés ; pas que parce qu'il pleure ; aussi parce qu'il a l'impression que le brouillard s'est installé au pays des IASS.

Il n'y voit plus très bien et le matin ne sait plus trop s'il va faire bien ou si son travail va finir dans le buvard.

IASS qui rit ne comprend plus qui décide de ce qui est bien et de ce qui doit finir dans le talus ; et quand ça finit dans le talus, il aimerait savoir pourquoi, bref, il voudrait bien en savoir plus !

Il ne veut plus rencontrer le gentil patron, pas très gentil quand il est pas content. Il le sait parce qu'une fois il a essayé de parler au patron pour lui dire ce qu'il ressentait et le gentil patron de la santé de la région lui a dit qu'il n'avait pas le temps, surtout pas avec les IASS qui rient et qui pleurent.

IASS qui rit pleure et rit ; il rit parce qu'il a trouvé un nouveau travail où l'on parle sa langue et où il a une place reconnue ; il pleure aussi ; il pleure parce qu'il quitte le pays des IASS.

Il pleure surtout parce qu'il ne sait pas s'il reviendra.

Et oui, quelques fois la vie est faite ainsi qu'elle vous oblige à quitter ce que vous avez tant aimé !!!

Quelques fois c'est la vie que de partir et de laisser avec grands soupirs ce que dans une vie, vous avez construit en plusieurs décennies.



# Réformes institutionnelles : où en sommes nous ?



**François-Xavier SCHWEYER**  
Professeur de sociologie à l'EHESP  
Chercheur dans l'équipe de recherche sur les inégalités sociales ERIS  
du Centre Maurice Halbwachs UMR 8097

## Travail de réforme et réforme du travail Métiers en évolution, émergence d'un encadrement

*Ce texte est issu d'une conférence faite à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique en juin 2010  
auprès d'Inspecteurs de l'Action Sanitaire et Sociale et de Conseillères techniques en travail social<sup>1</sup>.*

*Il propose quelques réflexions sociologiques sur les transformations en cours.*



Les changements en cours, qui affectent notamment les Inspecteurs de l'Action Sanitaire et Sociale, sont à la fois spécifiques à l'administration sanitaire et sociale, et communs au monde du travail. La réorganisation des services de l'Etat<sup>2</sup>, le rapprochement entre l'administration sanitaire et sociale et celle de la Jeunesse et des sports sont particuliers. De même que la diffusion de la nouvelle gestion publique dans les fonctions publiques avec comme corollaire la promotion d'un encadrement nouveau et faiblement visible<sup>3</sup>. Mais le rapprochement d'entités différentes, la fusion de services, les réorganisations ou les redéfinitions de métiers ont été analysés depuis une vingtaine d'année en sociologie du travail et des organisations. Ont également été étudiées la crise des identités<sup>4</sup> ou la montée des compétences et des métiers<sup>5</sup> comme nouvelles sources de légitimité face aux qualifications, aux professions et aux statuts qui servaient jusqu'alors de cadre de référence au travail dans le secteur public.

Les travaux sociologiques offrent des outils intellectuels pour comprendre les transformations des configurations de travail et s'y situer. Faisons une incise : contrairement à une idée reçue, la vie des idées ne s'inscrit pas dans la même temporalité que la technique frappée d'obsolescence, ou que l'actualité sous l'emprise du scoop. Les connaissances peuvent se capitaliser, ce qu'ignorent souvent les modes managériaux. Et les sciences sociales ne se réduisent pas aux « problèmes sociaux », elles aident à rendre le monde intelligible. Le propre des situations de changement est de demander non seulement un investissement dans les activités de travail (pour les définir tout autant que pour les réaliser) mais aussi un investissement dans un travail sur soi, pour ajuster son identité professionnelle, tisser des liens de coopération avec de nouveaux partenaires, générer de la sociabilité à travers un métier, un service, un projet, un territoire.

1 Session du 8 juin, organisée par Y. Rayssiguier.

2 Bezes P. (2009), Réinventer l'Etat. Les réformes de l'administration française (1962-2008), Paris, PUF et Paugam S., Schweyer F.-X. (2011), «Les inflexions de l'Etat social. Vers un nouveau régime ? », in Galland O., Lemel Y. (eds), La société française, Paris, A. Colin.

3 Revue française d'administration publique (2010), Changer la fonction publique, ENA La Documentation française, n° 132.

4 Dubar C. (2000), La crise des identités. L'interprétation d'une mutation, Paris, PUF.

5 Piotet F.(dir) (2002), La révolution des métiers, Paris, PUF et Osty F. (2003), Le désir de métier. Engagement, identité et reconnaissance au travail, Rennes, PUR.

## Perspectives historiques

Deux perspectives historiques permettent de s'inscrire dans le fil d'une histoire, comprise comme un processus de transformation de longue durée, et ainsi d'apprécier les continuités et les ruptures.

### De l'administration sanitaire et sociale

Dès ses origines, l'administration sanitaire et sociale a été façonnée par les tribulations issues des relations entre le monde politique et le monde économique. On sait que les politiques sociales ont été peu à peu constituées pour compenser les effets sociaux du développement économique. La première figure instituée a été celle de l'inspecteur. La constitution d'un groupe professionnel a été difficile, progressive, comme l'a montré Virginie de Luca<sup>6</sup>. Les savoir-faire de l'inspection ont été forgés en conjuguant la démarche d'enquête sur place (inspection vient du latin *in spectare*, voir dedans) et celle du contrôle sur pièce (contre rôle, vérification d'une conformité). Parmi les premiers agents, on repère des médecins et des pharmaciens, issus de professions établies, qui avaient pour fonction d'être des relais entre l'Etat et les professions de santé<sup>7</sup>. Mais c'est la promotion de l'assistance publique et de la protection de la population au nom de l'Etat qui a constitué dès les débuts le fondement d'une culture professionnelle.

Les services ont été créés en 1964, à la suite d'un rapport du ministère des finances sur le dérapage des dépenses sociales. Fallait-il renforcer les divisions des préfectures ou créer une administration technique nouvelle ? La seconde solution a été retenue et s'est accompagnée de la création du corps des IASS, à partir de groupes de professionnels aux cultures et aux savoir-faire différents<sup>8</sup>. Une formation mise en place par l'ENSP à partir de 1967, des recrutements au sein des services, des budgets plus conséquents alloués au ministère chargé des Affaires sociales ont permis construire une administration technique originale. A peine une identité professionnelle était-elle constituée et le fonctionnement des services stabilisé, que la première décentralisation de 1982-1983 a rebattu les cartes avec des transferts massifs de personnels. L'histoire des services et des métiers ne s'apparente pas à un long fleuve tranquille. Elle traduit aussi l'évolution de l'action publique et les métamorphoses de l'Etat providence, par nature en crise selon F. Ewald<sup>9</sup>.

### Du mouvement de rationalisation de la société

La seconde perspective historique considérée ici est celle du processus de rationalisation de la société étudié par Max Weber. Il distingue la mise en œuvre des moyens mis au service d'une fin, de la définition des finalités mêmes de l'activité. Cette distinction est pertinente quand il s'agit de comprendre aujourd'hui l'évolution des services publics qui sont entrés dans une phase spécifique de rationalisation. Un des effets en est le passage d'une logique professionnelle où les finalités sont définies en termes professionnels à une logique gestionnaire dont les finalités se définissent en termes d'allocation de moyens.

Dans le processus de rationalisation, différentes figures se sont succédées, de l'ingénieur d'Etat du XVIII<sup>e</sup> siècle à l'ingénieur civil de l'industrie, au cadre des années 50 apparu au temps du plan Marshall et des cercles de productivité<sup>10</sup>, au « manager » enfin, cadre du temps de la globalisation. La rationalisation managériale se répand dans des mondes sociaux où ce critère n'était jusqu'alors pas pertinent. La conséquence en est double. D'une part, une redéfinition des formes de savoirs et d'expertise légitimes s'opère par le biais des « référentiels métiers » par exemple. Ce qui conduit à une révision des formes de reconnaissance. Le souci de mieux reconnaître le travail par rapport au statut est ancien dans l'administration sans que sa mise en œuvre n'ait jusqu'ici connu un réel succès. Mais ce point semble évoluer rapidement. D'autre part, on observe un réaménagement de la division du travail et de la place des groupes professionnels. Les « juridictions » de chaque corps ne s'imposent plus et des gens d'origine et de formation différentes peuvent être amenés à exercer le même métier (mais peut-être pas de la même façon). De plus, l'embauche de contractuels, la multiplication des hors statut qui par leur activité appartiennent aux groupes professionnels relativisent la notion de corps.

Dans la fonction publique, les « cadres managers » ont un positionnement incertain. Leur insertion en tant que collectif de travail est fragile. Ils peuvent être attachés à des logiques d'action qui se révèlent être antinomiques avec la rationalité « managériale ». De plus, la logique statutaire étant aveugle aux réalités de travail, les nouvelles compétences des cadres sont faiblement valorisées. On observe d'ailleurs un paradoxe : alors que les « cadres » sont au centre du discours sur les réformes, ils sont mal décrits (les catégories A, B et C de la fonction publique ne sont pas *ad hoc* pour définir une fonction d'encadrement), mal gérés (pour la même raison à quoi s'ajoute la disjonction entre le statut et l'emploi) et mal reconnus. Le rapport de la mission de Singly sur les cadres hospitaliers (2009) en offre une illustration développée.

## Les cadres du public encore mal connus

L'opposition que fait le sens commun entre le secteur public et le secteur privé vaut surtout pour les employés. Les cadres des deux secteurs ont des profils et des activités plus proches que ce qu'il en est dit<sup>11</sup>. Le travail des cadres a fait l'objet de nombreux travaux sociologiques récents<sup>12</sup> ; toutefois, les « nouveaux » cadres forgés par le nouveau management public restent partiellement étudiés. La *Revue française d'administration publique* a consacré son numéro 128 (2008) à « l'encadrement à l'épreuve du management public ». Des cadres hospitaliers, du ministère de l'équipement, des Affaires étrangères ou de la culture, les cadres coordinateurs de la prévention routière y sont analysés, mais pas les cadres du « social ». Toutefois, un certain nombre de constats sont instructifs.

6 De Luca V. (2002), *Aux origines de l'Etat-providence. Les inspecteurs de l'Assistance publique et l'aide sociale à l'enfance (1820-1930)*, Paris, PUF/INED, 367 p.

7 Schweyer F-X (2007), « Médecins, pharmaciens, ingénieurs Les corps techniques de l'Etat en santé publique », *Santé publique*, suppl. n° 1, 2007, p. 37-51.

8 Schweyer F-X. (1994), « Le corps des inspecteurs des Affaires sociales », *Revue française des Affaires sociales*, 1994, n° 3, juillet-septembre, Ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville, .p 65-74.

9 Donzelot J. (1994), *L'invention du social*, Paris, Seuil.

10 Boltanski L. (1982), *Les cadres. La formation d'un groupe social*, Paris, Editions de Minuit, 1982.

11 Thélot C., Singly F. de (1988), *Gens du privé, gens du public, la grande différence*, Paris, Dunod.

12 Voir par exemple, Y-F. Livian (dir) (2006), *Etre cadre, quel travail ?*, Lyon, Editions de l'ANACT.



A l'hôpital, les cadres issus de groupes professionnels se sont affirmés par le biais de la démarche qualité, qui offre un cadre de référence plus proche, plus concret, plus pratique que les objectifs du management général souvent illisibles ou hors de portée pour les agents. Par ailleurs, Ivan Sainsaulieu souligne l'absence d'un « mythe collectif » qui permettrait de donner sens aux changements. Dans mes analyses des directeurs d'hôpital j'ai souligné combien le mythe fondateur de l'hôpital moderne (« mettre les progrès de la médecine à la portée de tous ») avait fédéré médecins et administratifs dans un même projet<sup>13</sup>.

Charles Gadea et Sophie Divay analysent la position des cadres comme « émergente » et très dépendante des configurations locales de travail. Ils observent une diversité des pratiques qui correspond à une diversité des conceptions et des principes de légitimités. Par ailleurs, ils soulignent l'écart qui existe entre les capacités d'encadrement (qui sont figées dans le contexte des catégories A, B, C de la fonction publique) et les exigences d'encadrement qui, elles, sont beaucoup plus étendues. D'une manière générale, il est montré que la gestion statutaire appréhende mal les situations et les réalités de travail alors que se renforce le mode de gouvernement managérial des organisations publiques. La gestion statutaire repose sur un postulat de stabilité des catégories d'identification et de jugement du travail alors que la notion de métier (et celle de compétence), promue par le management, suppose un système de reconnaissance temporaire parce qu'adaptable. Ainsi les cadres sont-ils entre deux « formes », bureaucratique et managériale, aux référentiels d'action différents. Ainsi, ils doivent agir à la fois sur un registre réglementaire et sur un registre incitatif non contraignant. Autrement dit, l'autorité hiérarchique n'existe pas toujours, ni celle issue de l'expertise. Il faut alors fonder sa légitimité sur le charisme, la démonstration du résultat, la persuasion, l'incitation économique, l'échange, dans des systèmes pragmatiques toujours singuliers et fragiles.

Autre élément d'analyse, et qui concerne surtout les cadres « encadrant », le travail de lien invisible<sup>14</sup>, au-delà du classique et attendu « travail d'articulation ». Autrement dit, les impératifs de gestion ne peuvent être atteints que par des collectifs mobilisés et réactifs dans des organisations en réseau. Ce qui suppose de la part des cadres un investissement personnel dans un certain nombre de bricolages managériaux, et surtout dans un travail de lien pour maintenir et développer des réseaux professionnels et/ou des équipes unies, c'est-à-dire performantes. Le lien social au travail se fonde sur la confiance et l'endettement mutuel construit dans les échanges où circulent dons et contre-don<sup>15</sup>.

## Derrière les modèles managériaux, les réalités de travail

Les situations de travail des cadres de l'administration sanitaire et sociale peuvent être analysées et comprises en mobilisant des outils intellectuels issus de la sociologie. Quelques pistes peuvent être données, qui proviennent de la sociologie des organisations, du travail ou de la santé.

La première est issue du travail piloté par Renaud Sainsaulieu sur *les mondes de l'entreprise*<sup>16</sup>. Il ne s'agit pas de l'entreprise industrielle ou commerciale mais de l'entreprise humaine, définie comme « un collectif qui prend des risques ». Alors que les services regroupent des individualités affirmées (l'individualisme est devenu une norme sociale), comment faire du commun ? Comment travailler avec d'autres (qu'on ne peut éviter) pour obtenir un résultat performant ? Comment prendre des risques à plusieurs ? Ces questions sont au cœur de la dynamique sociale de la modernisation. Cette dynamique suppose d'abord une capacité sociale de *différenciation*, c'est-à-dire une capacité à repérer que ce ne sera plus comme avant et que la relation aux autres change. C'est donc une capacité à être

soi (l'expérience professionnelle qui est d'abord sociale devient une occasion d'affirmation de soi, d'actualisation de sa trajectoire biographique) et une capacité à être différent des autres. Et cette capacité de différenciation est essentielle car le management induit une dynamique de mobilité et de mouvement, ou plutôt une stabilité transitoire. La mobilité, le rapprochement avec d'autres, créent une interrogation sur les autres, qui est la clé d'une intégration transitoire. Cette conscience de la différence induit la nécessité de la *coopération*, qui est plus

intégration que coordination. Il s'agit de construire du durable dans un univers agité. On observe un brouillage des alliances, une complexification des jeux et le management revient souvent à gérer du désordre, c'est-à-dire de l'inattendu, des aléas, des défections, etc. La coopération suppose des acteurs engagés et il y a là un enjeu essentiel pour les cadres : comment produire de nouveaux acteurs ? C'est-à-dire des gens qui ne fonctionnent pas dans le retrait ou l'affinité mais qui accepte l'engagement. Plusieurs formes empiriques de coopération existent. L'opposition, qui se décline en domination, en contre-pouvoir ou en antagonisme, la négociation qui peut être ajustement ou transformation négociée, le consensus qu'il s'agisse du pacte ou du consensus temporaire. Ces formes s'actualisent dans des « mondes sociaux » différents, qui peuvent être tous performants, mais pas avec le même coût social.

“ Il s'agit de construire du durable dans un univers agité. On observe un brouillage des alliances, une complexification des jeux et le management revient souvent à gérer du désordre, c'est-à-dire de l'inattendu, des aléas, des défections ”

13 Schweyer F-X (2001), « Les directeurs d'hôpital : des entrepreneurs locaux du service public hospitalier ? », *Revue Française des Affaires Sociales*, 4, octobre-décembre, p.115-122 et (2006) « Une profession de l'Etat providence, les directeurs d'hôpital », *Revue européenne de sciences sociales*, Tome XLIV, n° 135, p 45-60.

14 Voir P. Bourret, *Les cadres de santé à l'hôpital Un travail de lien invisible*, Paris, Seli Arslan, 2006.

15 Voir N. Alter (2009), *Donner et prendre. La coopération en entreprise*, Paris, La Découverte.

16 F Osty, R. Sainsaulieu, M. Uhalde, *Les mondes sociaux de l'entreprise. Penser le développement des organisations*, Paris Eyrolles 2007 (Nouvelle édition).

La coopération est sous tendue par trois forces : la sociabilité, le métier et la rationalité (au sens de rationalité limitée de l'acteur). Et ce qui manque, ce n'est pas la règle, c'est plutôt la sociabilité et le métier. Enfin, la troisième dynamique est celle de la *légitimation* qui consiste à arriver à définir un objectif commun acceptable par tous. L'idée est d'être dans un monde où on s'accepte, un monde perçu comme légitime.

Norbert Alter a montré que les projets, les réformes ne sont dans un premier temps que des « inventions managériales » au sens où les perspectives données ne se sont pas encore traduites dans la réalité. Pour qu'elles deviennent des pratiques, il est nécessaire que les acteurs se les approprient, c'est-à-dire les interprètent, les adaptent voire les modifient. Et c'est au prix de cette transformation que l'invention initiale devient une réelle innovation. D'une certaine façon, Norbert Alter a développé en la prolongeant l'intuition de Crozier selon laquelle les systèmes d'action concrets dans lesquels on travaille sont comme des filtres pour la compréhension des objectifs poursuivis et pour la mobilisation des moyens de réalisation. Mais il montre de surcroît, et c'est un apport majeur, que le mouvement est plus important à comprendre que les règles<sup>17</sup>. Le mouvement est le résultat des événements inattendus, des aléas mais aussi de la dialectique entre ordre et désordre, entre engagement et retrait, entre norme et déviance. Dans un contexte de réforme, les « rôles » sont rarement définis. Il faut les expérimenter, les inventer au prix d'un investissement personnel soutenu par les valeurs (l'horizon de sens de l'action selon le mot de Jean-Daniel Reynaud) et des croyances (nombreuses dans le management). Mais aussi au prix de doutes, d'inconfort, de déstabilisation. Les scènes de l'action ne sont pas de tout repos. Chacun peut être guetté par la lassitude, être exposé au conflit ou à la trahison. Et les compétences labellisées, qui rabattent souvent sur l'individu, ne sont pas toujours des ressources pertinentes dans de telles situations. L'existence d'une communauté de travail, la qualité des relations et de l'ambiance sont souvent indispensables pour élaborer collectivement de nouvelles pratiques sociales. Il s'agit

de véritables capacités de travail qui sont fondées les liens sociaux qui permettent la coopération au travail. Mais ces liens sont fragiles. D'autant que l'existence d'un statut protecteur pour l'emploi ne protège pas des formes de précarité au travail<sup>18</sup>.

Le travail de Gilles Jeannot sur les « métiers flous » et l'action publique<sup>19</sup> offre une autre piste de réflexion pour comprendre certaines activités ou dimensions nouvelles du travail des inspecteurs. L'analyse concerne le travail des cadres en univers administratif et met en lumière une nouvelle forme de l'action publique. Métiers flous, dont l'activité est à la fois indéterminée et ouverte, métiers « confrontés à la projection territoriale de l'action publique », fonctions parfois « définies par le seul énoncé des problèmes à résoudre ». Les cadres en univers public étudiés n'*appliquent* pas, ils ne mettent pas en œuvre des politiques. Ils travaillent à comprendre ce qui résiste, à recomposer de façon toujours singulière les instruments disponibles par une activité humaine adaptée. Et en retour, l'action publique existe par le déploiement de ce travail. Les métiers flous qui émergent se caractérisent aussi par un possible glissement d'un flou des objets visés à un flou des positions des agents qui en ont la charge. Autrement dit, les procédures ne suffisent pas en elles-mêmes à faire advenir une intervention pertinente. Si « cela marche », c'est que des cadres prennent au sérieux les finalités exprimées et abordent les problèmes dans des configurations singulières, des confrontations qui les amènent à concevoir un dispositif adapté pour mettre de l'ordre dans le flou environnant. Gilles Jeannot explique que ce travail des cadres ne s'inscrit pas dans une relation « décision/mise en œuvre » sensée encadrer l'activité des fonctionnaires, mais dans une relation « interprétation/accomplissement » qui passe par la clarification des situations et la production d'une intervention. Enfin, la construction plus solide de ces positions passe par une « dimension collective de l'orientation du travail » et « plus largement sur des mouvements sociaux engagés directement dans la résolution pratique des problèmes d'une époque ».

## Conclusion

Ces analyses montrent l'importance pour les cadres d'une réflexion en termes d'identité. Car dans nos sociétés, l'activité professionnelle donne un « statut principal » par une position objective (une place) et par une forme de reconnaissance subjective (une valeur). L'analyse du travail, des trajectoires d'emploi, des mobilités avec leur « *turning points* » explique des manières typiques de réagir face à des mutations, des injonctions à changer. Les transformations du travail changent aussi les configurations identitaires, dans leurs formes et leurs dimensions à la fois biographique (l'identité pour soi) et relationnelle (l'identité pour autrui)<sup>20</sup>. On pourrait encore citer les apports de la sociologie du genre et de la sociologie du travail. Qu'il nous suffise pour conclure de rappeler que les capacités d'analyse des situations et de distanciation par rapport aux réalités de travail (qui requièrent souvent un travail émotionnel ignoré) deviennent de réelles compétences professionnelles pour l'encadrement confronté au management public.

17 Alter N. (2000), *L'innovation ordinaire*, Paris, PUF.

18 Paugam S. (2000), *Le salarié de la précarité*, Paris, PUF.

19 Jeannot G. (2005), *Les métiers flous Travail et action publique*, Toulouse, éditions Octares.

20 Les travaux de C. Dubar sont particulièrement riches sur la question



# Les délégations territoriales, terres à conquérir...

*Après avoir commis quelques (trop) longues lignes l'an passé sur les délégations territoriales et les perspectives qui s'offraient à ces nouveaux échelons territoriaux, et après une première année d'ARS qui ne fut pas de tout repos, il n'est pas anodin de « jeter un coup d'œil dans le rétro », non pour regretter le temps qui passe, mais essayer de comprendre ce qui, finalement, fait que beaucoup de choses restent à construire...*

*Un an après, peut-on dire qu'on attendait trop des délégations territoriales ? A rebours, si déjà le doute existait à l'époque, on entend beaucoup parler dans les échanges de délégations territoriales plutôt déboussolées, de personnels plutôt désabusés, d'un environnement plutôt désorienté... le premier constat, au terme d'un an pourrait être un peu gris...pourrait, si l'on ne prenait garde à prendre un peu de recul et s'il ne contenait toutefois en lui-même les germes d'une construction différente.*

Il faut en premier lieu rechercher ce que nous avons mésestimé, dans cette phase de construction.

De prime abord, plusieurs éléments ont contribué à un état de refondation beaucoup plus ample et beaucoup plus souterrain qu'imaginé.

Pris dans le maelstrom législatif, la pression, l'attente, l'effort a prioritairement, pour ne pas dire exclusivement, porté sur la seule construction nouvelle de la structure siècle.

En réalité, les anciennes DDASS ont subi dans un laps de temps incroyablement bref une série de secousses dont personne n'a en réalité, à quelque niveau que ce soit, pris la mesure de l'impact agrégé.

## 1) Très schématiquement, les DDASS et DRASS avaient dans leur besace 4 politiques à porter :

- le sanitaire par délégation plus ou moins large de l'ARS (mais intellectuellement il était admis leur compétence)
- le médico-social
- le social
- la santé publique et la prévention

Les quatre ont été massivement impactées, et les DT ont par ailleurs été percutées par le contexte budgétaire!

La perte du « social » (pour garder un vocable commun) a constitué une première onde de choc, tant il était toujours dit que les DDASS auraient été la synthèse du sanitaire et du social. Même si j'ai toujours pour ma part exprimé un peu de scepticisme sur cet aspect des choses (ou alors il faut admettre que nous n'avons jamais vraiment réussi à la faire, justifiant ainsi une réforme, quelle qu'elle soit !), l'idée était ancrée, et le corps des inspecteurs s'y identifiait intégralement. La RGPP, en faisant implorer la DDASS d'une part, mais aussi en générant côté Préfecture des rapprochements de services aux contours «hétérogènes», a largement contribué à abattre 30 ans de conviction, emportant ce qui paraissait jusqu'alors insubmersible, le lien «santé-social, et créant ainsi une béance dont on ne soupçonne

peut-être pas tout l'impact interne mais aussi extérieur.

Du côté sanitaire, les choses ne sont même plus si simples. Le sanitaire avait déjà rejoint un giron régional (avec une délégation plus ou moins ample de l'ARH d'alors) et une reconstruction, un équilibre souvent s'étaient opérés, que le chantier ARS a immédiatement mis à bas. Sous la pression d'un ONDAM en difficulté, clairement attendus sur ce sujet, les directeurs généraux d'ARS, qui voulaient par ailleurs prendre naturellement la mesure complète de la situation ont re-concentré (provisoirement ? durablement ?) le sanitaire, en recrutant par ailleurs souvent (et si la taille le permettait) de nouveaux collaborateurs, contribuant ainsi à une déstabilisation complémentaire.

Il restait alors trois champs : le médico-social, santé-environnement et les affaires générales.

Concentrés sur la maîtrise de l'ONDAM et sur l'ambulatoire, les sièges ont peu ou prou fait une impasse sur le champ médico-social pendant une année. Les conseils généraux, en situation financière très précaire ont gelé le secteur personnes âgées, et le secteur du handicap sidéré a attendu... Pour peu que la gestion des enveloppes soit remontée au siège, comme en Franche-Comté, et le dessaisissement était vécu comme complet, contribuant à la tétanie du secteur. Alors

même qu'il était devenu «le fer de lance» départemental après la grande ère sanitaire des années 70-80, le médico-social lui aussi au même moment, pour des raisons internes mais aussi exogènes, s'estompait...

Sur le plan santé publique, les choses ne sont pas forcément plus lumineuses:

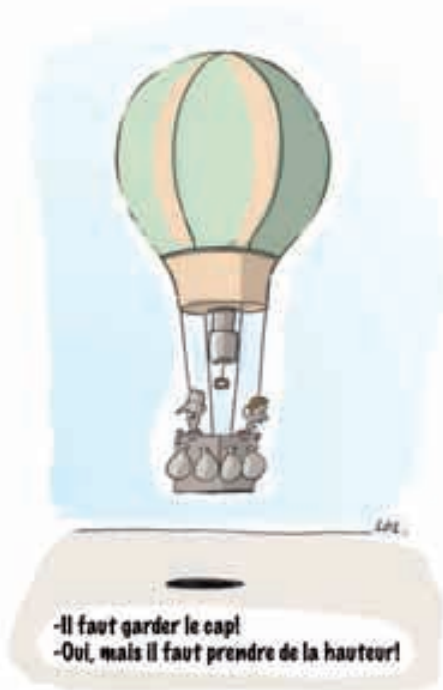
La constitution des plateformes de veille et de sécurité sanitaire et environnementale régionales ont paradoxalement « sanctuarisé » les anciens services santé-environnement dans une enceinte propre, confortant ainsi – mais avec une gestion régionale – des pratiques antérieures... la bulle s'est peu ou prou maintenue...précisément là ou, souvent, on espérait «ouvrir les fenêtres», ce serait donc quasiment le seul secteur qui, nonobstant le grand chantier, pourrait poursuivre comme avant ses missions, avec l'appui explicite des Préfets, dans le cadre des protocoles les unissant aux ARS. Certes, les procédures seront revues et cela ne préjuge pas de la suite qui ira vers l'inclusion accrue dans la transversalité de la Santé Publique...

L'autre aspect de la santé publique, héritage du GRSP, n'était pas encore assez ancré dans le champ des DDASS, comme mission privilégiée. Vécue comme l'affaire de la DRASS, puis du GRSP, bâti sur des procédures d'appel à projets complexes et chronophages (mais qui ont aussi structuré un peu plus ce secteur), la santé n'était

qu'un concept émergent (même au pays de la «synthèse du sanitaire et du social») dans les DDASS et donc dans les DT (même si des professionnels pour l'essentiel médecins et infirmières y avaient commencé un investissement)

Enfin, les affaires générales, régionalisées, ont laissé des agents sur place sans activité, sans contribution avérée à la construction, sans sentiment d'apport et d'utilité.

Cela pouvait t'il marcher ? Pris isolément, chacun de ces points avait de quoi freiner la mue des DT... alors l'ensemble...



**2) par ailleurs, sur ces 4 champs politiques s'est greffée un contexte budgétaire particulièrement contraint, enlevant, de prime abord, un outil.**

Sur le pan sanitaire, les questions budgétaires étant largement reconcentrées, les DT n'avaient pas plus ni moins de marge de manœuvre différente qu'antérieurement.

Mais alors même que leur création était largement justifiée par la nécessaire collaboration avec les Conseils Généraux, sur le champ médico-social, elles voyaient s'éloigner l'outil budgétaire dont elles disposaient en particulier sur le champ des personnes âgées, par un calendrier substantiellement retardé en 2010, et surtout une réduction des moyens alloués aux conventions tripartites. Ce qui était jusqu'alors vécu (à juste titre!) comme une avancée significative de la modernisation du secteur, et comme le vecteur premier d'un

travail de terrain se trouvait donc stoppé net, sans visibilité aucune à court terme.

Les moyens financiers en croissance constante, étaient souvent perçus comme le vecteur principal du changement, et comme l'outil d'amorçage de la discussion.

Les DT découvraient brutalement, ce qu'elles subodoraient tout de même, et à un moment clé de leur histoire que les conventions devraient bientôt passer à un autre registre, et surtout que le mode de dialogue avec les gestionnaires allait devoir changer plus rapidement de tonalité. Sans transition....

Le changement de paradigme, avec la nécessaire mue vers la modernisation du secteur sans moyens nouveaux, a constitué et constitue encore sans aucun doute, un sujet que nous devons accompagner rapidement. La méthode Coué n'y suffira pas...

Les DT, dans ce contexte, étaient d'abord investis de la mission de proximité, au mieux notion générique, au pire « auberge espagnole » ;

Proximité à l'égard des Préfets, des élus, des établissements...

Mais là aussi, les choses sont complexes : les relations avec les Préfets transitent nécessairement par des protocoles écrits, à la mise en œuvre plus ou moins aisée ; les DT peuvent donc être dans ce contexte certes les représentants de l'ARS au sein du collège des chefs de service de l'Etat (mais cela peut-être naturellement ambigu, même si globalement, les choses se passent désormais plutôt bien). Pour autant, les directeurs généraux ont entendu, pour des raisons évidentes, marquer d'emblée où était le lieu de décision et ont naturellement veillé à ne pas laisser attirer l'idée de délégations dotées d'autonomie. Il en a été de même vis-à-vis des collectivités territoriales et des élus.

Au-delà de ce constat, les 1ères commandes passées aux DT le furent sur des sujets sur lesquels ils n'étaient pas préparés ni techniquement, ni humainement : la médecine de ville.

Une des pierres angulaires de la loi HPST est la médecine de ville, traduite à l'aune de l'égalité d'accès aux soins pour chacun de nos concitoyens. Si les délégations pouvaient se retrouver dans cette approche, somme toute pas si éloignée de leur histoire, elles n'en avaient ni la connaissance ni la technique.

Jusqu'alors dans le champ de compétences des URCAM, s'introduire dans la mise en œuvre de cette politique supposait d'abord d'en avoir une connaissance assez fine, tant de son histoire que de ses enjeux, ses méandres et aléas.

Personne dans les DT ne pouvait, ex abrupto, s'y investir. Le croire a été une erreur, doublée au demeurant de deux questions :

- comment demander immédiatement aux DT d'investir un champ sécurité sociale, comme si «le mariage» était acquis dès sa signature ;
- comment investir un champ dont en réalité toutes les compétences techniques étaient au siècle ...

Il y avait en réalité à peu près tout pour que les DT ne puissent pas se saisir immédiatement du sujet :

- une connaissance insuffisante de la problématique médecine de ville
- une méconnaissance des publics concernés (les DT ne connaissaient vraiment les professionnels de santé qu'au travers d'ADELI, des réquisitions et des CODAMUPS...);
- une «approche métier» nouvelle puisque, très schématiquement, il s'agit d'aller «vendre» les maisons médicales, les protocoles de coopération, les NMR, pour ne rester que sur ces sujets, un peu à la manière des «DAM» (délégués de l'assurance maladie) ...

La aussi, convenons que les conditions de la réussite n'étaient peut-être pas toutes réunies pour donner le meilleur sens à la mission des DT. Peut-être aussi de quoi nous montrer circonspects sur la notion de polyvalence, dont il faudrait savoir si elle porte sur le savoir ou le savoir-faire...



«Le regard dans le retro» semble donc somme toute assez nuancé. Mais il reste que qu'en définitive, il ne porte pas en germe d'aberration ni de grand doutes sur le devenir des DT. Pour peu que trois conditions soient réunies rapidement :

**1°) donner « le sens » : Les DT sont au carrefour de routes dont elles n'ont pas la direction précise (vers où va-t-on) ni le gabarit (route nationale ou route de traverse ?).**

La construction des PRS, et les projets de santé de territoire qui devraient en découler doivent éclairer le sens de l'action de l'ARS et ses déclinaisons territoriales. Sous réserve d'une part que les diagnostics soient le fait d'une coordination étroite siège DT et non une construction intellectuelle du siège uniquement.

Par ailleurs, la mue du secteur médico-social, tant pour les personnes âgées que pour les structures pour personnes handicapées, doit s'affirmer davantage, et il ne souffrira pas d'une année supplémentaire de « stand-by ». Ni la situation financière, ni les attentes de la population ne le permettent. Les délégations territoriales, avec l'appui des directions métiers, vont donc devoir consolider un diagnostic, en lien avec les conférences de territoires, mais surtout s'investir dans un plan d'action régional territorialisé, doté d'échéances précises.

**2°) donner la structuration : d'une manière générale, la construction ARS s'est prioritairement focalisée sur le siège : les organigrammes, les compétences se sont structurées autour des sièges.**

Mais l'action de l'ARS ne se conçoit que dans un travail de proximité des usagers et des partenaires. Bien souvent, les organisations des DT sont restées calées sur les pôles des anciennes DDASS, ce qui a d'ailleurs aussi contribué à « un grand écart » pour les personnels, et tout particulièrement pour l'encadrement (notamment dans les cas de concentration de la gestion des enveloppes, aboutissant à une dichotomie autorité hiérarchique et autorité fonctionnelle complexe à gérer au quotidien).

Le temps est venu de « ré-emboîter » les organisations Siège-DT, pour deux raisons :

- les organisations anciennes n'ont pas été vraiment conçues pour une approche plus matricielle de nos missions.
- Il faut repositionner l'encadrement pour le mettre en position d'agir dans le cadre de ses – nouvelles – missions, probablement moins d'encadrement, et probablement plus de pilotage.

**3°) donner les outils : penser qu'un tel changement, d'une telle rapidité, sans vrai travail pédagogique permettant à chacun de comprendre le sens de la réforme, pourrait se faire avec facilité était illusoire. On le voit nettement aujourd'hui.**

L'enjeu demeure. Les crispations qui perdurent ont d'abord (mais pas exclusivement probablement) pour origine et cause un mauvais positionnement et une transition collectivement insuffisamment gérée. On peut renvoyer le sujet à chaque DG d'ARS, au nom de sa politique managériale, mais ce serait avoir une approche parcellaire, balkanisée, un émiettement de la mise en œuvre de la réforme.

Penser par ailleurs que chaque cadre est doté des outils pour appréhender ses nouvelles missions est illusoire, et génère en outre une inquiétude majeure, qu'il faut apaiser.

Les moyens indigents consacrés depuis fort longtemps à la formation continue de notre ministère conduit à ce constat. Certes, les IASS manient plutôt bien les codes, mais ce n'est pas de droit dont il s'agit...certes quelques uns d'entre-eux manient brillamment les subtilités budgétaires : mais ce n'est pas de budget dont il s'agit (de financement oui en général, mais c'est un champ différent).

Les plus jeunes sont clairement sur la conduite de projets. Ce n'est pas faire injure aux plus anciens (dont je suis !) que de dire qu'il y a un retard à rattraper. Certains n'ont suivi aucune formation continue depuis leur prise de poste, parfois très éloignée....

Il faut accompagner désormais...**pas demain...maintenant...** Certes on ne bâti pas un plan de formation en 5 mn...mais nul doute que ceci avait été pensé des le lancement de la Loi...

Certes, les temps budgétaires sont difficiles : mais cela s'appelle une priorité et donc un choix. Ce qu'on nous demande quotidiennement par ailleurs....

## Conclusion

Je persiste à penser que les délégations territoriales ont un sens, une utilité. Pas pour passer un baume quelconque, mais parce que le sens de l'action publique, c'est l'usager, et que lui est en droit d'exiger cette proximité. Les conférences de territoire, au regard de leur mission, nous y emmèneront voire nous y contraindront.

Nous n'avons pas le temps, dans cette affaire, de l'exégèse. Nos partenaires, déjà perturbés par nos organisations complexes (ah, les commissions...) ne souffriront pas que les résultats ou tout au moins tous les chantiers majeurs ne s'ouvrent pas.

Le débat Dépendance en est un : on peut penser qu'il n'est que financier... mais nous devons aussi articuler les choses, les susciter, les animer...

On peut aussi penser que les DT n'ont pas d'avenir dans leur principe... et qu'avant était bien meilleur...Pourtant, au-delà de la structure, des organisations, s'ouvre l'action...Après, que choisit t'on ? De la subir ou de la porter ?

# Structurer l'animation territoriale : un défi pour les délégations territoriales

Nora KIHAL FLÉGEAU Déléguée territoriale Indre-et-Loire ARS du Centre.

*Après cette année de mise en place des nouvelles organisations, phase organisationnelle pour laquelle nous sommes encore loin de mesurer pleinement la somme des efforts fournis par les agents des ex DDASS DRASS et l'état de fatigue généralisée dans lequel nous sommes.*

*Se pose alors comme une litanie la question de la disparition et ou de la pérennité des délégations territoriales qui rappellent le, ont été créées du bout des doigts parce qu'il fallait :*

- *respecter le principe de l'absence de mobilité géographique forcée posée par la ministre de la santé de l'époque,*
- *et répondre à la demande d'avoir un interlocuteur de proximité dans les départements.*

*Pour autant, si la loi HPST comportait, à la demande de parlementaires, se faisant l'écho des fédérations nationales des associations du secteur médico-social et des présidents des Conseil généraux le terme de Territoire, cette notion reste à définir et expliciter la majorité d'entre nous.*

*Quelle piste investiguer aujourd'hui alors que nous sommes sur le point de respecter les délais impartis pour l'élaboration des travaux liés au plan stratégique régionale de santé et aux schémas sectoriels voire aux programmes territoriaux constituant ainsi le projet régional de santé (PRS)?*

*Quelle démocratie sanitaire va être mise réellement en œuvre si les priorités stratégiques des ARS et les outils sont aujourd'hui fixés pour les 5 années à venir dans un calendrier contraint sans que nous l'articulions réellement avec la réalité quotidienne des usagers du système de soins et de nos partenaires dans les territoires ?*

*En un mot quelle sera la plus value des ARS si le modèle est descendant du chef lieu de région en faisant abstraction de la diversité locale ?*

## Qu'en est-il en région Centre

Dans cette région, et sur le territoire de santé d'Indre-et-Loire, la mise en place des conférences de territoire a été l'occasion de débiter une réflexion et une organisation relative à l'animation territoriale de manière à inscrire la transversalité au cœur d'une pratique professionnelle rénovée et en cours de redéfinition.

Déjà, lors des travaux de la préfiguration, nous avons souligné la nécessité de remonter l'exercice relatif à l'allocation des ressources au niveau de la région actant par là une amorce de régionalisation largement antérieure :

- la mise en place des ARH depuis 1997 signe de longue date la régionalisation de l'allocation des ressources mais également le régime des autorisations et la planification pour les établissements de santé.
- depuis 2006, le PRIAC (remettre le sigle Programme Régional et Interdépartemental d'Accompagnement...) a, de fait, via les CTRL (comité technique régional et interdépartemental - comité des directeurs des DDASS et de la DRASS) régionalisé l'allocation des moyens ainsi que la planification sur le secteur médicosocial.
- Le GRSP (groupement régional de santé publique) régionalise également dans le cadre d'un partenariat entre l'Etat, les caisses d'assurance maladie et les collectivités locales, les décisions relatives au financement de la promotion et de la santé publique.

Ce mouvement de régionalisation ne donne pas lieu à résistance si tant est que les agents visualisent clairement ce qu'ils feront si, à l'instar des années passées, ils ne passent plus leur temps au rythme des campagnes budgétaires, examinant les comptes administratifs N- 2 puis le projet de budget de N + 1 avec des circulaires fixant des délais que l'administration centrale ne peut elle-même respecter du fait des délais de signature cabinet...mais qui s'imposent au niveau local bien évidemment.

En dotant d'une part les agences régionales de santé d'un champ de compétence large puisqu'allant de la prévention et de la promotion de la santé en passant par l'offre de soins hospitalières et ambulatoire jusqu'à la prise en charge et l'accompagnement médico-social incluant le domicile et en les articulant sur un échelon territorial d'autre part, il eut été naturel de prévoir d'emblée la remontée de l'allocation de ressources au niveau des sièges ou chef lieu de région de manière à positionner les délégations territoriales clairement sur l'animation du territoire tout en veillant à en définir le contenu de manière collective

Force est de constater que le contenu de l'animation territoriale n'était pas dans cette première année de mise en œuvre une priorité tant il y avait à faire (gestion de la pandémie grippale, scission des structures, déménagements, renégociation de tous les contrats, transfert des personnels, continuité des services etc.) A ce moment de la création des ARS, la notion d'animation territoriale est encore très vague pour tenter les agents des délégations territoriales qui restent attachés à des compétences et des attributions connues et pratiquées.

## Définition de la notion d'animation territoriale

### Le contexte de l'animation territoriale.

L'animation territoriale ne peut s'envisager sans son corollaire qu'est la territorialisation des politiques publiques. En ce sens, il s'agit d'une approche des politiques publiques qui met l'accent sur les spécificités de chaque territoire par opposition à une approche verticale divisant l'action publique en secteurs d'activités cloisonnées.

Elle ne se réduit pas à la déconcentration mais doit faire intervenir les acteurs locaux dont les collectivités. Elle doit aboutir à une meilleure appropriation des politiques publiques par les personnes concernées au niveau local (décideurs locaux, usagers...), grâce à une meilleure information et à la prise en compte de leurs besoins.

Jusqu'à-là cette notion d'animation territoriale était souvent entendue au sens de la connaissance fine du terrain ce qui englobait la connaissance fine du territoire, de son offre et de ses acteurs.

Evoquer l'animation territoriale nécessite en amont la nécessité de définir des territoires. Avec la mise en place des ARS et les premiers travaux conduisant à la mise en place de ses instances de démocratie (conférence régionale de santé et de l'autonomie ; commissions de coordination des politiques, conférences de territoire ...)

### L'animation territoriale en région Centre.

Les 6 départements constituent 6 territoires de santé. Pour autant, le département en tant que territoire de santé recouvre une réalité diverse et hétérogène. Il en est ainsi en Indre-et-Loire, territoire de santé comportant la particularité d'une agglomération tourangelle de 284 326 habitants sur 583 086 habitants pour le département et une majorité d'offres de santé dont le CHRU concentrés sur le chef lieu de département et la communauté d'agglomération Tours Plus composé elle-même de 19 communes.

L'étude « Inégalités cantonales de santé » réalisée par l'ORS du Centre a mis en évidence cette disparité et confirme y compris sur le territoire de santé d'Indre-et-Loire la présence de territoires infra-départementaux en situation d'inégalités de santé à partir d'indicateurs tels que la mortalité évitable, les tranches d'âge de la population, la densité médicale, les minimas sociaux...

Ces constats présentés en conférence de territoire dès décembre 2010 en matière de diagnostic de l'état de santé de la population et de diagnostic de l'offre de santé a mis en évidence la nécessité de travailler sur des territoires infra-départementaux de manière à affiner ce diagnostic et élaborer en partenariat les orientations pour les années à venir.

Les membres de la conférence de territoire ont fait connaître leur souhait de travailler sur des thématiques particulières et la délégation territoriale a fait une offre de service en appuyant les pilotes de ces groupes par un inspecteur de l'action sanitaire et sociale territorialisé.

### Comment définir les territoires infra-départementaux pertinents ?

Il convient en préalable de s'entendre sur la démarche visant à retenir les territoires de santé infra-départementaux dits encore territoire de santé de proximité.

Nous sommes tous confrontés à la multiplicité des découpages dans nos champs d'activité, et ce au quotidien.

Les approches sont variées, les découpages sont nombreux et ne se recoupent pas, chacun ayant sa propre légitimité et ses facteurs d'explication.

Par exemple, dans le domaine de la santé :

- La permanence des soins et les secteurs de garde des médecins généralistes,
  - Les secteurs de garde des officines de pharmacie,
- peuvent être rattachés aux soins de premier recours. Il s'agit du niveau de proximité.

Il est possible de citer également mais sans être exhaustif :

- les secteurs de psychiatrie,
- l'organisation des secours SAMU, SMUR,
- les transports sanitaires,

Ces découpages vont se « télescoper » avec :

- L'organisation administrative du département qui est composé d'arrondissements,

- Sur le plan politique, les pays pour certains encore en cours de discussion peuvent être cohérents avec des arrondissements ou en déborder partiellement, les communautés de communes, les communautés d'agglomération.

A noter que les préfets mènent actuellement une réflexion avec les élus sur un redécoupage de l'intercommunalité dont seule l'avenir nous précisera l'ambition.

Si un territoire de santé est une zone d'organisation fonctionnelle de l'offre de soins (circulaire du 5 mars 2004 relative au SROS 3) il convient de rappeler que dans notre démarche visant à définir des territoires

infra-départementaux, le pragmatisme doit l'emporter de manière à ne pas rajouter aux découpages existants mais bien davantage de venir s'y appuyer. Il ressort qu'il existe un niveau d'organisation horizontale avec des territoires spécifiques par type d'activité.

Pour cela, l'organisation territoriale doit finalement s'articuler harmonieusement tant avec les acteurs qu'avec les projets existants ou à susciter. S'agissant des soins, l'organisation verticale est déjà bien structurée avec des territoires qui peuvent être différents en fonction de l'activité. Les travaux menés lors des SROS des générations 1 à 3 ont permis de structurer l'ensemble du territoire national.

L'organisation verticale rend compte de la graduation des soins depuis la proximité jusqu'au niveau interrégional (la greffe, les grands brûlés, la neurochirurgie..)

Pour autant, cette démarche (territoire de proximité, intermédiaire, de recours, régional et interrégional) présente l'inconvénient majeur d'être hospitalo-centrée et doit à l'aune des agences régionales de santé s'enrichir d'une nouvelle acception qui est celle d'une offre de soins au sens de l'OMS recouvrant l'ensemble des champs d'action des agences.

Afin d'inscrire l'action transversale de l'ARS, le territoire sur lequel il convient de travailler est celui qui est à la fois un outil de concertation et un lieu de projet. C'est alors cette dimension qui permettra de répondre aux besoins de la population dans un souci de faire le lien entre la prévention et la promotion de la santé jusqu'à la prise en charge et l'accompagnement médicosocial en passant par l'offre de soins certes hospitalières mais également ambulatoire.

*“ Elle ne se réduit pas à la déconcentration mais doit faire intervenir les acteurs locaux dont les collectivités. Elle doit aboutir à une meilleure appropriation des politiques publiques par les personnes concernées au niveau local (décideurs locaux, usagers...), grâce à une meilleure information et à la prise en compte de leurs besoins. ”*



Cette synthèse doit ainsi intégrer les réseaux existants tels en Indre-et-Loire les 21 coordinations gérontologiques qui couvrent le département et ont pour vocation d'assurer une coordination en matière d'accompagnement social des personnes âgées venant compléter ou supplanter en partie le dispositif des CLIC (comité local d'information et de coordination).

A ce jour, nous avons identifié deux territoires constitués présentant des indicateurs défavorables et nous encourageant à y prioriser nos travaux en matière d'élaboration des contrats locaux de santé, il s'agit du pays Touraine Coté Sud et de l'arrondissement de Chinon. Il convient de prioriser les travaux de l'ARS au regard de l'importance de la charge de travail et de la nécessaire concertation à mener sur les modalités d'association des acteurs.

## Les outils de l'animation territoriale

### L'organisation de la Délégation territoriale et du territoire de santé.

La délégation d'Indre-et-Loire est organisée en miroir de l'organigramme de l'ARS siège avec un pôle Offre de soins et médicosocial et un pôle Santé publique et environnementale ainsi qu'une cellule support.

En lien avec les travaux menés par la conférence de territoire, j'ai fait le choix de positionner les inspecteurs de l'action sanitaire et sociale en leur confiant non seulement une responsabilité thématique (les attributions classiques d'un IASS dans une DTARS) mais également un territoire infra départemental.

- Le Lochois correspond au Pays "Touraine Coté Sud"
- Le "Chinonais" correspond à l'arrondissement de Chinon.

Sont encore en cours de réflexion pour la définition d'un territoire de santé infra départemental pertinent, l'agglomération tourangelle et le nord du département .

Les 5 inspecteurs sont donc positionnés sur les territoires du département et sont chargés de mener les travaux sur le territoire en lien avec les groupes de travail mis en place par les pilotes issus de la conférence de territoire.

### Les référents territoriaux

Afin de monter en compétence sur l'animation territoriale, j'ai pris soin de définir avec mon équipe les notions de référents thématiques (déjà existants au sein de la DT) et les référents territoriaux en esquissant ainsi une fiche de poste sous la forme d'une feuille de route accompagnant les travaux des groupes de travail thématiques issus de la première conférence de territoire de décembre 2010. Pour information, les groupes de travail qui se sont réunis en janvier 2011 ont porté sur les thèmes issus de la conférence de territoire d'Indre-et-Loire :

- Maladies chroniques
- Personnes Agées et urgences
- Personnes Agées et psychiatrie
- Maintien à domicile
- Soins primaires
- Addiction et santé Mentale
- Soins primaires et Permanence des soins

L'ensemble des travaux ont été territorialisés c'est-à-dire qu'ils se sont tenus sur un territoire voire deux territoires différents en associant les partenaires et les acteurs locaux de ces territoires.

### LE REFERENT THÉMATIQUE.

Classiquement il s'agit des personnes en charge des différentes unités du pôle OSMS (Offre de soins et médicosocial) : le référent de la permanence des soins et des professions de santé, le référent de la politique des personnes âgées, le référent des établissements de santé, le référent de la politique des personnes handicapées, le référent de la politique de prévention et de promotion de la santé.

S'agissant de la prévention et de la promotion de la santé, cette mission relève du pôle Santé publique et environnementale. Dans la pratique, des absences de référents sur cette thématique n'a pas permis de confier un territoire à un cadre de SPE Santé Publique et Environnementale. Pour autant, la question reste ouverte de confier à un autre professionnel qu'un IASS l'animation d'un territoire au regard des compétences attendues.

Pour autant, le référent thématique est pluriel et il peut être certes au sein de la délégation territoriale et du siège de l'ARS voire dans une autre DT mais également parmi nos partenaires habituelles.

### LE REFERENT TERRITORIAL.

Le référent territorial exerce une activité de veille des territoires et de conseils destinés aux acteurs locaux et aux décideurs de l'agence régionale de santé. Il fait valoir la valeur ajoutée du rôle de l'ARS et son activité est mobilisée selon un plan de travail pré défini ou rattaché à des priorités de l'action de l'ARS. L'activité du référent territorial se caractérise par des préconisations opérationnelles et la formulation d'avis dans le souci d'une vision systémique intégrant toutes les dimensions d'un dossier et en ayant comme fil rouge le parcours de soin et d'accompagnement ainsi que la position de l'usager du système de santé.

Dès décembre 2010, chaque inspecteur et l'inspecteur principal responsable du pôle OSMS sont destinataires d'une feuille de route explicitant le rôle de chacun et esquissant ainsi une fiche de poste du cadre en charge de l'animation territoriale sur un territoire donné.

L'actualité a plaidé pour une priorisation dans le CPOM de l'ARS notamment du territoire de Touraine Coté Sud, au regard des indicateurs défavorables dans l'étude de l'ORS et du caractère constitué de ce territoire.

En effet, il convient de souligner que pour s'inscrire dans l'animation d'un territoire dans le domaine de la santé et dans un contexte de budgets contraints, il faut un projet (réduction des inégalités, meilleure organisation de la permanence des soins en lien avec le départ des médecins généralistes en retraite par exemple) et des acteurs locaux pour le porter.

Cette conjonction d'acteurs et de projets nécessitent un appui, une méthodologie, une capacité de négociation de la part de l'ARS dont la mission consiste à faire faire non plus dans un cadre de légitime contrainte régalienne mais davantage dans une nouvelle disposition en étant un acteur comme un autre, partie prenante au contrat (contrat local de santé, programme territorial) apportant son expertise et son ingénierie.

### Le lutin territorial : un outil

Afin de capitaliser au sein de la délégation territoriale la connaissance d'un territoire de proximité infra-départemental, nous avons eu le souci de nous doter d'un outil de connaissance partagée du territoire.

**ACTIVITÉS PRINCIPALES DU RÉFÉRENT TERRITORIAL**

- Assurer une fonction de veille, d'observation, de documentation et de diagnostic, de mise à jour et de complétude du diagnostic de l'offre.
- Etablir une cartographie des partenaires du territoire en précisant quels sont les acteurs, ce qu'ils font pour quel public avec qui, et sur quel territoire, leurs points forts et leurs points faibles...
- Recenser les actions menées et les besoins exprimés
- Alerter et informer les acteurs locaux sur la cohérence globale de leurs projets ou de leurs interventions en reliant les initiatives partielles à un projet d'ensemble en matière de santé publique, d'offre de soins et de prise en charge médico-sociale.
- Faciliter les interfaces entre les acteurs sur des questions relevant de la compétence de l'agence (ambulatoire, offre de soins prise en charge médico-sociale, prévention et santé publique) et en suscitant des partenariats formalisés
- Il est le garant des synergies et des transversalités sur le territoire, il fait émerger les projets du territoire et il propose à la déléguée territoriale les priorités du territoire.
- Il exprime un point de vue clair permettant des choix et des arbitrages éclairés entre plusieurs stratégies, il développe une pratique continue de terrain et facilite les coopérations, les échanges, les synergies.

Il s'agit pour l'inspecteur en charge du territoire de Chinon et référent de la politique médico-social pour les personnes âgées d'élaborer en lien avec les agents de son unité l'inventaire exhaustif de l'offre existant sur le territoire.

La trame retenue et validée par mes soins a permis de disposer de la cartographie des offreurs de santé du territoire sans rien omettre de la diversité des prises en charges et de l'accompagnement.

Ce lutin relais s'articule avec un dispositif de cartes permettant de localiser l'offre sur ce territoire et de superposer via des cartes imprimées sur des transparents les différents offreurs ou les données sociodémographiques.

Il est ainsi possible :

- de superposer les cantons du Chinonais ayant le taux de personnes âgées de plus de 75 ans et l'implantation des EHPAD et des EHPA pour apprécier la pertinence de la couverture territoriale
- de rapprocher cette population des plus de 75 ans et l'implantation des médecins généralistes ainsi que les secteurs de garde dans le cadre de la permanence des soins.

Cette cartographie des partenaires et des offreurs de soins doit permettre dans un premier temps en interne à la délégation territoriale à l'ensemble des agents de s'approprier ces informations et se compléter les uns les autres sur la connaissance détenues sur ces informations.

Ces travaux se sont déroulés en Indre-et-Loire à l'occasion de deux demi-journées de travail 11 avril et 23 mai 2011 permettant un échange large sur la plus value de ce type d'outil. La séance du 23 mai a été l'occasion d'associer à nos travaux le référent thématique en charge des inégalités de santé. Cette présentation réciproque, sachant que l'égalité d'accès aux soins est une des priorités stratégiques de l'ARS du Centre

a ainsi permis de rendre compte d'une particularité du territoire du Chinonais qui est la composition de sa population dont plus de 63 % est composé d'employés et d'ouvriers ce qui est un taux supérieur à la moyenne départementale, régionale et nationale. Ce qui au regard des déterminants de santé en fait également un territoire fragile car les statistiques démontrent que ces populations sont défavorisées au regard de l'accès aux soins et des indicateurs de morbidité et de mortalité évitable.

Il est important d'associer sans délai les agents de catégorie B et C des unités des délégations territoriales vers cette nouvelle fonction de l'animation territoriale. Les réunions menées dans la délégation ont montré l'intérêt des collaborateurs sur ces nouvelles missions.

**Les réunions de concertation sur les territoires**

Le lutin doit être, au-delà de son aspect quantitatif, un outil de concertation avec les partenaires du territoire. Les réunions programmées sur les territoires ont permis de partager cette vision de l'offre, de la compléter mais également de l'enrichir d'un point de vue qualitatif et de s'attacher à définir ensemble des thèmes en lien avec les points faibles recensés sur un territoire.

Il importe de capitaliser les initiatives des partenaires qui lors de coordinations spontanées trouvent des solutions et ébauchent des parcours de soins ou d'accompagnement.

Il s'agira alors de se donner quelques axes de travail territorialisés en lien avec les axes du plan stratégique régional mais étroitement articulées avec la réalité des partenaires et des usagers d'un territoire.

Il conviendra de déterminer ensemble, en identifiant des pilotes parmi les partenaires, les travaux à mener et les concertations nécessaires.

Il peut, à titre d'exemple, s'agir d'une meilleure coordination entre les EHPAD et le service d'urgence du centre hospitalier du territoire en axant la réflexion sur les fiches de liaison, l'anticipation en journée des problèmes de santé de la PA ou encore des crises de la soirée, la définition des troubles du comportement chez la personne âgée qui relève du médecin gériatre et non du psychiatre.

En fonction des difficultés rencontrées par les partenaires des pistes concrètes seront retenues.

Ces constats seront également en mesure de nourrir la réflexion relative au contrat local de santé.

Sur ce point, les collectivités locales sont intéressées par la démarche et reconnaissent que leur propre programme territorial fait l'impasse sur la dimension santé alors même que cette problématique devient de plus en plus une demande récurrente des citoyens auprès de leurs élus.

C'est ainsi que des travaux sont déjà menés depuis 1 an sur le territoire du Lochois (pays de Touraine Coté Sud) sur la permanence des soins et la pérennité des gardes sur les secteurs de ce pays afin d'anticiper les départs en retraite (médecins généralistes âgés pour la plupart de plus de 58 ans) et les éventuels décrochages (raison médicale justifiant de ne pas faire partie du tour de garde sachant que le principe reste le volontariat) et d'envisager la mise en place d'une maison médicale de garde adossé à l'hôpital.

Ces groupes de travail territorialisés permettent au plus près des acteurs (médecins généralistes, SAMU, urgences, pharmaciens, et SOS Médecins pour l'agglomération tourangelle), de les écouter sur les difficultés qu'ils rencontrent au quotidien et d'explicitier de part et d'autre les contraintes qui pèsent sur chacun tout en travaillant sur un terrain d'entente.

## Les enjeux et les conditions de réussite de l'animation territoriale

Il convient tout d'abord d'écarter d'emblée la tentative départementaliste. Plaider pour l'animation territoriale n'est pas un exercice consistant à sauver le soldat DTARS.

Il peut être rapide d'assimiler animation territoriale et résurgence d'une nostalgie des structures départementales d'avant la réforme ARS. Ce n'est pas mon propos.

Il serait d'ailleurs simpliste de penser et d'envisager l'animation territoriale à partir du siège comme une pseudo-concertation, les acteurs et les partenaires de santé ne s'y tromperaient pas.

L'enjeu de l'animation territoriale est double :

- il s'agit de démontrer la plus-value des ARS dans ce qu'elle rassemble des compétences auparavant éclatées
- et il convient d'exercer ces compétences en introduisant la transversalité au-delà des discours et principes d'intention ou au seul moment de la réflexion relative au projet régional de santé.

Faire vivre cette transversalité ambitieuse de la prévention et de la promotion de la santé en passant par l'offre de soins en ambulatoire et en hospitalier jusqu'à l'accompagnement médico-social ne peut se concevoir que sur l'échelle d'un territoire cohérent d'acteurs et de projets.

Ce format n'empêche nullement, bien au contraire, une régionalisation de la politique publique de santé, j'évoquais plus haut que nous y étions déjà depuis les ARH, le PRIAC et le GRSP.

Un pilotage régional doit, pour être pertinent, développer en corollaire une véritable animation territoriale de cette politiques en tenant compte des particularités des territoires de santé et de ses territoires de proximité infra départementaux chaque fois que les projets et les acteurs sont présents et le légitiment.

Cette ingénierie de projet est d'autant plus nécessaire que nous devons faire dans un contexte budgétaire et financier contraint,

dans un paysage de démographie médicale et paramédicale très défavorable en région Centre, dans un paradoxe bien français ; plus nous avons d'offeurs et moins la coordination est efficiente.

Les schémas sectoriels de la prévention, de l'offre de soins et du médico-social sont en passe déjà de poser le même constat. Les moyens existent (même si sur certains territoires la ressource médicale est sinistrée), il faut optimiser les parcours sur un territoire pertinent.

La solution sera dans une articulation accrue des professionnels, ils en expriment la demande et considèrent que sur l'enfance handicapée par exemple, la délégation territoriale ARS et le Conseil général sont les autorités légitimes pour mener ces travaux.

“ *L'enjeu de l'animation territoriale est double :*  
*- il s'agit de démontrer la plus-value des ARS dans ce qu'elle rassemble des compétences auparavant éclatées*  
*- et il convient d'exercer ces compétences en introduisant la transversalité au-delà des discours et principes d'intention ou au seul moment de la réflexion relative au projet régional de santé.* ”

Pour s'inscrire dans cette logique d'animation des territoires infra-départementaux en plus de la conférence de santé dont la vocation est d'être l'outil de la démocratie sanitaire sur le territoire de santé, il convient de maintenir un effectif cible dans les délégations territoriales.

En Indre-et-Loire, 5 inspecteurs et un IPASS sur l'offre de soins et médico-social semble être le bon format pour mener à bien ces travaux d'animation territoriale. Aujourd'hui cette dotation reste théorique du fait de mutations successives 2 sur 6 et des absences pour formations statutaires de deux IASS.

La fonction de délégué territorial y trouvera sa noblesse dans la mesure où il a vocation à faire l'interface entre le pilotage régional des politiques publiques de santé et

l'animation territoriale. Est il utile de préciser que si être DT d'une ARS consiste à exécuter en département ce qui est conçu au siège (sic) cette simplicité si elle était opérante eut été adoptée de longue date bien avant la RGPP et les ARS.

La conception du plan stratégique et des priorités de l'ARS s'appuie largement sur la participation des cadres des DT et des délégués territoriaux. La réflexion ne peut que s'enrichir de la diversité des points de vue et de la pluridisciplinarité des acteurs de l'ARS.

Il est alors utile de ne pas renouveler les erreurs longtemps dénoncées dans ces colonnes d'une administration centrale éloignée des réalités du terrain et technocratique. Les agences régionales de santé doivent avoir plus d'ambition que la simple duplication dans les régions des administrations centrales cloisonnées.

Et encore faut-il que les compétences entre, par exemple entre les DDI et l'ARS sur le champ du handicap soit clarifiées rapidement. Sans cela nous ne pouvons pas être pertinents sur la planification et la programmation ni sur l'animation territoriale.

## Conclusion

L'animation territoriale sera ce que nous en ferons. Il nous appartient de l'écrire ensemble et aussi peut être de la co-construire avec les partenaires œuvrant au quotidien sur les territoires que sont les élus et l'ensemble des professionnels de la santé dans le respect des identités professionnelles de chacun et dans un élan créatif nécessaire aux enjeux qui sont les nôtres raréfaction des ressources professionnelles, limitation des moyens financiers mais également égalité d'accès aux soins en tous points des territoires.



# VII<sup>ème</sup> Journées Professionnelles de l'APIASS les 15 et 16 décembre 2011 à l'EHESP « IASS 2012 : prendre notre place dans la nouvelle gouvernance de l'Etat »

## Le programme

### Jeudi 15 décembre 2011

- **9 h 00** : Accueil dans le hall de l'Ecole
- **9 h 30** : Ouverture des Journées Karine Huet, présidente de l'APIASS, Henri Carbuccia et Jean-Michel Lamiaux, vices présidents de l'APIASS
- **10 h – 12 h 15** : Claude Volkmar, directeur général du CREAL Rhône-Alpes « Les incidences du nouveau management public sur les organisations administratives de l'Etat et sur les relations avec les partenaires du secteur sanitaire et social. »
- **12 h 15 – 12 h 45** : Echanges avec la salle
- **Après-midi** : « Les IASS dans les nouvelles organisations : état des lieux et perspectives. »
- **14 h 15 – 14 h 30** : Henri Carbuccia, vice président de l'APIASS. Présentation de la synthèse des consultations régionales : diagnostic et propositions d'améliorations.
- **14 h 30 – 14 h 45** : projection de l'interview filmée de Mme la secrétaire générale, Emmanuelle Wargon.
- **15 h – 16 h 30** : Table ronde autour du thème « Les IASS dans les nouvelles organisations : état des lieux et perspectives. »  
Mme Nicole KLEIN, Directrice Générale de l'ARS ACQUITAINE - Mme Michèle KIRRY, directrice des ressources Humaines du ministère des affaires sanitaires et sociales - Mme Nora KIHAL-FLEGEAU, Déléguée territoriale d'Indre et Loire - Mr Jacques CARTIAUX, directeur de la DRJSCS PACA - Monsieur Serge DAVIN, vice-président URIOPSS PACA - Mme Karine HUET, présidente de l'APIASS
- **16 h 30 – 17 h 15** : Echanges avec la salle
- **17 h 15 – 17 h 30** : Pause
- **17 h 30 – 19 h** : Assemblée générale de l'APIASS

### Vendredi 16 décembre 2011

- **9 h – 9 h 30** : Accueil dans le hall de l'école
- **9 h 30 – 9 h 45** : Présentation des ateliers
- **9 h 45 – 11 h 30** : Ateliers  
1<sup>er</sup> atelier : L'inspection / évaluation : une technicité à faire valoir  
2<sup>ème</sup> atelier : La fusion IASS-IJ, un nouveau corps pour un nouveau métier  
3<sup>ème</sup> atelier : L'animation territoriale et l'ingénierie sociale
- **11 h 30 – 12 h** : Préparation des restitutions
- **12 h – 13 h** : Restitutions des ateliers
- **13 h** : Clôture des journées

### Assemblée Générale du 15 décembre 2011 à l'EHESP

#### POUVOIR

Je soussigné :

adhérent à l'association le :

Grade :

Affectation :

#### DONNE POUVOIR à :

pour me représenter lors de l'assemblée générale  
du 15 décembre 2011



# Assemblée Générale du 8 avril 2011 à Paris

## Rapport Moral 2010

Chères et Chers collègues,

Tout d'abord, je vous souhaite la bienvenue pour cette Assemblée Générale 2010.

En novembre 2009, lors de la dernière Assemblée Générale, l'APIASS débattait de son avenir. Nous nous posions alors la question de savoir si, oui ou non, l'APIASS devait poursuivre son action.

Cette interrogation suivait le constat collectif des difficultés pour le corps des IASS à obtenir la reconnaissance d'un métier, notamment en l'absence d'un RIME et d'un statut.

Nous avons fait ensemble le choix de poursuivre.

Deux forces nous ont poussées :

Tout d'abord, le fait que nous soyons persévérants.

Ensuite, parce que l'APIASS a créé un outil précieux et fabuleux, **IASS** La Revue, qu'il nous faut renforcer et nous y reviendrons plus tard dans cette matinée avec Yvette SCHWEITZER.

Ainsi, mandat était donné au nouveau Conseil d'Administration et au bureau qui en a été issu de défendre le métier d'IASS en se rapprochant des syndicats à la veille de la mise en œuvre de la RGPP et de l'application de la loi HPST.

Durant l'année 2010, force est de constater qu'il a été bien difficile pour tous les IASS de nous retrouver dans les organisations nouvelles :ARS et direction de Cohésion sociale. Dans ce contexte, l'APIASS a tenté de réinjecter du sens à travers son action.

S'agissant de la revalorisation, nous avons organisé avec le SNIASS une manifestation en février 2010 devant Matignon, qui nous a permis de rencontrer le conseiller social du Premier ministre, Eric AUBRY.

Cet entretien, auquel participait un représentant de la fonction publique, a donné lieu à la reprise des négociations, alors bloquées, sur la revalorisation du statut.

L'APIASS a également obtenu d'être invitée par Madame Kirry - DRH - à participer au groupe de travail sur ce thème aux côtés des syndicats des affaires sanitaires et sociales, du SNIASS en particulier, et du syndicat Jeunesse et Sports.

A ce jour, ce travail est en stand by.

Nous avons également rencontré Monsieur Jean Marie BERTRAND, alors secrétaire général du ministère.

Nous y avons obtenu :

- que l'APIASS soit présente aux jurys de recrutement, de titularisation et de mémoire, ce qui nous permet d'être une force de proposition plus importante, notamment sur la formation des inspecteurs ;
- l'engagement d'un financement des Journées Professionnelles en 2011 ;
- enfin, nous y alertions déjà sur le positionnement des IASS dans les ARS et les DDI.

L'association a fait partie des partenaires consultés sur le projet de décret relatif à la nomination d'inspecteurs et contrôleurs. Nous avons notamment été suivis sur l'allongement, par rapport au premier projet, de la formation à 120 heures.

A partir de septembre, nous avons travaillé à reconstruire l'outil de communication, qu'est « l'Assoc en boîte », notre lettre électronique.

Comme le Secrétariat Général s'y était engagé et pour la première fois depuis plusieurs années, nous avons obtenu la liste des adresses électroniques de ce que nous pensions être l'ensemble des IASS.

Nous avons conscience de la nécessité d'exploiter au mieux le site internet de l'APIASS.

Actuellement, nous constatons un nombre de 1500 visites pour 1000 visiteurs. Ces derniers consultent notamment le forum avec certainement une déception à la clé et ce malgré l'investissement de notre webmaster que je salue ici, Jean Michel LAMIAUX.

A ce propos et de manière plus générale, je tiens à remercier l'équipe qui m'accompagne et notamment le bureau pour l'investissement important qu'il engage et qui a permis à l'association la poursuite de l'action. Bien entendu, l'année a été compliquée ; pour autant, nous avons continué et cette énergie nous a amenés jusqu'ici.

Nous nous engageons maintenant à poursuivre notre action pour une reconnaissance du métier d'IASS, tant nous sentons ce métier en danger quant au positionnement actuel des IASS dans les nouvelles organisations.

Et cela fera certainement partie des débats des futures Journées Professionnelles qui seront organisées les 15 et 16 décembre prochains à Rennes.

**Karine HUET, Présidente**

# Rapport d'Activité 2010

Cette année 2010 a été très difficile car il a fallu faire face à la mise en œuvre des nouveaux services, dans le contexte que l'on connaît. La perte brutale de repères, la désorganisation générale de services n'a pas permis de produire les revues dans les meilleures conditions.

Toutefois, au prix d'efforts personnels consentis par tous, les quatre numéros d' ont été menés à bien.


**Au nom des membres du comité de rédaction et du conseil d'administration, je remercie tous les collègues qui ont adressés des articles.**

## Les publications 2010

N°	Date de parution	Dossier trimestriel	Faisons connaissance
63	mars-10	Quelle place pour l'observation et la prospective en région ?	Entretien avec Monsieur Dominique Deroubaix Préfigurateur de la l'Agence Régionale de Santé de PACA
64	juin-10	La grippe : retours d'expérience	Entretien avec Nadège Verlaque - jeune IASS
65	oct-10	L'hébergement et l'accès au logement des personnes sans abris et mal logées	Entretien avec Sylvie Martres conseillère juriste à l'ADIL 31
66	déc 2010 mars 2011	Droits des femmes - Politique interministérielle : un réel intérêt pour les IASS	Entretien avec Maklouf RABHI Délégué régional aux droits de femmes des Hautes Alpes

## Le changement de prestataire

Lors de l'assemblée générale de 2009, suite à l'appel d'offre lancé en 2008, vous aviez acté le changement de prestataire qui a été effectif en janvier 2010.

La société BUCEREP est la seule habilitée à prospecter les insertions publicitaires qui paraissent dans , dont elle est l'éditeur et le régisseur exclusif.

**Dès le début de cette nouvelle collaboration, la société BUCEREP a proposé une nouvelle prestation à savoir, permettre aux lecteurs de feuilleter la revue sur le site de l'APIASS**

[www.apiass.org](http://www.apiass.org)

Le bilan financier de cette 1<sup>ère</sup> année est en demi-teinte. Pour les premiers numéros, la prospection publicitaire a permis le financement des revues alors que pour le n° 66, des difficultés ont été rencontrées, sans que

leurs causes aient pu être réellement objectivées.

Ce problème explique le retard de publication de ce numéro.

L'ensemble du conseil d'administration de l'APIASS se mobilise pour pérenniser le financement de la revue.

## Les projets d'évolution de « »

Depuis sa création, la revue constitue un point fort de l'association car elle permet la valorisation et les échanges des expériences professionnelles.

Elle s'articulait autour de 2 axes :

- le dossier régional
- et celui du trimestre.

En 2009, avec les projets de réformes, une 3<sup>ème</sup> rubrique « Faisons connaissance » a été créée.

Mais en 2010, au regard des difficultés rencontrées dans notre quotidien, le dossier régional a momentanément été mis de côté car il était délicat de solliciter nos collègues déjà fort occupés pour le soutenir.

**Pour 2011**, compte tenu des débats lors de l'assemblée générale,

- la rubrique « Faisons connaissance » sera conservée. Les nouveaux professionnels intégrant les nouveaux services ayant une autre culture que la nôtre devraient y trouver leur place,
- le dossier trimestriel devrait se structurer en articulant les facettes des nouveaux services : ARS, cohésion sociale, sans oublier nos collègues qui travaillent au sein de la Mission Nationale de Contrôle (MNC)

Car, quelque soit les organisations de services, les thèmes devraient être abordés de manière très transversales pour permettre à tous de s'exprimer.



**BULLETIN D'ADHESION  
ou de RENOUELEMENT (1)  
à l'ASSOCIATION des IASS  
pour l'année 2012**

ADRESSE où «I.A.S.S. La Revue» doit être adressée (2) :

.....  
.....

Chèque de **35 €** à établir à l'ordre de : **Madame la Trésorière de l'Association des I.A.S.S.**

et à adresser, accompagné du présent bulletin à :

**Association Professionnelle des IASS  
A l'attention de Stéphanie MACIOTTA  
1 rue Guglielmo Marconi 31 400 TOULOUSE**

(1) Barrer la mention inutile ;

(2) l'adhésion comptant en année civile, toutes les revues de l'année d'adhésion seront envoyées qu'elle que soit la date de réception du chèque.

NOM .....

PRENOM .....

Grade .....

Affectation .....

ADRESSE .....

.....



# Composition du Conseil d'Administration de l'APIASS 2011

<b>Karine HUET</b>	Présidente	ARS - DT Bouches du Rhône
<b>Henri CARBUCCIA</b>	Vice-Président	DDCS Gard
<b>Francis FEUVRIER</b>	Vice-Président	ADPEP 01
<b>Jean-Michel LAMIAUX</b>	Vice-Président	CNSA
<b>Nora KIHAL FLEGEAU</b>	Trésorier	ARS - DT Indre et Loir
<b>Stéphanie MACIOTTA</b>	Trésorier adjoint	DDCSPP Tarn
<b>Patricia GOUPIL</b>	Secrétaire	FGPEP
<b>Corinne SCANDURA</b>	Secrétaire	DRJSCS PACA
<b>Yvette SCHWEITZER</b>	Rédactrice en chef	ARS Midi Pyrénées
<b>Yvette RAYSSIGUIER</b>	Rédactrice adjoint	EHESP
<b>Cécile RUSSIER</b>	Chargée de communication	MRC Rhones Alpes
<b>Marie-Dominique THIEBAULT-ROUSSON</b>	Chargée de communication	DDCSPP DOUBS
<b>Hélène ANCESSI</b>		ARS - DT Aveyron
<b>Chantal BERHAULT</b>		ARS Languedoc Roussillon
<b>Salem BELKESSAM</b>		DDCS Seine Saint Denis
<b>Aurélia DUBUISSON</b>		ARS - DT Seine Saint Denis
<b>Marie-Odile GAYOL</b>		ARS - DT Indre et Loir
<b>Pascale GUYOT DE SALINS</b>		ARS - DT Ain
<b>Bernard LEREMBOURE</b>		ARS - DT Pyrénées Atlantiques
<b>Géraldine MASSONNAT</b>		ARS Rhones Alpes
<b>Jacqueline NEVEUX</b>		ARS Océan indien
<b>Alexis REYNES</b>		ARS - DT Tarn
<b>Nadège VERLAQUE</b>		ARS - DT Dordogne

« Le conseil d'administration remercie pour leur engagement et leur participation aux travaux de l'association »

Agnès MARIE-ÉGYPTIENNE, Nicolas DROUART

Agnès GERBAUD, Géraldine MAYET-NOEL

Bertrand LEROY, Marie NORMAND, Valérie FRIOT,  
Sébastien VIVES-TORRENS

souhaite la bienvenue à

Hélène ANCESSI

Salem BELKESSAM

Aurélia DUBUISSON

Marie-Odile GAYOL

Géraldine MASSONNAT

Jacqueline NEVEUX

Alexis REYNES

Corinne SCANDURA

Nadège VERLAQUE



# Animation territoriale : une place à trouver pour les délégations territoriales

*Si les contours de ce qu'est l'animation territoriale restent encore à définir et à stabiliser, sur le terrain se dessinent déjà des pistes d'actions concrètes.*

*Ainsi, des missions nouvelles ont été confiées à la délégation territoriale de l'Aveyron et notamment celle de conduire un chantier pilote dont le thème est l'amélioration de la performance des établissements de santé par l'optimisation des relations Ville-Hôpital.*

Dans ses principes, la loi Hôpital Patient Santé Territoire entend favoriser les relations entre la médecine de ville et la médecine hospitalière. Ainsi, après des décennies où la politique de santé a été hospitalo – centrée, aujourd'hui l'hôpital est invité à s'ouvrir vers l'extérieur. L'article L 6111-1 du Code de Santé Publique précise que « Les établissements de santé publics, privés et privés d'intérêts collectifs... participent à la coordination des soins en relation avec les membres des professions de santé exerçant en pratique de ville et les établissements et services médico – sociaux, dans le cadre défini par l'Agence Régionale de Santé ».

Ainsi donc il ne devrait plus y avoir d'un côté les médecins en blouse blanche et de l'autre les médecins exerçant en cabinet libéral. Mais dans la réalité sont-ils tant en opposition que cela ? Le tableau n'est peut-être pas si noir et sur le terrain, les professionnels se connaissent et ne sont pas foncièrement opposés à se coordonner.

Face aux problèmes de démographie qui se posent, quelle que soit la spécialité, il est nécessaire de s'organiser. Le temps où le médecin généraliste travaillait seul, sans interruption est révolu. Les jeunes professionnels veulent exercer dans des structures de type MSP et souhaitent préserver leur qualité de vie,... d'ailleurs les récentes statistiques mettent en évidence que seuls 10% des médecins généralistes formés s'installent en libéral. Cette situation est d'autant plus inquiétante que certains territoires risquent de ne plus compter de médecins dans les prochaines années.

L'Etat doit donc proposer des solutions afin d'attirer des médecins notamment dans les territoires ruraux mais également dans certaines zones urbaines. En cas d'échec, la spirale infernale et les dommages collatéraux vont s'enchaîner : moins de médecins voire pas de médecins, peut signifier la désertion des autres professionnels de santé (pharmacien, IDE, kiné...).

Ainsi, un hôpital de proximité outre ses difficultés à attirer des praticiens dans des territoires ruraux ou difficiles d'accès, ne peut exister que s'il est entouré de professionnels en ville. Afin de conforter l'attractivité des établissements de proximité qui ont souvent des taux de fuite importants, la coopération entre la ville et l'hôpital peut être envisagée comme un levier.

Des expérimentations ont déjà eu lieu dans certaines régions souvent sous l'impulsion d'un hôpital ou des Unions Régionales des Médecins Libéraux. Ces tentatives de collaborations entre la ville et l'hôpital ont permis de mettre en place dans certaines communes des actions concrètes comme par exemple l'envoi avant la sortie du patient de son ordonnance par fax au pharmacien désigné par le patient. Cette anticipation de la sortie du patient lui facilite la vie car il n'a plus qu'à récupérer ses médicaments à la pharmacie.

Le cloisonnement que l'on avance souvent entre médecine de ville et médecine hospitalière, peut s'estomper car les liens sont possibles et les acteurs en sont demandeurs.

C'est dans cette perspective que, dans le cadre de l'élaboration du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens, l'ARS Midi Pyrénées veut assurer un rééquilibrage de l'offre de soins vers les départements périphériques de la région. A cette fin, la délégation territoriale de l'Aveyron s'est vue confier un chantier pilote « Relation Ville-Hôpital » visant à revaloriser le recours à l'offre hospitalière locale par un travail sur l'articulation entre la médecine de ville et les hôpitaux.

Le département de l'Aveyron a été choisi car depuis plusieurs années, est observé le taux de fuite d'environ 30%, de patients aveyronnais vers d'autres territoires alors que l'offre de soin hospitalière permet de répondre en partie aux besoins.

Parmi les solutions envisagées pour réduire ces fuites, l'axe choisi est celui de l'amélioration des relations entre médecine libérale et hospitalière. Les deux bassins de santé sélectionnés sont ceux de Saint Affrique et de Millau, de part leur situation géographique éloignée des plateaux techniques spécialisés. Afin d'avoir une vision globale des pratiques de l'ensemble des établissements, les autres Centres Hospitaliers du département ont également été sollicités au cours de ce travail.

Cette étude s'est déroulée de décembre 2010 à juillet 2011 sur la base d'un cahier des charges élaboré par l'équipe pluridisciplinaire de la délégation territoriale et de la Direction Générale de l'ARS découpé en 6 étapes.

**Etape 1 : Description des prises en charge des 2 établissements et leurs modalités de recours** - description des plateaux techniques et de l'offre de soins sur les 2 bassins de santé avec analyse fine des taux de fuites en distinguant les taux de fuites évitables des taux de fuites non évitables.

**Etape 2 : Mise en place des instances de concertation** - Rencontre avec les élus, mise en place d'un comité de pilotage, rencontre avec les directions des établissements de santé et ensuite avec les professionnels de santé des secteurs ambulatoire et hospitalier dans chaque bassin, restitution des résultats de l'étude sur les taux de fuite et l'offre de soins des deux Centres Hospitaliers.

**Etape 3 : Elaboration et diffusion d'un questionnaire unique à destination des professionnels et des usagers**

**Etape 4 : Analyse des réponses et recherche de consensus par groupe de référence**

**Etape 5 : Recherche des consensus par bassin de santé** avec animation de réunions de synthèse pour la restitution des résultats de l'enquête et propositions sur les deux bassins de santé.



*Pertinence, Efficience, Efficacité, Attractivité, Performance,  
Qualité et Sécurité, Place centrale de l'utilisateur...*  
Comment allier toutes ces exigences ?

En relais des politiques de santé territorialisées, CRP Consulting accompagne les projets et conduites de changement pour améliorer la pertinence de l'offre sanitaire et médicosociale, le maillage et l'efficacité des organisations, l'attractivité auprès des professionnels de santé.

*Une philosophie, Une expérience terrain, Une équipe pluridisciplinaire de consultants et professionnels du secteur  
Au service de vos projets...*



- Animation des coopérations territoriales
- Accompagnement de regroupement d'établissements
- Audits d'organisation
- Projets territorialisés de gestion des compétences et des emplois
- Élaboration de projets de maisons de santé pluriprofessionnelles

CRP consulting Département Santé Social - [www.crpconsulting.net](http://www.crpconsulting.net) - [n.mothay@crpconsulting.net](mailto:n.mothay@crpconsulting.net)  
17, avenue Saint Martin de Boville - 31130 Balma. Tél : 05 61 24 61 61 - Fax : 05 61 24 90 60



**Fontdivina**

résidence médicalisée

Résidence Médicalisée FONTDIVINA  
Chemin Romain - 06240 BEAUSOLEIL

Tél : (+33) 04 97 17 75 00  
Fax : (+33) 04 97 17 75 08

E-mail : [direction2@fontdivina.fr](mailto:direction2@fontdivina.fr)

[www.fontdivina.fr](http://www.fontdivina.fr)

Centre de Réadaptation Fonctionnelle

**Korian**  
Le Mont Veyrier

**Le Centre de Réadaptation Fonctionnelle Korian- Le Mont Veyrier, dispose de :**

- 60 lits et 20 places pour la réadaptation neurologie, orthopédique et traumatologie

**L'établissement est équipé d'un plateau technique neuf et performant composé :**

- D'une balnéothérapie
- De 5 salles d'ergothérapie dont une cuisine thérapeutique et un atelier bois
- De 4 salles de kinésithérapie dont une salle de physiothérapie et une salle de posturologie
- Deux salles d'Activités Physiques Adaptées avec matériel de renforcement musculaire analytique et modules d'association, matériel de renforcement à l'effort

**Notre équipe pluridisciplinaire est composée de :**

- Médecins, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, neuropsychologues, psychologue, orthophoniste, diététicienne, assistante sociale, infirmières, aide-soignantes, professeurs d'APA.

**KORIAN**  
LE MONT VEYRIER

475 route des Menthonnex - 74 370 Argonay  
Téléphone : 04 50 19 18 22 - Fax : 04 50 19 18 25



**Etape 6 : Rédaction des recommandations de bonnes pratiques et rencontre avec les CH** - Une contribution écrite a été demandée à chacun des ces établissements.

**Etape 7 : Restitution des résultats de la démarche et présentation du guide aux acteurs à l'automne**

Au cours de cette étude, chaque acteur de santé (médecins généralistes et praticiens hospitaliers, pharmaciens, kinésithérapeutes, infirmières, établissements médico-sociaux et également aux usagers des 2 bassins concernés) a été interrogé à l'aide de questionnaires construits avec des effets miroirs afin d'être en mesure de confronter les points de vue des uns et des autres.

Cette démarche a suscité un réel intérêt et le taux de retour des questionnaires a été élevé.

	Questionnaires envoyés	Nb réponses	Non précisé	%
Médecins libéraux	69	36	2	52%
Pharmaciens	27	20	3	74%
Kinésithérapeutes	49	16	1	34%
Infirmiers	97	36	1	37%
EHPAD	20	13	2	65%
PH	78	36	2	46%
<b>Total</b>	<b>340</b>	<b>157</b>	<b>6</b>	<b>44%</b>

Concernant les usagers, sur 1700 questionnaires, le taux de retour a été de 8 %.

## Les constats

De l'exploitation des questionnaires, quatre grandes tendances se sont dessinées, à savoir :

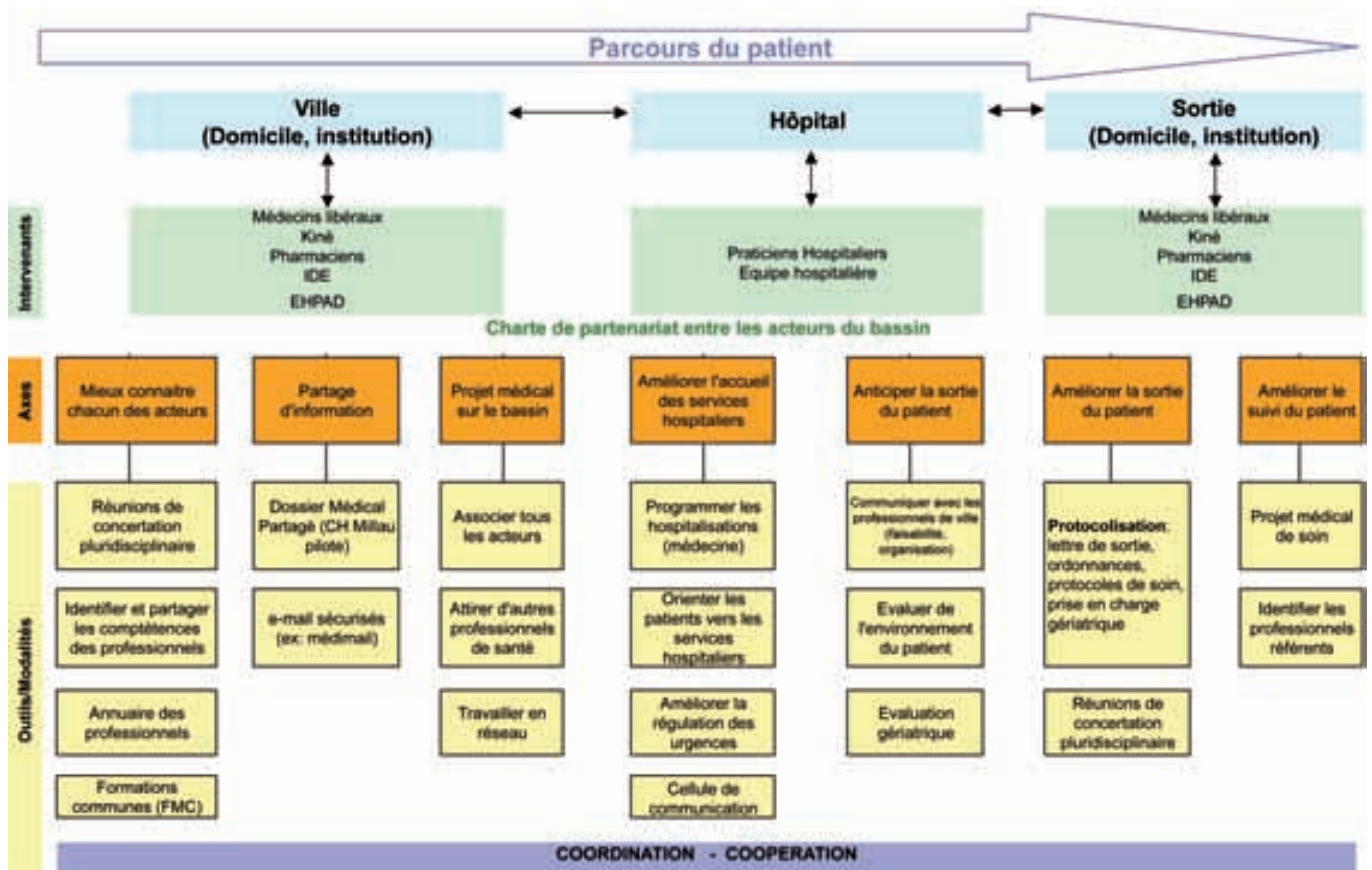
- Un cloisonnement des acteurs de santé entre l'ambulatoire et l'hospitalier
- Un défaut de coordination dans le parcours de soins
- Des problèmes de communication entre professionnels
- L'absence d'outils communs

Afin d'avancer dans cette démarche, et de dégager des pistes d'amélioration, le parcours de soin a été découpé en 3 phases :

### 1/ En amont de l'hospitalisation (institution – domicile)

Deux évidences sont ressorties des réponses

- La nécessité d'améliorer la communication et l'information entre les professionnels de santé. Le projet de **création d'outils de communication et d'espaces de concertation** (Réunions de concertation pluridisciplinaire, annuaire des professionnels, formations communes) vont se mettre en place.
- Le **partage de l'information entre les acteurs** (Dossier médical partagé et E-Mail sécurisés (médimail))



## 2/ Lors de l'hospitalisation

**Améliorer l'organisation hospitalière** et notamment l'accueil des services hospitaliers avec la programmations des hospitalisations (en médecine), la mise en œuvre d'une cellule communication et améliorer la régulation des urgences par accès direct vers la régulation libérale.

**Anticiper la sortie du patient** avec des évaluations gériatriques, formalisant les liens avec les professionnels ambulatoires: fax ordonnance aux pharmaciens, cabinet libéral...et évaluation de l'environnement du patient

## 3/ En aval de l'hospitalisation (institution – Domicile)

**Renforcer la continuité des soins** en améliorant la sortie de l'hôpital du patient (protocoller les courriers de sortie, les ordonnances...) et en organisant des réunions de concertations pluridisciplinaires (avis du médecin généraliste...)

**Améliorer le suivi du patient** (Projet médical de soin et identification les professionnels référents autour du patient)

La feuille de route validée par la direction générale de l'ARS a été mise en œuvre par l'équipe de la délégation territoriale. Le calendrier contraint a impliqué une forte dynamique. Cette démarche participative et exigeante (respect des délais, exploitation des questionnaires, recherche de l'adhésion avec relance téléphonique) a suscité une adhésion inégale de la part des professionnels..

Toutefois, les réunions de restitutions des résultats auprès des professionnels ont permis des échanges entre chaque acteur et de dégager des consensus mettant en avant des initiatives qui devraient permettre :

- d'améliorer non seulement la prise en charge des patients mais aussi de faciliter les pratiques entre professionnels de santé,
- de formaliser les conditions de création d'un réseau ville hôpital sur les deux bassins en sollicitant l'ensemble des acteurs concernés.

Cette action devrait également contribuer à rendre les établissements de proximité plus attractifs.

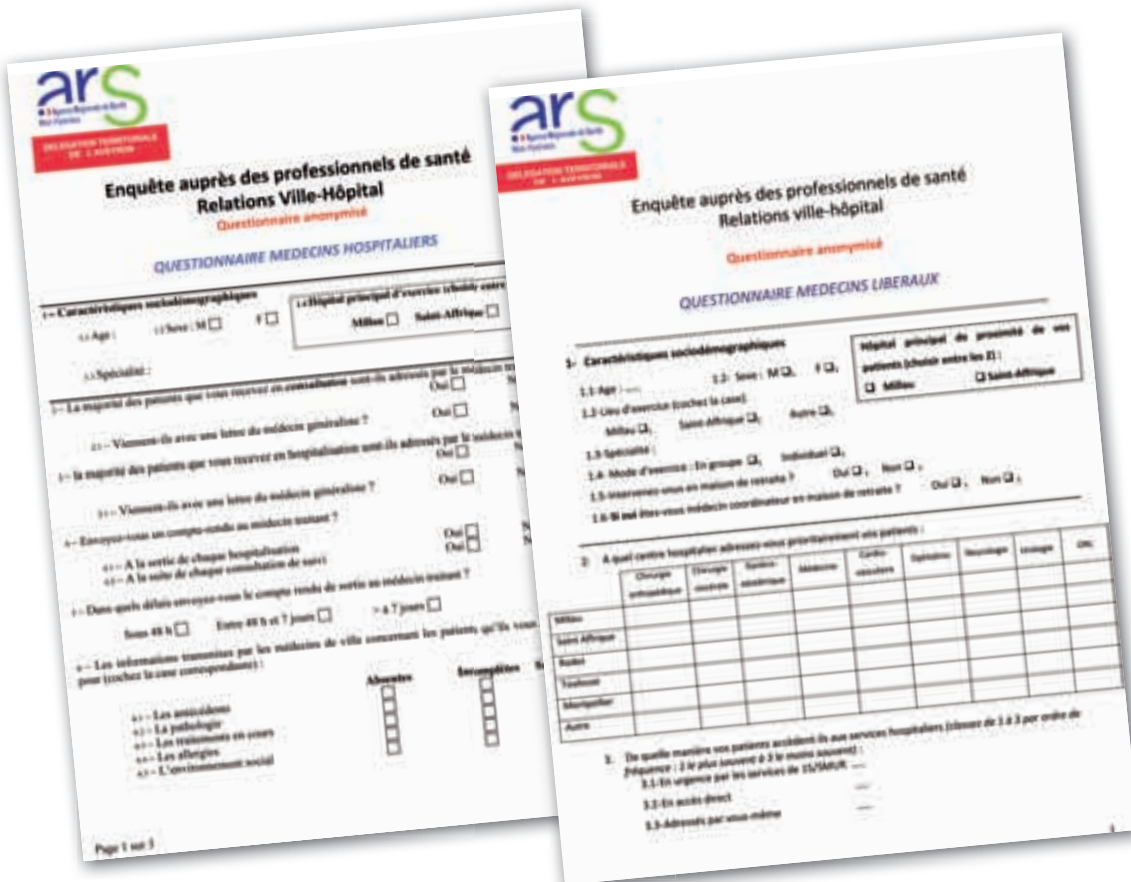
A l'issue de ce travail, la délégation territoriale rédige la boîte à outil qui pourra être diffusée à l'ensemble des professionnels de la région indiquant les finalités et les objectifs à atteindre, proposant les moyens pour y parvenir mais qui supposera une appropriation.

## Conclusion

Pour conclure, de mon point de vue, bien que le comité de pilotage réunisse l'ensemble des acteurs du bassin tant hospitaliers qu'ambulatoires, il me semble que la délégation territoriale aura un rôle déterminant d'aiguillon pour assoir une gouvernance par bassin de santé. Ce sera bien elle qui assurera le suivi du respect des objectifs et réalisera l'évaluation annuelle (mesure de l'impact, définition d'un tableau de bord)

Il ressort de cette expérimentation que la Délégation territoriale a un véritable rôle de pivot mais également les IASS dans l'animation des bassins de santé.

**Hélène ANCESSI,**  
ARS Midi Pyrénées  
Délégation Territoriale  
de l'Aveyron





## Entretien avec Nicole Klein,

Directrice Générale de l'ARS d'Aquitaine

### Un an après la mise en œuvre des services

#### Présentation du parcours professionnel de Mme Klein

A ma sortie de l'Ecole Nationale d'Administration en 1987, j'ai choisi le corps préfectoral où j'ai exercé tous les métiers (directrice de cabinet, sous-préfète, secrétaire générale) avant d'être préfète à l'égalité des chances à Lille puis préfète des Hautes-Alpes. J'ai également été directrice au ministère de l'équipement, où je me suis occupée de logement et d'environnement.

Je connaissais donc bien les directions départementales des affaires sanitaires et sociales et un certain nombre de problématiques qu'elles traitaient et qui sont aujourd'hui pris en charge par les ARS tels que le médico-social, les questions de santé-environnement, la veille et la sécurité sanitaires et les astreintes, les hospitalisations d'office...

**IASS La Revue** : Organisation et effectifs : Comment avez-vous conçu la nouvelle organisation de l'ARS ?

■ **Nicole KLEIN** : J'ai choisi d'organiser l'ARS Aquitaine autour de deux directions métiers, offre de soins et santé publique et offre médico-sociale, et deux directions supports, l'une pour les ressources humaines, l'autre pour les affaires financières.

Enfin, j'ai choisi de conserver des délégations territoriales de plein exercice dans chacun des départements d'Aquitaine, avec à leur tête des inspecteurs principaux de l'action sanitaire et sociale et un MISP ayant auparavant exercé des fonctions de DDASS.

**IASS La Revue** : Au regard des missions assurées par l'ARH – DRASS- DDASS- URCAM - CRAM... : quelle est la représentation des effectifs DRASS et autres corps / profession ?

■ **Nicole KLEIN** : 474 personnes travaillent à l'ARS Aquitaine. Sur cet effectif, 86 % sont des fonctionnaires (personnel de la DRASS ou des DDASS) ou des contractuels de droit public, les 14 % restant étant des agents de l'assurance maladie. Différents profils ont été recrutés pour constituer les équipes de l'agence : médecins, chargé de communication, analystes financiers, gestionnaire d'immeuble, responsable de la commande publique, responsable ressources humaines, chargé de mission promotion et prévention de la santé, chargé de mission offre de soins de premiers recours, etc. Les cadres représentent près de la moitié des effectifs (44 %).

En matière de politique de recrutement de l'agence, je souhaite que cet équilibre soit conservé. C'est une richesse d'avoir du personnel de différents horizons.

**IASS La Revue** : Avez-vous inscrit ce(s) nouveau(x) service(s) dans la continuité des services précédents ou y a-t-il rupture plus radicale ? Si oui, pourquoi et comment ?

■ **Nicole KLEIN** : Pour moi, il y a à la fois continuité et rupture, ce qui peut être compliqué pour les agents. Ainsi, dans les délégations territoriales, peut-on avoir l'impression que rien n'a changé, d'autant plus que tout le personnel venu de l'assurance maladie est à Bordeaux, alors qu'il est indispensable de bien articuler le siège et la délégation territoriale. L'équité territoriale est l'un des objectifs des ARS.

**IASS La Revue** : Animation territoriale : quelle organisation, quelles missions, quelles relations avec les acteurs locaux que sont les préfets, présidents de conseil généraux...

■ **Nicole KLEIN** : J'ai signé sans difficulté un protocole avec chacun des préfets dont je comprends les contraintes.

Les relations avec nos partenaires sont très bonnes au niveau régional comme au niveau départemental.

Quant aux présidents de conseils généraux, l'obligation qui nous est faite de travailler ensemble sur des schémas rend les relations à la fois courtoises et fécondes.

**IASS La Revue** : Quelle marge de manœuvre pour les DT et leurs équipes ?

■ **Nicole KLEIN** : La marge de manœuvre est moins grande que du temps des DDASS, mais elle est réelle. Un comité de direction, qui se réunit tous les quinze jours, discute de tous les sujets sur lesquels les positions doivent être harmonisées et définit des positions régionales.



**IASS** La Revue : Quelles limites ?  
Quelles perspectives ?

■ **Nicole KLEIN** : Les limites sont évidemment comme toujours financières, mais les perspectives immenses, puisqu'il s'agit maintenant de travailler sur un parcours de santé et même un parcours de vie.

La transversalité est le plus grand défi auquel sont confrontées les ARS, puisqu'il faut apprendre à faire mieux travailler ensemble le sanitaire et le médico-social, sans oublier le social qui est maintenant du côté de la direction régionale de la jeunesse et des sports et de la cohésion sociale et des directions départementales. Sur le terrain, directeurs des délégations territoriales et directeurs départementaux, souvent anciens collègues, se réunissent. Une réunion est prévue au niveau régional à la mi-juillet.

**IASS** La Revue : Les IASS constituent vos équipes. Ils sont très attachés au lien entre le sanitaire et le social. Comment assurez-vous ce lien entre ARS, échelons territoriaux et directions régionales et départementales de la cohésion sociale et de la population ?

■ **Nicole KLEIN** : J'y suis également très attachée.

**IASS** La Revue : Rapprochement et mixité des cultures professionnelles

Est-ce que vous avez mis en place des « actions » spécifiques afin de favoriser les rapprochements de personnels venant d'horizons différents ?

■ **Nicole KLEIN** : J'ai organisé un séminaire des cadres et un séminaire de tous les personnels, ainsi que des petits déjeuners mensuels sur différents thèmes. L'intranet est également un lieu d'information et d'échanges.

Plus les gens se rencontrent et travaillent ensemble, mieux le mélange de culture se fait autour du sens du service public, qui est une valeur partagée.

**IASS** La Revue : Après un an de reconfiguration des services (ARS, DRJSCS, DDSCS, MNC...) le mal-être au travail semble général.

Quelle est votre perception par rapport à cet état de fait ? Pensez-vous que les cadres des ex-DRASS-DDASS se reconnaissent dans cette nouvelle structure ? Quelles actions correctrices, en cas de mal-être, envisageriez-vous ou avez-vous envisagé ?

■ **Nicole KLEIN** : Le mal-être date de bien avant les ARS. Je l'avais déjà ressenti dans les DDASS en 1984 quand je n'étais que stagiaire de l'ENA dans la Marne. Les services déconcentrés du ministère des affaires sociales ont été ceux qui ont été les plus touchés dans leurs moyens et leurs personnels par la décentralisation, même si la solidarité reste l'une des missions essentielles de l'Etat.

On trouve à l'ARS, comme on trouvait dans les DDASS et les DRASS, dévouement et compétence. Je suis de ceux qui pensent que les ARS redonnent du poids à ces missions en regroupant les forces et, je le souhaite, toutes les énergies qui ont toujours animé et même inspiré les inspecteurs de l'action sanitaire et sociale.





**Philippe Boisson,**  
Responsable de l'Unité Nationale VAE

## ASP<sup>1</sup> : 5 ans de gestion de la VAE<sup>2</sup>

*En juin 2006, j'écrivais dans cette même revue, un article sur la mise en place de la gestion externalisée de la VAE sanitaire et sociale auprès du CNASEA. Après 5 années passées dans cet établissement, devenu entre-temps ASP, il me semblait opportun de pouvoir tirer quelques enseignements de cette première période, d'autant que la convention liant l'ASP et la DGCS, devrait être renouvelée en janvier prochain. Ainsi, quand est-il de la gestion de la VAE par l'ASP, 5 ans après ?*

### I- L'histoire, rappels

Lorsqu'en milieu d'année 2006, Jean-Jacques Trégoat et l'équipe projet VAE de la DGAS, décident de confier la gestion de la VAE sanitaire et sociale au CNASEA<sup>3</sup>, c'est pour répondre rapidement à une triple équation :

- montée en charge prévisible de la demande VAE, du fait de l'ouverture complète des diplômes sociaux et de celle prévisionnelle des diplômes sanitaires ;
- demande de moyens supplémentaires des DRASS, pour absorber ces nouvelles missions, en période budgétaire contrainte (LOLF) ;
- mise en place de la RGPP 1 et de son contingent de réduction de postes de fonctionnaires. L'idée, alors totalement novatrice, de confier les tâches logistiques d'une politique publique à un opérateur extérieur unique est doublée d'une volonté de standardisation des procédures, afin de réguler de façon équitable l'accès à la VAE sur tout le territoire.

Le choix d'un opérateur central est donc retenu et se porte naturellement sur le CNASEA, établissement public administratif reconnu pour ses compétences et qui a démontré ses capacités dans la mise en place rapide et rigoureuse du paiement de la GRTH<sup>4</sup>, depuis janvier 2006.

Ainsi, en Juin 2006, naît-la Délégation Nationale à la VAE, située à Limoges, près du siège du CNASEA. Dimensionné pour traiter entre 30 000 et 50 000 dossiers /an, le bâtiment, est capable d'accueillir 70 à 80 agents et possède des capacités de stockage importantes.

Enfin la Délégation, devenue Unité Nationale (UN) cette année, bénéficie grâce à la flexibilité de ses locaux de possibilités d'adaptation permettant d'absorber tout pic d'activité supplémentaire.

Les réactions qui ont pu naître à l'époque, sur le transfert des missions et le sentiment d'un certain démantèlement du service public, étaient légitimes. Tant d'ailleurs du côté du CNASEA, que du côté des DRASS.

Cependant, le recentrage des DRASS sur leur cœur de métier (expertise, contrôle, accompagnement et promotion de la VAE,...), a été rendu possible en partie parce que l'externalisation a permis la redistribution des effectifs vers ces missions.

### II- Les missions initiales confiées au CNASEA en 2006

Ces missions ont été initialement réparties dans 4 grands domaines :

#### 1. information générale du candidat et communication sur la VAE :

- Compte tenu du volume prévisionnel des appels concernant les demandes de VAE, la mise en service d'un numéro Azur a été décidée. Sa gestion a été confiée à d'un centre d'appel, du fait de la complexité de mise en place d'un tel service ;
- Création d'un site Internet dédié à la VAE sanitaire et sociale ;
- Création et diffusion de plaquettes papier sur la VAE : à l'attention des candidats, des professionnels, des pôles-emploi ;

#### 2. logistique des dossiers : instruction des Livrets 1, gestion des Livrets 2, archivage des dossiers, paiement des frais de jury.

#### 3. mise en œuvre d'une informatique de gestion partagée : création de l'outil ODESSA en accès extranet .

#### 4. Assistance technique : aide à la maîtrise d'ouvrage ministère, assistance technique utilisateurs DRASS, formation utilisateurs sur site et valorisation des données statistiques,

#### 5. Opération de réintroduction dans ODESSA des dossiers antérieurs à 2006 : reprise de 12 000 dossiers selon une procédure partagée avec les DRASS.

1 - ASP : agence de services et de paiement

2 - VAE : validation des acquis par l'expérience

3 - CNASEA : syndicat national au service des associations du secteur social et médico-social

4 - GRTH : garantie de ressources pour les travailleurs handicapés

## L'Unité Nationale en quelques chiffres :

- 37 agents, 1 900 M2 de locaux, 90 000 plis sortants annuels, soit un poids d'affranchissement de plus de 24 tonnes ;
- Plus de 140 000 L1 archivés, 600 000 copies/an, soit 1 600 ramettes de papier A4 ;
- Plus de 120 000 Livrets 2 imprimés depuis 2006, plus de 25 000 L2 stockés en continu/an
- Plus de 18 000 plaquettes sur la VAE imprimées et distribuées depuis 2007.
- Plus de 60 000 plis entrants annuels.

## III- Les éléments chiffrés à 5ans :

En cinq ans, le Ministère des Affaires Sociales/Santé est devenu le second certificateur après l'Education Nationale et la marge de progression est encore importante puisque tous les diplômes du secteur sanitaire ne sont pas encore tous ouverts à la VAE. D'où un réajustement de la capacité de traitement de l'UN VAE limitée à 30 000 L1. Cependant le potentiel de personnes pouvant prétendre à une VAE ASS, peut être évalué à environ 350 000, tous diplômés confondus, avec environ 60 % représentant les seuls niveaux V.

## 1. éléments quantitatifs :

PHASE	06/2006	2007	2008	2009	2010	06 /2011
Centre d'appel	21 200	100 207	99 822	91 599	98 267	45 809
Réception L1 & traitements associés	14 210	32 038	22 517	21 188	18 884	9 794
Instruction L1	4 000	35 640	25 435	23 019	19 341	10 773
Réception L2 & traitements associés	NC	9 052	17 722	17 676	17 488	8 106
Envoi L2 et convocations	NC	4 848	12 979	20 236	19 603	7 523
Nombre candidats en entretien	> 5 000	14 462	14 903	16 906	21 033	12 472
Indemnisation des jurys (€)	156 263	619 583	711 269	767 198	934 424	613 815
Site VAE Connexions/ mois	NC	NC	NC	> 7000	8500	NC

L'année 2007, fut une année de transition. En effet les stocks de l'année 2006, ont été absorbés sur cet exercice et les chiffres de l'activité se sont donc retrouvés augmentés de cet effet « stock ».

Sur les exercices suivants, on note une bonne régularité des chiffres, le fléchissement de 2010 étant aligné sur les données des autres certificateurs et généralement attribué à un effet « crise ».

Enfin, la montée progressive des chiffres de présentation des candidats en jury depuis 2009, reflète une amélioration de l'organisation des sessions de jurys VAE, mais également les premiers effets de l'abandon du caractère obligatoire du module 70 heures, ainsi que les effets de cumul de dépôt de L2 des candidats en validation partielle.

Le début d'année 2011, confirme par ailleurs, le retour de la stabilité de l'activité sur des niveaux satisfaisants.

## 2. Eléments qualitatifs :

Il s'agit sans doute de la partie la plus difficile à appréhender, d'une part parce que les indicateurs de qualité sont trop peu nombreux et restent à développer, d'autre part car ils sont difficile à exploiter compte tenu de l'hétérogénéité des chiffres.

Cependant, les éléments de « qualité perçue », qui peuvent s'avérer être des indicateurs pertinents lorsqu'ils sont débarrassés de leurs aspects subjectifs, nous montrent que, depuis 5 ans, le dispositif est en général bien perçu par les candidats et les employeurs, qu'il continue à être intégré de la part des membres de jury et qu'il ne produit pas des diplômés de moindre qualité professionnelle.

D'ailleurs, à ce titre, une enquête réalisée par l'ASP en 2010, auprès de 10 000 diplômés par la VAE, vient conforter cette appréciation.

Extrait de l'enquête :

## « Une réussite indéniable :

A l'issue de cette étude, nous pouvons maintenant répondre aux questions qui ont orienté notre démarche :

- Oui les bénéfices de la VAE sont importants pour les diplômés : Ils estiment à 80% en avoir tiré au moins un bénéfice sur le plan professionnel et 60 % d'entre eux ont été augmentés dans l'année qui a suivi leur diplôme.



- Mais elle bénéficie aussi aux employeurs. Les 3/4 d'entre eux sont favorables à la démarche de VAE engagée par leur salarié, et dans 61% des cas la certification correspond aux besoins de la structure.
- Non la VAE n'est pas prise en compte par les demandeurs d'emploi puisque moins de 4% des diplômés étaient sans emploi en entamant leur démarche de VAE. Elle devrait sans doute l'être davantage car 80% de ces sans emploi ont trouvé du travail avec leur diplôme.
- Non la VAE n'est pas un parcours du combattant, mais un parcours enrichissant puisque 96% des diplômés par la VAE en ont tiré au moins un bénéfice sur le plan personnel. Sa durée devrait pouvoir néanmoins être raccourcie, évitant ainsi une incidence néfaste sur les gains des diplômés.
- Oui le nombre de diplômés par ce moyen reste encore trop modeste. Certaines régions ont une proportion de diplômés 2 fois supérieure à la moyenne, alors qu'elles n'ont ni plus de besoins ni moins de bénéficiaires parmi leurs diplômés. Le taux de réussite est fortement corrélé à l'accompagnement par une institution qui ne profite pourtant qu'à 1 diplômé sur 2. »

L'Unité Nationale VAE a pour sa part mis en place 3 types de contrôle qualité internes :

- A. Un contrôle annuel sur les Livrets 1, portant sur un millier ( env.5 %) de dossiers tirés au sort et faisant l'objet d'une relecture à l'aide d'une grille comportant 10 éléments de forme et 10 éléments de fond ;
- B. Un contrôle des dossiers rendus recevables après recours gracieux, afin d'apprécier le niveau de réussite VAE par rapport à la première proposition de l'instruction.
- C. Des écoutes téléphoniques régulières du centre d'appel, (4 heures tous les 15 jours), afin de préserver les performances des téléopérateurs.

Avec un taux annuel de certification se situant aux alentours de 40 %, (env.8 000 diplômés délivrés), il est tout à fait légitime d'affirmer que la VAE sanitaire et sociale a pris son régime de croisière et que son intérêt ne se dément pas.

### Un avis parmi d'autres... :

Entretien avec Monsieur Pierre VERNEUIL, Directeur de l'IRFE (Institut Régional de Formation aux Fonctions Educatives) à Isle (87 000) :

#### 1. Qu'a apporté, selon vous, la centralisation de la VAE par un opérateur unique et comment en ressentez-vous les effets à 5 ans ?

De façon générale, une plus grande clarté dans la lecture du dispositif par les candidats et une fluidité dans les différentes étapes de la procédure VAE.

Les candidats sont mieux informés dès le début de leur parcours, ils bénéficient de sources d'informations générales identiques (site VAE, N° Azur, Guides ...), ce qui a aussi pour effet de limiter les demandes d'informations dans nos instituts et de désengorger les services d'accueil. Nous pouvons ainsi mieux nous concentrer sur nos missions premières d'accompagnement des candidats à la VAE.

Par ailleurs, la qualité des candidats est globalement homogène du fait d'une instruction de la recevabilité faite par une structure centralisée. Cela a un impact certain sur la suite du parcours.

#### 2. Cela a-t-il modifié vos rapports avec la DRJSCS ?

La DRJSCS reste notre principal interlocuteur en matière de programmation de session et de nomination des jurys.

Avec la partie logistique traitée par l'ASP, les services de l'Etat sont plus disponibles.

Nous pouvons ainsi nous concentrer plus facilement avec les agents de la DRJSCS sur l'organisation des sessions et la formation des jurys.

#### 3. Quelles améliorations peuvent, de votre point de vue, être apportées ?

La formation des jurys est toujours un point à travailler mais qui nécessite du temps et des moyens.

L'accompagnement est également fragilisé par manque de moyens des candidats malgré les efforts financiers des O.P.C.A du secteur.

Enfin, le parcours mixte, qui reste marginal, pourrait être valorisé par une meilleure coordination des acteurs locaux.

## IV- Les 5 prochaines années vues de l'ASP

La mission de gestion de la VAE, confiée à l'ASP, sera, selon toute vraisemblance, reconduite par le biais d'une convention triennale au 1<sup>er</sup> janvier 2012. Seront ainsi confortées les 4 principaux domaines d'activités, mais également des tâches complémentaires effectuées par l'Unité Nationale depuis 2009.

Ces actions complémentaires, sont nées de la demande externe croissante, d'informations et d'explicitation des procédures et ce tant de la part des candidats, que des professionnels de la formation, que des employeurs.

Le rôle de référent national reconnu, que possède maintenant l'UN VAE, lui permet d'assumer pleinement ces nouvelles missions. Le personnel très stable de l'unité est une garantie de la performance technique apportée à l'extérieur par l'ASP dans ce domaine d'activités. Ainsi sont ou seront mises en œuvre les actions suivantes :

1. La cellule téléphonique experte de dynamisation des parcours (CEDYP) :

Chargée depuis fin 2009 de :

- fournir aux candidats des conseils individuels pour la rédaction des livrets 1 et 2 ;
- donner des informations sur les dispositifs en région relatifs à l'accompagnement, le financement, la formation ;
- Indiquer les références d'un interlocuteur unique pertinent : (OPCA, organisme de formation, organisme d'accompagnement,...)
- apporter des précisions de 2<sup>ème</sup> niveau technique sur la VAE.

2. La modernisation du site VAE en octobre 2011, avec un accès professionnel permettant aux DRJSCS, le téléchargement de l'ensemble des documents les concernant, une FAQ, un tableau dynamique des passerelles et équivalences ;

3. Poursuite des actions de formation, débutée en 2010, des Pôle Emploi et des PRC<sup>5</sup> en région. Poursuite de la présence de l'UN VAE sur les salons de l'aide à la personne (4/ans)

4. Poursuite ou généralisation de la gestion centralisée des frais de jury (Formation initiale et VAE) à la suite de l'expérimentation en cours

5. Evolution de l'outil ODESSA avec l'ouverture programmée aux centres de formation, en accès limité, aux dossiers des candidats parcours mixtes .

6. Possibilité d'ajouter un module de gestion des sessions de la formation initiale pour opérer un rapprochement ODESSA 1 - EXECO, mais également, à plus long terme, travailler sur le rapprochement des VAE sanitaire et sociale / Jeunesse et Sport dans le cadre d'un rapprochement GEPFAFO - ODESSA

7. Enfin, poursuivre les études de faisabilité sur la dématérialisation, afin d'alléger les procédures tant en ce qui concerne le L1 et le L2, que les frais de jury (Déclaration en ligne ?).

L'Unité Nationale VAE est également engagée dans une dynamique interne de modernisation continue de ces procédures, afin d'améliorer notamment la gestion des stocks de L2 (stockage en continu, codes barre, ...), de simplifier les paiements de frais de jury (allègement des procédures comptables), de maintenir la performance de l'accueil téléphonique et la formation continue des agents.

Ceci dans la perspective du passage de l'ASP vers une activité de production basée sur le « Lean » management, mais également afin de mettre en œuvre les préconisations issues du Grenelle de l'environnement.

## V - Les axes de progrès :

L'ensemble des améliorations apportées aux procédures et à l'outil informatique de gestion de la VAE, ainsi que la satisfaction globale qui émane des différents utilisateurs et acteurs de ce dispositif, ne permet cependant pas de s'en satisfaire. Il persiste des éléments qui doivent faire l'objet d'une attention particulière, car leur dysfonctionnement peut fragiliser le processus.

En effet, le dispositif VAE doit être suffisamment fluide et performant, sur l'ensemble de ses étapes, au risque de démotiver les candidats, les employeurs et les financeurs, si le rendement global s'avère

incompatible avec les performances exigées actuellement en matière de politiques publiques.

De fait, la composante jury dans son ensemble reste un maillon sensible de la procédure.

Les membres sont volatiles, peu formés et parfois peu investis, mal rémunérés et de moins en moins disponibles, compte tenu des contraintes qui pèsent sur les employeurs, tant publics qu'associatifs.

Il convient donc de maintenir la réflexion sur les solutions pouvant être proposées, pour conforter ce maillon (révision des taux de vacation, formations améliorées, sensibilisation des employeurs ...).

Le retard pris dans l'ouverture à la VAE des diplômés du champ sanitaire, malgré la demande importante, pèse également sur la visibilité du dispositif en général. Le citoyen ne comprenant pas le décalage existant entre le champ social et le champ sanitaire. Il convient, là aussi, de maintenir la capacité à ouvrir ces diplômes, d'une manière aussi pertinente que ceux du champ social, malgré la contrainte que représente la notion de métier réglementé (l'exemple du module 70 heures exigé puis supprimé a démontré l'intérêt qu'il y a à éviter de modifier les règles, puisque l'on estime qu'environ 2000 à 2500 livrets 2 n'ont pas été déposés, compte tenu des changements intervenus).

De plus, le déficit d'accompagnement des candidats reste préoccupant, soit par défaut de financement des OPCA<sup>6</sup>, soit par absence de développement de ce service dans les centres de formation, soit, tout simplement, par absence de motivation du candidat, insuffisamment informé en amont.

Le suivi des parcours mixtes est également insuffisant, notamment dans le cadre des compléments financiers ; là aussi, le rôle des OPCA et des Conseils Régionaux s'avère essentiel, mais également celui de plus en plus important des Pôles Emplois.

Enfin, il est nécessaire de continuer à réfléchir sur la modernisation des procédures d'instruction, notamment au niveau des pièces à fournir avec le Livret 1, afin de simplifier l'accès au dispositif.

## Conclusion

Après une expérience de 5 ans, passés à l'Unité Nationale VAE, tout en ayant continué à observer les mutations du secteur sanitaire et social je suis intimement persuadé, que l'appui d'un établissement public, tel que l'ASP, aux services extérieurs de l'état, sur des domaines non régaliens, comme la logistique, l'assistance technique, le développement de l'outil informatique, le paiement, est une opération pertinente et performante. Performante à plusieurs niveaux : gain humain par suppression des effets de seuil, du fait de la centralisation des activités, gain financier, du fait de la standardisation des procédures, gain en efficacité, du fait de l'égalité de traitement par unification des doctrines et gain en rapidité, du fait de la capacité d'adaptation que permet le statut d'établissement public.

L'exemple de la VAE démontre, par ailleurs, que le rôle des services de l'Etat reste nécessaire sinon obligatoire pour ne pas dire majeur, tant en ce qui concerne les garanties apportées localement par l'autorité administrative, symbole de l'unité républicaine, qu'en ce qui concerne le relationnel de terrain, dont un opérateur central reste éloigné.

De la même manière, on peut citer en exemple la parfaite confiance réciproque, liant l'administration centrale (le donneur d'ordre) et l'ASP, puisque ces deux entités sont soumises aux mêmes règles, aux mêmes contrôles et à la même déontologie. L'ensemble de ces dispositifs repose sur des équilibres fragiles qu'il convient de consolider d'année en année. La confiance renouvelée à l'ASP par la DGCS, à l'aube de la signature d'une nouvelle convention en janvier prochain, vient conforter ce constat.

6 - OPCA : Organisme paritaire collecteur agréé

# Connaissez-vous les C.G.S.S. ?

Suite à la promulgation de la loi du 19 Mars 1946 érigeant la Réunion, La Guyane, la Martinique et la Guadeloupe en départements français, l'organisation de la sécurité sociale est exercée par des caisses uniques : Caisse Générale de Sécurité Sociale (C.G.S.S.), comme le prévoit le décret n°47-2932 du 17 octobre 1947.

A l'instar des organismes de sécurité sociale (O.S.S.) de la métropole, ce sont des organismes de droit privé assurant des missions de service public.

Elles relèvent des 4 caisses nationales : CNAM, CNAV, ACOSS et CCMSA et négocient avec chacune d'elles leur contrat pluriannuel de gestion (CPG) avec des objectifs propres à chaque branche.

Ces caisses générales sont dirigées par un Directeur et un Agent Comptable nommés par la CNAM, la CNAV et l'ACOSS prévues par le décret n° 2010-1059 du 6/09/2010<sup>1</sup>.

La Mission Nationale de Contrôle et d'audit (MNC) créée par arrêté du 9 novembre 2009<sup>2</sup> est représentée par les Antennes de Fort-de-France et Saint-Denis de la Réunion. Elle exerce :

- l'audit,
- le contrôle de légalité, sur les décisions prises par le Conseil d'Administration
- l'évaluation des cadres dirigeants
- et la veille sur le service public de la sécurité sociale.

Auparavant ce contrôle était effectué :

- par les directions de la Santé et du Développement Social (D.S.D.S.) conformément au décret n° 2001-574 du 02/07/2001<sup>3</sup>. Les 4 DSDS étant situées : 2 en Guadeloupe, 1 en Guyane et 1 en Martinique,
- en Métropole, il était confié aux DRASS .

Les C.G.S.S. assurent l'ensemble des attributions :

- de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM),
- de la Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail (CARSAT),
- de l'Union de Recouvrement de la Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales (URSSAF)
- et de la Caisse de Mutualité Sociale Agricole (CMSA).

Seules les Caisses d'Allocations Familiales sont autonomes assurant ainsi le versement de prestations de la branche famille.

Il convient de relever que la Caisse Générale de Sécurité Sociale présente des particularités sur plusieurs points :

1/ au niveau des missions (article L. 752-4 du code de la sécurité sociale) :

- Gestion du risque maladie, maternité, invalidité, décès, accidents du travail et maladies professionnelles et vieillesse (régime général et salariés agricoles),
- Gestion du risque maladie, invalidité et vieillesse pour les exploitants agricoles (code rural),
- Action sanitaire et sociale pour le régime général et agricole,
- Actions de prévention et tarification des accidents du travail et maladies professionnelles pour le régime général.

2/ au niveau de la composition de leur Conseil d'Administration (article L 752-6 CSS)

• Chaque C.G.S.S. est administrée par un conseil d'administration composé de :

25 membres ayant voix délibérative :

- \* 8 représentants des assurés,
- \* 8 représentants des ETI
- \* 3 représentants des exploitants agricoles,
- \* 2 représentants de la mutualité française
- \* et 4 personnes qualifiées

4 membres ayant voix consultative :

- \* 1 représentant des associations familiales
- \* et 3 représentants du personnel les salariés de chaque caisse

**Flora VAHALA**  
**MNC Martinique**

1 Décret n° 2010-1059 du 6 septembre 2010 relatif aux modalités de nomination et de cessation de fonction des directeurs et des agents comptables des organismes de sécurité sociale relevant des branches famille et retraite et du recouvrement du régime général

2 Arrêté du 9 novembre 2009 portant création d'un service à compétence nationale dénommé « Mission nationale de contrôle et d'audit des organismes de sécurité sociale »

3 Décret no 2001-574 du 2 juillet 2001 portant création de directions de la santé et du développement social en Guadeloupe, Guyane et Martinique



# Contrôle des organismes de protection sociale : une nouvelle donne

## Interview : Olivier SELMATI

Chef de la mission nationale de contrôle et d'audit des organismes de sécurité sociale.

*L'organisation de la MNC rompt fondamentalement avec celle des anciens services de protection sociale des DRASS. La MNC, créée le 1<sup>er</sup> janvier 2010, date à laquelle elle s'est substituée aux services de protection sociale des DRASS, présente une originalité forte dans son organisation et dans son statut juridique : c'est l'unique service à compétence nationale du ministère.*

**IASS** La Revue : La MNC : un service à compétence nationale, qu'est-ce que concrètement cela signifie ?

■ **M. Olivier SELMATI** : Cela signifie que le contrôle des organismes locaux et régionaux de sécurité sociale ne relève plus de la compétence des préfets de région mais du directeur de la sécurité sociale qui nomme le chef de la MNC et les chefs d'antenne et toutes les décisions prises par la MNC le sont par délégation du directeur de la sécurité sociale. **C'est donc un nouveau service de la DSS** : le chef de la mission siège toutes les semaines au Comité de direction de la DSS qui réunit les sous directeurs et les directeurs de projets, les chefs d'antenne sont conviés au CEDIR élargi de la DSS et au séminaire annuel qui rassemble tous les cadres de la DSS.

**IASS** La Revue : Comment la MNC fonctionne-t-elle ?

■ **M. Olivier SELMATI** : Nous avons souhaité tirer les conséquences du fonctionnement des anciens services de protection sociale. Ces services étaient souvent isolés voire peu valorisés au sein de la DRASS et les agents, bien que fortement impliqués, ne disposaient pas toujours des moyens nécessaires pour exercer leurs missions : absence d'orientations claires et d'outils ou de méthodologies. Certains agents des services de protection sociale au sein des DRASS éprouvaient souvent les plus vives difficultés à obtenir de réponses à leurs questions.

La MNC est donc composée d'une cellule nationale et de 9 antennes interrégionales (7 en métropole et 2 dans les DOM).

**La cellule nationale** est actuellement composée de 13 personnes : C'est une structure entièrement dédiée aux antennes qui fournit les outils, la méthodologie, assure la formation des auditeurs, répond avec une forte réactivité à toutes les interrogations et aux sollicitations parfois quotidiennes des auditeurs et des chefs d'antenne.

En outre, elle centralise, coordonne et assure un suivi de l'activité des 9 antennes et veille à un déploiement homogène des méthodes de travail et des outils. Elle assure enfin l'interface avec les services de la DSS.

**Les 9 antennes interrégionales**, véritable cheville ouvrière de la MNC, exercent de manière opérationnelle les missions de la MNC. Elles sont tournées vers les organismes de sécurité sociale relevant de leurs compétences. Le chef d'antenne dispose d'une large autonomie dans la mise en œuvre de ses compétences. La cellule nationale n'intervient pas directement dans les organismes ou alors très rarement et à la demande du chef d'antenne. La compétence géographique est désormais interrégionale, ce qui implique un contrôle qui s'étend entre 60 à 100 organismes répartis sur 2 à 5 régions.

**La MNC fonctionne en réseau** grâce notamment à la création d'un site collaboratif qui permet de partager les informations, à une réunion mensuelle de l'équipe de direction de la MNC (Chef de la MNC et chefs d'antenne) qui permet d'échanger et de confronter les points de vue, enfin à la tenue d'un séminaire annuel de 3 jours rassemblant tous les agents de la MNC, séminaire ouvert et clôturé par le directeur de la sécurité sociale.

### Des missions recentrées et exercées selon des modalités qui n'ont plus rien à voir avec celles des ex-services de protection sociale des DRASS

**IASS** La Revue :

Pouvez-vous rappeler brièvement les missions confiées à la MNC ?

■ **M. Olivier SELMATI** : Compte tenu de la réduction des effectifs (192 agents dans les DRAM 92 à la MNC), il a été décidé de recentrer les missions de la MNC sur celles qui pour la DSS avaient un enjeu stratégique fort. Ces missions sont au nombre de 4 : l'audit, le contrôle de légalité, l'évaluation des cadres dirigeants et la veille sur le service public de la sécurité sociale.

Comme vous pouvez le constater, la MNC n'exerce donc quasiment plus d'activité de gestion chronophage et sans valeur ajoutée mais uniquement des activités centrées sur l'audit, d'évaluation et de contrôle.

Ainsi, nous ne sommes plus chargés de la réponse aux courriers des particuliers, n'assurons pas le secrétariat des TASS/TCI, ne disposons plus que de compétences résiduelles sur le contrôle de certaines mutuelles, nous n'organisons plus les élections de certains organismes, la gestion de la liste des OC qui gèrent la CMU va prochainement être transféré au fonds CMU, etc.

**IASS** La Revue : Comment exercez-vous désormais les missions que vous avez reprises des anciens services de protection sociale ?

■ **M. Olivier SELMATI** : D'abord, je souhaite insister sur un point fondamental. Les objectifs et le programme annuel de travail sont arrêtés, sur proposition du Chef de la MNC, par le directeur de la sécurité sociale. Cela signifie que nous connaissons dès le début de l'année notre feuille de route et qu'elle est en cohérence avec les sujets portés par l'ensemble des services de la DSS. Ensuite, la cellule nationale construit pour chacune des missions des outils spécifiques et une méthodologie. Puis les antennes seront amenées à déployer ses outils ; enfin, la cellule nationale opère une synthèse des missions menées par les antennes interrégionales.

**IASS** La Revue :

Concrètement, pouvez-vous donner des exemples ?

■ **M. Olivier SELMATI** : Par exemple, sur l'audit, voilà comment nous procédons : une fois les thèmes d'audit arrêtés par le Comité directeur, la cellule nationale rencontre les caisses nationales, les services de la DSS et un ou deux organismes locaux pour mieux comprendre les problématiques et les contraintes posées par ce thème. Une note de cadrage est adressée au directeur qui définit les enjeux, les objectifs et les principaux sujets qui devront être audités. Une fois cette note validée, la cellule nationale élabore, en lien avec les antennes, un référentiel d'audit très précis. Une formation sur ce référentiel est assurée à l'ensemble des auditeurs qui disposent ensuite à travers ce référentiel d'un véritable kit de document leur permettant de déployer l'audit et de rédiger un rapport.

Sur toutes les autres missions, comme notamment le contrôle de légalité ou l'évaluation des agents de direction des organismes, nous avons procédé de la même manière à savoir : en premier lieu définir les objectifs de chacune de ces missions, ensuite définir une stratégie et concevoir de nouveaux outils pour la réalisation de ces missions : pour le contrôle de légalité, les échanges avec les organismes sont entièrement dématérialisés sur une plate-forme d'échange et une stratégie de contrôle a été élaborée, pour la liste d'aptitude nous avons revu complétement les grilles d'entretien.

La refonte totale et continue de nos méthodes de travail, la nouvelle organisation et le recentrage sur des missions stratégiques constituent une véritable rupture avec le travail effectué au sein des services de protection sociale. Cette rupture constituait une exigence pour pouvoir assumer toutes nos missions en dépit de la réduction des effectifs.

## Une activité de la MNC en 2010 intense et prometteuse

**IASS** La Revue :

En quelques chiffres, quelle a été l'activité de la MNC en 2010 ?

■ **M. Olivier SELMATI** :

### Sur la mission d'audit

Nous avons audité 97 organismes sur 3 thèmes d'audits dont :

- 10 organismes pour l'audit COG RSI,
- 53 pour l'audit Recrutement,
- 25 pour l'audit Action Sociale,
- 50 auditeurs des 9 antennes interrégionales de la MNC mobilisés pour la réalisation de ces audits,
- 9 audits dans le cadre du réseau d'alerte de la Cour des Comptes.

### Sur la mission de contrôle de légalité

- 10 000 «enveloppes» ont été soumises au contrôle de la MNC par les organismes habilités à utiliser le système d'échanges dématérialisés TACLE.
- 306 annulations ont été prononcées correspondant à 1186 dossiers individuels.

### Sur l'évaluation liste d'aptitude.

1109 candidats se répartissant comme suit :

- 676 candidats relevant de la 1<sup>ère</sup> section,
- 433 candidats relevant de la 2<sup>ème</sup> section,
- un taux global d'audition de 96% de la population de référence.
- 230 candidats relevant de la 2<sup>ème</sup> section inscrits soit un taux de reçus de 56%.

### Evaluation aux postes de direction dans le cadre du comité des carrières

- 89 évaluations pour le poste de directeur correspondant à 25 offres d'emploi publiées par l'UCANSS,
- 69 évaluations pour le poste d'agent comptable correspondant à 37 offres d'emploi publiées par l'UCANSS,
- 155 agréments d'agents de direction réalisés.

### Sur la mission de veille

- 36 notes de veille ont été produites,
- 94 fiches d'alerte réalisées par les antennes interrégionales

Les effectifs de la MNC dont 70 % des agents de catégorie A sont des IASS vont être profondément renouvelés en raison de nombreux départs à la retraite.

IASS La Revue :

Combien d'agents composent la MNC et quels sont leurs profils ?

■ **M. Olivier SELMATI** : L'effectif cible de la MNC, initialement fixé à 92 agents, sera porté à 100 au 1<sup>er</sup> juillet 2012, la RGPP 3 ayant décidé l'absorption par la MNC de la mission de contrôle des organismes de sécurité sociale du régime agricole.

Au 1<sup>er</sup> mai 2011, l'effectif de la MNC se compose de 94 agents dont :

Corps	Effectif	%
Administrateur Civil HC	2	2
IASS	45	48
OSS MAD	12	13
Attaché	5	5
Contractuel	3	3
SA	19	20
Adjoint Administratif	8	9
Total	94	100

Sur 94 agents, la MNC est composée de 75 agents de catégorie A et assimilé. **Le corps des IASS représente près de 70 % des agents de catégorie A de la MNC.** Le nombre d'agents de catégories B et C (29% de l'effectif) a vocation à progressivement diminuer car l'organisation cible ne prévoit que 2 agents de catégorie B ou C par antenne. Les départs à la retraite de ces agents (4 en 2011) ou volontaires seront donc remplacés par des agents de catégorie A

IASS La Revue :

Avez-vous procédé à de nouveaux recrutements ?

■ **M. Olivier SELMATI** : Au 1<sup>er</sup> janvier 2010, la MNC ne comptait que 76 agents. Nous avons donc recruté 28 agents **soit 30 % de l'effectif présent au 1<sup>er</sup> janvier 2010.** Ce volume important de recrutement va se poursuivre.

En 2011, il est prévu de recruter une vingtaine de nouveaux agents en raison des départs à la retraite ou de départs volontaires (promotions, mutations). Ainsi, près de 14 agents dont 9 IASS (auditeurs ou chefs d'antenne) partiront à la retraite dans les 12 prochains mois

Pour cela, la MNC souhaite faire appel prioritairement au recrutement d'IASS car je souhaite continuer à en faire son corps principal de recrutement (promotion EHESP : 1 en 2010, 2 en 2011, liste d'aptitude, mutation par voie de CAP ou mutation sur résidence administrative)

IASS La Revue : Pourquoi vouloir privilégier le recrutement de fonctionnaires provenant du corps des IASS ?

■ **M. Olivier SELMATI** : Le corps des IASS présente pour la MNC d'indéniables atouts : bonne connaissance du secteur social, aptitude aux fonctions de contrôle et d'audit, expérience dans le domaine de l'évaluation.

De plus, la plupart des IASS dispose d'une solide culture juridique et des qualités relationnelles indispensables dans des fonctions qui vous mettent en contact avec des directeurs ou agents de direction d'organismes de sécurité sociale.

Toutefois, la nécessité de pourvoir rapidement tous ces postes et la volonté assumée de procéder à une diversification des profils ont conduit à un recrutement provenant d'autres corps de catégorie A et assimilé : les cadres et agents de direction mis à disposition par les organismes de sécurité sociale ou des fonctionnaires détachés dans le corps des IASS provenant d'autres administrations (La Poste, Justice, Intérieur etc....).

IASS La Revue : Comment cette mixité de cultures professionnelles est-elle vécue ? Des actions spécifiques ont-elles été mises en place afin de favoriser le rapprochement de personnels venant d'horizons différents ?

■ **M. Olivier SELMATI** : Pour être franc, je dois confier qu'aucune action spécifique n'a été prise dans ce domaine. Notre charge de travail et la mobilisation de tous pour réussir la mise en place de la MNC ne nous à vrai dire pas laissé le temps d'envisager des actions spécifiques.

De plus, la situation n'est pas comparable avec les ARS : la MNC est une structure plus resserrée qui reste composée majoritairement de fonctionnaires. Par ailleurs, les nouveaux recrutés, notamment ceux provenant des organismes de sécurité sociale, ont été recrutés sur leurs compétences mais également sur leur capacité d'adaptation.

Volontaires pour s'engager dans cette nouvelle aventure professionnelle, ils ont pu être accompagnés par les fonctionnaires de la MNC pour appréhender le fonctionnement de l'administration qu'ils ont découvert avec surprise.

Pour les fonctionnaires, la connaissance par les agents des OSS mis à disposition du fonctionnement des organismes ou la maîtrise de compétences non disponibles dans les antennes a été une source d'enrichissement et de complémentarité.

Ce rapprochement s'est donc fait naturellement et n'a ce jour posé aucune difficulté.

Nous avons d'ailleurs pu constater cette unité lors du séminaire annuel de la MNC qui a réuni à Paris en janvier 2011 tous les agents de la MNC pendant 3 jours. Ce séminaire, présidé par le directeur de la sécurité sociale a constitué un temps forts et très appréciés des membres de la MNC qui ont ainsi pu partager leur expérience.



Après un an de reconfiguration des services (ARS, DRJSCS, DDCS,...) le mal être au travail semble général.

**IASS La Revue** : Quelle est votre perception par rapport à cet état de fait ? Pensez-vous que les cadres des ex-DRASS se reconnaissent dans cette nouvelle structure ?

■ **M. Olivier SELMATI** : Nous sommes bien sûr informés du mal être que traversent, temporairement je l'espère, les agents des ex-DRASS. Les réformes qui touchent les ARS ou les DRJSCS sont plus lourdes et il faudra plus de temps pour atteindre l'organisation cible.

La MNC, n'est pas confrontée à cette situation.

Le séminaire annuel de la MNC qui s'est tenu en janvier et les évaluations annuelles montrent que la très grande majorité des agents dresse un premier bilan globalement très positif de cette première année de fonctionnement.

Certes, tous les agents ont souligné, à juste titre, la charge de travail objectivement très importante au cours de l'année 2010 ainsi que le contexte particulier lié à la mise en place d'une nouvelle structure. Pour autant, ils se félicitent tous d'avoir pris la décision soit d'être restés pour les anciens agents des services de protection sociale soit d'avoir intégré la MNC pour les nouveaux recrutés.

Les motifs de satisfaction reposent sur :

- l'intérêt pour un travail dense, riche et diversifié : « *on ne s'ennuie pas* », « *les enjeux sociaux portés par les organismes sécurité sociale sont essentiels* », « *la diversité des organismes de sécurité sociale et les compétences qui nous sont demandées imposent une polyvalence* » ;
- la définition claire et précis du travail attendu : « *nos missions et nos objectifs sont clairs* », « *on sait très bien ce qu'on attend de nous* » ;
- des méthodes de travail renouvelées et des outils mis à disposition adaptés aux missions « *le rôle de la cellule nationale est capital* », « *on acquiert un savoir-faire qui sera utile pour le reste de notre parcours professionnel* »
- une organisation qui peut s'appuyer sur la DSS « *on se sent soutenu par une hiérarchie qui s'implique* ».

Il reste toutefois que tous les agents de la MNC ont conscience que la MNC n'a qu'un an d'existence et que beaucoup reste à faire y compris sur l'organisation et les méthodes de travail. Le bilan définitif sur la mise en place de la MNC ne pourra être porté qu'en 2013, au terme de 3 années de fonctionnement.

Par ailleurs, tous savent que l'année 2011 sera une nouvelle étape et fondamentalement différente de cette première année. Un important travail de professionnalisation tant des nouveaux arrivants que des agents les plus anciens reste à engager ; cet objectif passe par l'organisation et le suivi d'actions de formation.

Enfin, la MNC n'est pas épargnée par les contraintes budgétaires qui pèsent sur les services de l'Etat et de notre ministère. Les crédits alloués aux actions de formation et aux frais de déplacements constituent un enjeu essentiel pour l'avenir de la MNC.

Quelles relations ou dialogue avez-vous mis en œuvre avec les autres nouveaux services, les ARS notamment ?

■ **M. Olivier SELMATI** : Avec les ARS, la MNC a très peu de contacts. Ne s'agissant pas de structures ayant le statut d'organisme de sécurité sociale, ils n'entrent pas dans le champ de compétence de la MNC.

A l'initiative du secrétariat général, nous venons récemment de nouer des contacts avec les DRH des ARS pour les questions liées à l'inscription sur la liste d'aptitude des agents de direction des OSS qui travaillent en ARS et sur les questions relatives à la poursuite de leur parcours professionnel après le passage en ARS.

Nous sommes en revanche en liaison étroite avec les DRJSCS qui sont chargées d'héberger les antennes interrégionales de la MNC. Nous avons signé des chartes de fonctionnement afin que les responsabilités qui incombent aux DRJSCS dans le fonctionnement et les moyens mis à disposition des antennes soient clairement exposées.

Globalement, les relations sont bonnes même s'il a été nécessaire d'expliquer les spécificités liées au statut de service à compétence nationale. En effet, le rattachement à la DSS ne fait pas pour autant des agents de la MNC des agents d'administration centrale et les antennes interrégionales ne disposent pas d'une dotation budgétaire spécifique mais sont considérées comme n'importe quels autres services de la DRJSCS.

Interview réalisée  
par Yvette Schweitzer





ÉTABLISSEMENT FRANÇAIS DU SANG - LA RÉUNION

**L'EFS La Réunion vous accueille  
sur ses sites fixes  
du Lundi au Vendredi de 8h à 14h.**

**EFS St Denis : 0262 90 53 81  
CHR FELIX GUYON BAT PALMIER**

**EFS St Pierre : 0262 25 48 01  
58 rue SUFFREN 97410 ST PIERRE  
(Planning des ouvertures les mercredis jusqu'à 17h  
sur demande au secrétariat)**

**800 collectes mobiles de sang sont  
organisées chaque année sur l'île.**

**Il y en a sûrement une près de chez vous.  
Renseignements sur [www.donusang.net](http://www.donusang.net)  
ou sur [www.facebook.com/EFSLaReunion](http://www.facebook.com/EFSLaReunion)**

**Chaque année, des milliers de malades  
bénéficient de cette thérapeutique à La Réunion.**

**100 poches sont nécessaires quotidiennement  
pour subvenir aux besoins des malades.**

**Accidentés de la route, leucémies et cancers,  
accouchements avec hémorragies ...sont autant  
de pathologies pouvant nécessiter une transfusion  
sanguine.**

**Sang Total, Plaquettes et Plasma sont aujourd'hui  
prélevés à la Réunion. Nous comptons sur la  
mobilisation des réunionnais.**

**Julien n'est pas médecin  
et pourtant il sauve des vies**

En 2010,  
27 291 donneurs de sang, 1562 donneurs de plaquettes se sont mobilisés.  
Grâce à eux, 21 323 poches de sang et 1510 poches de plaquettes ont été prélevées.





# T2DS

Traitement des Déchets Spéciaux



- Conforme aux directives de la norme ISO 15189
- Conforme à la norme AFNOR X30-503
- Agreement du Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France - CSHPF (en cours)
- Agreement Institut Pasteur Lille (en cours)

## DÉSINFECTION DES DASRI LIQUIDES

10 ans d'expérience et de résultats auprès des plus grands hôpitaux de France  
Neutralisation des effluents avant rejet dans le réseau urbain  
En conformité avec le cahier des charges de l'agence de l'eau

- ✓ EFFLUENTS HOSPITALIERS
- ✓ EFFLUENTS DES CHAMBRES MORTUAIRE, MORGUE, IML
- ✓ EFFLUENTS DE LABORATOIRES
- ✓ EFFLUENTS PHYSICO-CHIMIQUES
- ✓ HEMODIALYSE ...

LA SOLUTION TECHNIQUE, GLOBALE ET PERENNE DE L'ELIMINATION DES EFFLUENTS LIQUIDES SUR LE DEPARTEMENT DE LA REUNION

T2DS un partenaire de GEMA Environnement

Pour nous joindre Tél 0262 44 67 77 - Fax 0262 44 67 78 - [info@t2ds.fr](mailto:info@t2ds.fr) - [www.t2ds.fr](http://www.t2ds.fr)



### GERER LES DECHETS SPECIAUX DU DOMAINE DE LA SANTE : UNE DEMARCHE IDEALE VERS UN OBJECTIF DE DEVELOPPEMENT DURABLE

L'écologie centralise beaucoup de débats, réglementations, internationaux et européens.

Ce n'est que récemment qu'elle est une nécessité et un axe privilégié dans nos politiques.

Toute activité de santé génère des déchets solides et liquides.

Les nombreux travaux réalisés ces dernières années sur les filières et modes d'élimination des DASRI solides ont démontré l'intérêt que le domaine de la santé, les pouvoirs publics, attachent à ce sujet en particulier, à la protection environnementale, à la santé publique en général.

Cette prise de conscience est apparue de façon concomitante avec de nouveaux micro-organismes (VIH, bactéries multi-résistantes, prions), a évolué avec les progrès des techniques médicales et l'application des règles d'asepsie allant de pair avec l'extension de l'utilisation des usages uniques.

Outre des déchets solides, de nombreuses structures de santé utilisent pour leurs activités de grands volumes d'eau ensuite rejetés, chargés de micro-organismes, de produits chimiques toxiques, radioactifs.

Ces technologies nouvelles répondant à des progrès en matière de soins ne doivent pas compromettre notre écosystème. Nous devons opter pour un comportement éco-citoyen afin de préserver notre environnement.

#### LES DASRI SOLIDES ET LIQUIDES, QUI SONT-ILS ?

Les DASRI sont des Déchets solides ou liquides d'Activités de Soins à Risques Infectieux.

Ce sont « les déchets issus des activités de diagnostic, de suivi et de traitement préventif, curatif ou palliatif, dans les domaines de la médecine humaine et vétérinaire ». « Sont assimilés aux déchets

d'activités de soins, (...), les déchets issus des activités d'enseignement, de recherche et de production industrielle dans les domaines de la médecine humaine et vétérinaire, ainsi que ceux issus des activités de thanatopraxie » (Extraits des articles R.1335-1 à R.1335-14 du Code de la santé publique)

Les DASRI présentent une menace pour l'environnement s'ils ne sont pas traités.

Des chaînes de collectes et des outils de traitements spécifiques sont utilisés afin de les rendre inerte avant leur rejet dans notre réseau urbain ou nos centres d'enfouissements.

Spécialisé dans la gestion des DASRI, notre société TDR propose un service de collecte et de traitement des déchets solides sur notre département depuis 18 ans. Aujourd'hui, notre société T2DS offre des solutions de traitements in situ des effluents liquides.

Nos objectifs sont simples, écologiques : une proximité de traitements, une démarche idéale vers un développement durable.

Nos solutions adaptées répondent aux problématiques variées, conjuguent productivité, économie d'énergie, diminution de l'impact environnemental.

Mieux caractériser les déchets par une méthodologie analytique nous permet une dépollution optimale.

Les DASRI solides ne se valorisent pas.

Pour la partie liquide il est possible de produire « propre », prélever moins, anticiper les évolutions réglementaires, s'adapter aux contraintes environnementales.

Nos dispositifs de traitement adaptés, valorisent les effluents générés, augmentent les rendements de dépollution, réduisent les consommations énergétiques, rendent le fonctionnement plus fiable, pérennisent l'efficacité et sécurisent l'exploitation.

Notre garantie est notre indice de satisfaction client. Produire et se développer devient écologique.

REDACTEURS D BOSSA (Dir Com)  
JH POUYROUX (DG)





*Fourniture de Matériel sur prescription médicale  
Livraison et installation à domicile*

## *Pharmacie Savanna*

*38, route de Savanna  
97460 SAINT-PAUL*

*Tél. 0262 44 18 62*

*Heures d'ouverture de 8 h à 19 h  
du lundi au samedi*



**FONDATION  
PÈRE  
FAVRON**



**RECONNUE D'UTILITÉ PUBLIQUE PAR DÉCRET DU 20 AOÛT 1997**

Président : Jean-Louis CARRÈRE

Vice-présidents :

Georges GIRAUD, Claude LORION

Trésorier : Jean-Marc NATIVEL

Secrétaire : Paul FESTIN

Directeur Général : Christian BONNEAU

Directeur Général Adjoint : Philippe BOYER

### **36 ÉTABLISSEMENTS SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX**

- Foyer Albert Barbot (Saint-Pierre) •  
Pôle Handicap & Dépendance
  - M.A.S. «Les Pléiades»
  - F.A.M. «Les Cytises»
  - C.E.A.P. «Les Mimosas»Pôle Handicap & Insertion
  - E.S.A.I. «Les Ateliers du Pont Neuf»
  - F.A.O. Bois d'Olives & Saint-Pierre
- Pôle Gérontologique «Roger André» •
  - Maison de Retraite «Les Pétales»
  - E.H.P.A.D. Bois d'Olives
  - E.H.P.A.D. Entre-Deux
  - E.H.P.A.D. Ravine Blanche
- Institut Médico-Social « Charles Isautier » •  
(Saint-Louis - Saint-Pierre)
- Institut Médico-Social « Raphaël Babet » •  
(Saint-Joseph)
- Foyer Marie Poittevin & Relais Familiaux •  
(Plaine des Cafres - Tampon - Saint-André - Saint-Benoît - Saint-Paul)
- E.H.P.A.D. « Les Alizés » • (La Saline les Bains)
- E.H.P.A.D. « Les Lataniers » • (La Possession)
- Pôle Médico-Social « Philippe de Camaret » •  
(Saint-Benoît - Saint-André)  
M.A.S. - F.A.M. - S.A.M.S.A.H.

**Siège : 80, boulevard Hubert Delisle - B. P. 380 • 97456 SAINT PIERRE CEDEX**  
**Tél 0262.96.26.36 — FAX 0262.96.26.49 • [dgl@favron.org](mailto:dgl@favron.org) - <http://www.favron.org>**



» *Votre éditeur privilégié pour  
la création et l'impression  
de vos agendas personnalisés.*



## Les bons supports de communication vieillissent bien !

**Le Groupe des Éditions Bucerep, leader dans la fabrication d'agendas,** réalise votre agenda avec personnalisation des couverture et premières pages intérieures au nom de votre entreprise et institution.

Demandez (sans engagement) une étude et un devis spécifiques pour 2013. »»»



# Bucerep, éditeur, créateur d'applications Smartphone personnalisées.



Adoptez vous aussi cette solution mobile et novatrice d'information et de communication interactive.



VILLE DE FENOUILLET



ZI TOULOUSE  
SUD-OUEST



BG  
PROMOTION



GUIDE 2011  
HANDI PRATIQUE



GUIDE DES  
PREMIERS  
SECOURS



DISCOTHEQUE  
CIRCUS BEACH



SALON  
DE L'HABITAT  
TOULOUSE



SOODIF



Pour en savoir plus, contactez les Éditions BUCEREP :

54bis, rue Alsace-Lorraine 31014 Toulouse cedex 06

Tél. 05 61 21 15 72 - Fax : 05 61 23 02 41 - [contact@bucerep.com](mailto:contact@bucerep.com) - [www.bucerep.com](http://www.bucerep.com)

## HOSPIDOM

**OXYGENOTHERAPIE**  
**PRESSION POSITIVE CONTINUE**  
**VENTILATION**  
**AEROSOLTHERAPIE**  
**AIDE A LA TOUX**  
**REHABILITATION RESPIRATOIRE**

**VOS PATIENTS....**  
**NOTRE DEVOUEMENT**

HOSPIDOM CHALON  
ZI LA GARENNE  
71880 CHATENOV LE ROYAL  
Tél: 03 85 48 73 34  
Fax : 03 85 48 63 97  
mail : [hospidom@hospidom.fr](mailto:hospidom@hospidom.fr)

HOSPIDOM LYON  
28 RUE HENRY GORJUS  
69004 LYON  
Tél: 06 78 61 02 32  
Fax : 04 78 61 70 51  
mail : [hospidom.lyon@hospidom.fr](mailto:hospidom.lyon@hospidom.fr)

Site web : [www.hospidom.fr](http://www.hospidom.fr)



Les  
**EMBRUNS**

Centre de Rééducation et Réadaptation Fonctionnelle, Balnéothérapie

Rue de l'Uhabia - 64210 Bidart - Tél. 05 59 51 56 56 - Fax 05 59 51 56 09  
[www.lesembruns.com](http://www.lesembruns.com)

Nous remercions les annonceurs  
pour leur participation  
à la réalisation de

 IASS La Revue





**Proximité**



**Service**  
**Un nouveau**  
**souffle**

**Compétence**

**Ecoute**

**Suivi**



**Assistance Respiratoire à domicile 24H/24**  
Depuis 20 ans plus de 35 agences et 500 collaborateurs **7J/7**

■ Oxygénothérapie

■ Apnées du sommeil

■ Aérosolthérapie

■ Trachéotomie/Laryngectomie



Ventilation ■

Nutrition artificielle\* ■

Traitements par perfusion\* ■

Matériel médical\* ■

Selon les agences

**1991-2011**

**www.sosoxygene.com**



## LA QUALITE DE L'HOPITAL, CHEZ VOUS

24H / 24 – 7 J / 7

Tél. 05 34 40 40 40

[www.sante-relais-domicile.fr](http://www.sante-relais-domicile.fr)

### HOSPITALISATION À DOMICILE

#### ETABLISSEMENT DE SANTÉ PRIVE A BUT NON LUCRATIF

L'Hospitalisation A Domicile (HAD) **SANTE RELAIS DOMICILE** assure sur prescription médicale, au domicile, des soins médicaux et paramédicaux complexes, 24H/24 – 7J/7, sous la responsabilité du médecin traitant du patient, avec une prise en charge psychosociale adaptée à chaque situation.

- soins palliatifs
- pansements complexes
- chimiothérapie anticancéreuse
- nutrition assistée
- prise en charge de la douleur
- assistance respiratoire
- traitements intraveineux hospitaliers
- soins de nursing lourd
- suivi de grossesses à risque etc...

#### Le territoire d'intervention de **SANTE RELAIS DOMICILE** :



**SANTE RELAIS DOMICILE** a été certifié sans recommandation ni réserve en janvier 2011 par la HAUTE AUTORITE DE SANTE. (Certification V2007)

La HAUTE AUTORITE DE SANTE a jugé remarquable la « grande dynamique dans le management et la politique d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP). »



#### ■ SECTEUR de TOULOUSE et agglomération

25 rue Paule Raymondis – 31200 TOULOUSE

Tél. : 05 34 40 40 40

e.mail : [had.accueil@had-srd.org](mailto:had.accueil@had-srd.org)

#### ■ SECTEUR de MONTASTRUC LA CONSEILLERE

ZA de l'Ormière Lot. N°28 – 31380 MONTASTRUC

Tél. : 05 61 11 16 40

e.mail : [had.montastruc@had-srd.org](mailto:had.montastruc@had-srd.org)



**NOUVEAU !**



#### ■ SECTEUR de LEGUEVIN

2 bis avenue de Lengel – 31490 LEGUEVIN

Tél. : 05 34 57 22 30

e.mail : [had.accueil@had-srd.org](mailto:had.accueil@had-srd.org)

