



## **Mission Laurent Vachez : Création d'une 5è branche de sécurité sociale**

### **Les questions posées par Laurent Vachez**

« Je souhaiterai avoir un avis de vous et de l'ANDASS sur les deux points suivants:  
-quelle appréciation font-ils du fonctionnement de la commission de coordination des politiques publiques de santé dans le domaine des prises en charge et accompagnement médico-sociaux, prévue à l'article L. 1432-2 2° du code de la santé publique ?  
-comment se concrétise la coordination entre les schémas départementaux relatifs à l'autonomie prévus à l'article 312-5 du CASF 4° et les schémas régionaux de santé du L. 1434-3 III? »

1. **L'ANDASS à travers diverses contributions a effectué des propositions pour avoir une gouvernance du secteur social et médico-social moins cloisonnée, moins bureaucratique, plus adaptée à la différenciation des territoires. Une gouvernance plus sobre et plus efficace.**

### **Principales sources communiquées à la mission :**

- Manifeste pour une action publique sobre et de qualité (2018 - ANDASS et IGTD)
- Confiance, Sobriété et Efficacité : Pour un acte 3 de décentralisation durable et réussi (2019 - ANDASS)
- Autonomie et Grand Âge (2020 - Andass : Contribution au rapport Libault)
- CoroManifeste - Conjuguer favorablement la singularité des territoires et le principe d'égalité dans l'accès aux biens fondamentaux et aux savoirs. Après le Covid19 l'ANDASS propose la méthode des 3C (2020 - ANDASS)

### **2. En résumé, le point de vue exprimé par les administrateurs de l'Andass**

- Compte tenu de la période, n'ont été interrogés que les administrateurs de l'Andass (qui avec 44 membre représente un tiers des départements dans leur diversité géographique ou politique). Dans cette période estivale un quart des administrateurs a répondu. Comme indiqué ci-dessus, l'Andass a beaucoup écrit sur les sujets liés à la gouvernance de l'action publique
- 11 départements de 1,5 millions d'habitants à 76000 hab., 8 Régions (dont une collectivité territoriale ultramarine). Un point de vue porté par des DGA dont certains étaient avant directrices de l'autonomie, par la référente et deux des membres les plus actifs du réseau autonomie de l'Andass (ce réseau rassemble au delà des administrateurs)

### **Il ressort des points de vue exprimés :**

- **Sur la commission : dans son fonctionnement actuel, les départements n'y voient pas d'intérêt.**

1. C'est une affaire régionale. Certains éloignés de la capitale régionale n'ont pas d'information ou ne la connaissent pas. Il faut dire que l'acronyme qui est souvent utilisé est incompréhensible. Pour Valérie K. « *Il s'agit souvent de grande messe ou la messe justement est déjà dite, et les marges de manoeuvre ou de modification sont inexistantes. D'ailleurs nos élus en sortent souvent mécontents, leur point de vue pas entendu et en tout cas pas pris en compte, à la fin, ils n'y vont plus* » et complété par la position de Marie R. « *Ces instances peu efficaces facilitent parfois des injonctions très descendantes et peuvent nuire à la qualité du partenariat informel que nous avons avec nos interlocuteurs* » ou encore d'Helena « *Et nous sommes épuisés par les centaines de sollicitations tous azimuts et parfois en mode « surprise » de l'ARS* ». Pour Sophie Q, c'est la distance et le nombre de participants aux réunions qui est « *Épuisant et les décisions ne peuvent se prendre des sièges des ARS à près de 50 personnes dans une réunion* ».
2. La démultiplication (« l'ébriété ? ») de réunions à l'ARS les rend faiblement lisibles « *Il n'est pas toujours évident pour nous de savoir à quel type de réunion on est invité à l'ARS et de bien identifier si on est à la CCPP ou alors à une autre réunion répondant à un autre article du code de la santé publique (j'exagère à peine)* ». Les réflexions de Patrick G. (Voir verbatims) représentent bien la position de l'Andass. Il convient de mieux identifier la fonctions des réunions et commissions (stratégiques, informatives, techniques, opérationnelles et arrêter de « les empiler » car cela épuise les acteurs.
3. Le niveau départemental et bilatéral est à privilégier. Autre point d'accord des départements exprimé par Anne T. « *On se coordonne bien mieux sur des instances départementales informelles avec l'ARS, la CAF, la MSA, la CPAM, l'Etat ou comme le dit Patrick sur des réunions régionales thématiques (MAIA par exemple) ou bilatérales CD /ARS en région* ».
4. L'organisation de coopérations interdépartementales permettrait de rééquilibrer les relations. Devant une ARS (et aussi des fédérations représentatives) organisée au niveau régional qui privilégie toujours le centre par rapport à sa périphérie seul le développement et l'organisation de coopérations interdépartementales permettrait de rééquilibrer les relations comme l'indique Didier M. « *les Départements sont toujours dans une position difficile vis-à-vis de l'ARS régionale tout simplement parce que nous sommes plusieurs collectivités face à une agence puissante. C'est une histoire antique d'Horace et de Curiace... Seule une coordination régionale inter collectivités permettrait d'avoir une véritable négociation entre monde décentralisé et appareil d'État, quels que soient ses habits* ».
5. Le fonctionnement d'une ARS à l'autre est très différent (c'est ce qui est souvent reproché aux départements). Seul fonctionnement satisfaisant de la commission exprimé par Nathalie P. « *Deux Départements, deux régions, 2 fonctionnements différents en fonction des interlocuteurs régionaux ARS et du cadre posé par chaque DGARS. Dans le Pas-de-Calais, la commission fonctionne. Une attention particulière est portée aux CD compte tenu des partenariats avancés. Les collègues ARS au niveau de la direction territoriale ou de la direction de l'offre médico sociale régionale prennent attache du CD pour caler les présentations et solliciter nos interventions (...). En Sarthe, aucun contact avec le niveau régional qui vit sa vie sans les CD. Le*

*DT est dans chaque département l'interlocuteur unique ARS... inutile de dire que ça limite l'investissement »*

- **Sur la coordination entre les schémas départementaux et régionaux**, le point de vue des départements est moins tranché.

1. **La nécessaire réciprocité entre les schémas n'est pas toujours respectée.**

Patrick indique « *L'ARS est associé à la préparation des schémas autonomie et les Départements sont associés à la préparation du PRS. Pour fixer des objectifs dans des domaines de compétence conjointe, la coordination est assez naturelle* » mais pour Géraldine « *les schémas départementaux ont été adoptés après le nouveau PRS donc nous y faisons référence. Par contre l'inverse ne vaut pas, et par ailleurs, le PRS reste un document peu lisible et très vague...* ». La réciprocité de prise en compte des objectifs n'est pas toujours réciproque. Pour Valérie « *Même si l'ARS est invitée à participer à l'élaboration de nos schémas, elle ne reprends pas dans son schéma régional nos observations et ne tient pas toujours compte de nos objectifs. En revanche nous inscrivons les orientations du PRS dans nos schémas* ». Anne T. A un point de vue différent. « *Sur les schémas, on a participé je pense assez utilement en local pour faire remonter nos préoccupations sur le PRS et le volet territorial du PRS est une première réponse , sur le schéma départemental forte présence de l'ARS , cela permettant en outre d'avoir des préco compatibles avec le PRS et de les expliquer* ». Nathalie P à travers son expérience actuelle de deux territoires montre bien cette différenciation : Pas-de-Calais « *Sur le PRS 2 , nous avons été associés à son élaboration et nos préconisations ont été prises en compte majoritairement. De la même manière l'ARS s'est engagée au niveau de ses entités départementales dans l'élaboration de schéma unique volet autonomie* ». En Sarthe, mes collègues m'ont indiqué avoir été peu associé au PRS et l'agence a été présente en pointillé sur le schéma unique ».

2. **Pour l'Andass, le niveau local est le niveau pertinent à condition qu'il soit fortement structuré.** Cela est résumé par Nathalie P. « *Je partage globalement l'avis des collègues sur le niveau local pertinent à condition qu'il soit structuré fortement ; ce qui n'est pas le cas dans mon nouveau département* ».

3. **L'utilité de la coordination des outils peut être discutée** « *plus concrètement, les timings ne sont pas toujours harmonieux. Un PRS peut intervenir avant après ou pendant la révision de tel ou tel schéma, et réciproquement. La coordination des documents est parfois vaine, ce qui importante c'est la coordination des décisions sur le terrain* ».

4. A l'occasion des travaux préparatoires à la 5è branche et de ce questionnement, **plusieurs inquiétudes sont évoquées** : « *Il n'y aurait rien de pire à ce que le code rigidifie encore ces deux points pour rendre obligatoire la publication de l'avis de la CCPP et du DG ARS en annexe de la délibération du schéma de l'autonomie* » ou « *De manière générale, ces deux questions m'inquiètent un peu. C'est ça le Ve risque ? Penser que ce sont les évolutions des instances prévues dans le code ou la méthode d'élaboration des documents programmatiques qui vont changer quoi que ce soit serait une grande erreur* ».

5. **Ou des espoirs :** « *J'espère que le cinquième risque permettra de repartir sur une logique territoriale : il faudrait pouvoir définir localement la meilleure façon de prendre en charge les personnes selon leurs souhaits et de faire de la prévention efficiente en expérimentant une fusion globale des financements affectés sur un territoire donné et en autorisant des expérimentations décloisonnant nos vieilles frontières inadaptées mais fort résistantes, entre domicile et hébergement par exemple. Un droit à l'expérimentation souvent évoqué... »*

- **Mon point de vue**

Afin de compléter le regard de mes collègues et de façon plus distanciée, quelques remarques et propositions à partir de l'expérience du Pas-de-Calais rappelé dans ses résultats par Nathalie Pontasse.

Pour ce qui est de la commission je ne l'ai jamais considérée que comme un lieu d'information descendante permettant de donner une présidence à un représentant du secteur associatif. Un fonctionnement satisfaisant d'une telle commission ne peut être que l'aboutissement d'un processus utile aux différentes parties prenantes. Dans les faits elle rentre en concurrence dans les agendas avec les nombreuses commissions départementales que la loi a institué et peuvent aussi avoir du mal à fonctionner.

Lors de la création de l'ARS en 2010, très rapidement, nous avons pensé que pour que les professionnels de l'ARS et des CD travaillent ensemble de façon la plus harmonieuse possible il fallait plusieurs conditions :

- **développer la coopération interdépartementale** : entre le Nord et le Pas-de-Calais mais au delà. Nous avons des rencontre entre les départements du Nord/Pas-de-Calais, Picardie et Basse-Normandie or cela est difficile à tenir dans la durée s'il n'y a pas un facilitateur, un organisateur. La Cnsa pourrait développer cette fonction (elle l'a fait lors de l'installation des conférence des financeurs et cela a été efficace).
- **Mettre en cohérence les organisations territoriales infra-départementales.** L'organisation de l'ARS en zone de proximité devait être compatible avec l'organisation territoriale du département. Cela a été une revendication politique forte qui a abouti à un compromis satisfaisant d'autant que les arrondissements étaient également compatibles. Aujourd'hui l'organisation territoriale du Pas-de-Calais est organisée autour des intercommunalités. C'est à ce niveau de proximité (notamment dans les grands territoires que se joue l'efficacité de l'action publique. Une proposition simple : le niveau territorial s'organise en fonction de l'organisation territoriale du niveau inférieur quand celui-ci est organisé. CELA FAVORISE LA COOPÉRATION ET LA CONNAISSANCE DES ACTEURS.
- **La délégation territoriale de l'ARS (niveau départemental) doit être dotée de moyens et de délégations lui permettant d'être un interlocuteur légitime du Préfet et du Président du Département.** Les ARS ont eu des politiques fluctuantes sur le rôle qu'elles souhaitaient voir jouer à leur directions territoriales
- **Se doter d'une convention de coopération et de convergence entre l'ARS et le Département** : ce que nous avons proposé Pas-de-Calais et Nord à l'ARS c'est une convention de coopération qui devait permettre aux acteurs du territoire de travailler en commun. Nous avons écrit un projet proposé à l'ARS pour discussion. Le processus a été très laborieux. La convention a été signé par le deuxième DG de

l'ARS du Nord-Pas-de-Calais lors d'une assemblée conjointe des élus des deux départements en février 2014.

- **L'organisation de rencontres trilatérales et bilatérales** : ces réunions réunissaient les différentes directions métiers de l'ARS, les différentes réunions métiers des conseils départementaux et une représentation des directions territoriales de l'ARS et des conseils départementaux. Cette approche pour faire vivre la transversalité des organisation a été difficile à mettre en oeuvre et à maintenir sur la durée. Complétées par des rencontres bilatérales on peu penser que cet investissement permet de présenter un niveau de coopération et de reconnaissance réciproque satisfaisant en 2020 comme l'exprime Nathalie Pontasse.

L'essentiel des Verbatims : pour favoriser la lecture j'ai pensé utile de laisser en l'état les verbatims de mes collègues, y compris dans la brièveté de la réponse qui soutient un point de vue déjà évoqué ou les quelques traits d'humour. Merci de protéger leurs auteurs qui via l'Andass n'engagent pas une position officielle de leur département (je pense particulièrement au point de vue porté par Maryse pour la Guyanne).

*Géraldine Malatier - Ardèche (DGA CD 320000 Hab.AURA)*

-quelle appréciation font-ils du fonctionnement de la commission de coordination des politiques publiques de santé dans le domaine des prises en charge et accompagnement médico-sociaux, prévue à l'article L. 1432-2 2° du code de la santé publique ?

*aucune info sur cette commission ce qui doit vouloir dire quelque chose...*

-comment se concrétise la coordination entre les schémas départementaux relatifs à l'autonomie prévus à l'article 312-5 du CASF 4° et les schémas régionaux de santé du L. 1434-3 III?

*les schémas départementaux ont été adoptés après le nouveau PRS donc nous y faisons référence. Par contre l'inverse ne vaut pas, et par ailleurs, le PRS reste un document peu lisible et très vague...*

*Patrick Genevaux - Doubs (Dga CD 529000 hab. Bourgogne-Franche Comté)*

Voici mon avis :

-quelle appréciation font-ils du fonctionnement de la commission de coordination des politiques publiques de santé dans le domaine des prises en charge et accompagnement médico-sociaux, prévue à l'article L. 1432-2 2° du code de la santé publique ?

*Il n'est pas toujours évident pour nous de savoir à quel type de réunion on est invité à l'ARS et de bien identifier si on est à la CCPP ou alors à une autre réunion répondant à un autre article du code de la santé publique (j'exagère à peine). On parle plus généralement de « réunions à l'ARS » qui se divisent en 3 catégories :*

*- les réunions démocratie sanitaire dans un amphithéâtre où le Département envoie un élu retraité qui écoute la présentation de l'ARS et les réactions des syndicats contestant le manque de moyens,*

- les réunions qui servent à présenter les nouveaux dispositifs de l'ARS ou le nouveau logiciel de suivi des indicateurs dans les CPOM et surtout à s'assurer que rien n'a été oublié dans le PRIAC – ca c'est important (je crois que c'est bien ça la réunion qu'on appelle « CCPP »). Les départements interviennent pour partager une expérience sur le terrain ou pour râler sur la pédopsychiatrie ou sur le DAC.
- les réunions sur un sujet précis qui sont en général beaucoup plus utiles.

Bref, les instances ARS-Départements ne sont pas inintéressantes pour partager l'info, mais ce qui fonctionne c'est surtout le bilatéral. Ce qu'on attend, c'est d'avoir des interlocuteurs responsabilisés pour résoudre telles difficultés ou pour pousser tel projet, pas des instances de concertation ou de dialogue.

-comment se concrétise la coordination entre les schémas départementaux relatifs à l'autonomie prévus à l'article 312-5 du CASF 4° et les schémas régionaux de santé du L. 1434-3 III?

L'ARS est associé à la préparation des schémas autonomie et les Départements sont associés à la préparation du PRS. Pour fixer des objectifs dans des domaines de compétence conjointe, la coordination est assez naturelle. Je vois deux natures de difficultés :

- sur le fond, ces schémas ne sont pas toujours utiles. Parfois ils sont l'instrument qui permet des évolutions ou transformations ambitieuses et à mobiliser les acteurs sur la durée sur de grands objectifs. Mais on a vu aussi des secteurs évoluer en dehors de la préparation des schémas (certaines décisions au BP ou changements de gouvernance associative sont plus stratégiques que des actions du schéma...) ainsi que des schémas qui ne disaient que des banalités (parfois même c'est ce qui est recherché).
- plus concrètement, les timings ne sont pas toujours harmonieux. Un PRS peut intervenir avant après ou pendant la révision de tel ou tel schéma, et réciproquement. La coordination des documents est parfois vaine, ce qui importante c'est la coordination des décisions sur le terrain.

De manière générale, ces deux questions m'inquiètent un peu. C'est ça le Ve risque ? Penser que ce sont les évolutions des instances prévues dans le code ou la méthode d'élaboration des documents programmatiques qui vont changer quoi que ce soit serait une grande erreur.

Les organisations localement peuvent trouver les instances qui leur vont bien et les méthodes d'élaboration des documents programmatiques qui garantissent la coordination. D'ailleurs, cela peut être différent en fonction des endroits et des moments. Il n'y aurait rien de pire à ce que le code rigidifie encore ces deux points pour rendre obligatoire la publication de l'avis de la CCPP et du DG ARS en annexe de la délibération du schéma de l'autonomie.

Je suggère qu'on nous laisse tranquille sur les questions d'instance et de méthode et qu'on avance sur la question des moyens et des ESSMS de compétence conjointe (facile à dire je sais)

*Didier Marcon - Hautes-Alpes (DGA département 141000 hab. PACA -Grand sud)*

*Je rejoins globalement l'avis de Patrick et je constate que les Départements sont toujours dans une position difficile vis-à-vis de l'ARS régionale tout simplement parce que nous sommes plusieurs collectivités face à une agence puissante. C'est une histoire antique d'Horace et de Curiace...*

*Seule une coordination régionale inter collectivités permettrait d'avoir une véritable négociation entre monde décentralisé et appareil d'État, quels que soient ses habits.*

*Après, le fonctionnement bilatéral entre délégation départementale ARS et Département s'articule plus ou moins bien, avec une influence significative des bonnes volontés individuelles et des relations interpersonnelles.*

*J'espère que le cinquième risque permettra de repartir sur une logique territoriale : il faudrait pouvoir définir localement la meilleure façon de prendre en charge les personnes selon leurs souhaits et de faire de la prévention efficiente en expérimentant une fusion globale des financements affectés sur un territoire donné et en autorisant des expérimentations décloisonnant nos vieilles frontières inadaptées mais fort résistantes, entre domicile et hébergement par exemple. Un droit à l'expérimentation souvent évoqué...*

*Valérie Kremski-Frey - Haute-Loire (DGA CD 227000 hab; AURA)*

*Sur le fonctionnement de la commission de coordination des politiques publiques de santé dans le domaine des prises en charge et accompagnement médico-sociaux, prévue à l'article L. 1432-2 2° du code de la santé publique, les départements y sont présents au même titre que les gestionnaires de structures et les autres représentants de familles ou d'usagers, notre positionnement et notre compétence sur le domaine ne sont pas reconnue n'y spécifiée. Il s'agit souvent de grande messe ou la messe justement est déjà dite, et les marges de manoeuvre ou de modification sont inexistantes. D'ailleurs nos élus en sortent souvent mécontent, leur point de vue pas entendu et en tout cas pas pris en compte, à la fin, ils n'y vont plus.*

*Sur la concrétisation de la coordination entre les schémas. Même si l'ARS est invitée à participer à l'élaboration de nos schémas, elle ne reprends pas dans son schéma régional nos observations et ne tient pas toujours compte de nos objectifs. En revanche nous inscrivons les orientations du PRS dans nos schémas. Ainsi quand nous avons été sollicités pour rendre un avis sur la PRS, nous avons été dans l'obligation de donner un avis défavorable, en justifiant notre avis sur des positions non conforme à nos objectifs (exemple sur la prévention santé et nos axes de travail en PMI, ou sur la répartition de l'offre en PA ). Il n'y a pas selon moi de réelle coordination entre les différents niveaux.*

*Voilà pour un premier retour, je peux compléter et développer si besoin.  
Mon bon souvenir à Laurent Vachey, rencontré quand j'étais en Lozère.*

*Anne Troadec - Savoie (DGA CD 431000Hab. AURA)*

*Je dirais que la commission de coordination ne sert strictement à rien pour les CD  
Ce n'est pas au niveau régional que l'on coordonne nos politiques publiques surtout avec la  
taille des nouvelles régions, on voit le flop des conférences régionales sur la pauvreté.*

*On se coordonne bien mieux sur des instances départementales informelles avec l'ARS, la  
CAF , la MSA, la CPAM, l'Etat  
Ou comme le dit Patrick sur des réunions régionales thématiques (MAIA par exemple) ou  
bilatérales CD /ARS en région*

*Sur les schémas, on a participé je pense assez utilement en local pour faire remonter nos  
préoccupations sur le PRS et le volet territorial du PRS est une première réponse , sur le  
schéma départemental forte présence de l'ARS , cela permettant en outre d'avoir des préco  
compatibles avec le PRS et de les expliquer .*

*Marie Richard - Landes (DGA CD 407000 hab. Nouvelle Aquitaine)*

*100% OK avec Anne.*

*Ces instances peu efficaces facilitent parfois des injonctions très descendantes et peuvent  
nuire à la qualité du partenariat informel que nous avons avec nos interlocuteurs.*

*Nathalie Assibat - Hautes-Pyrénées (DGA CD 228000 hab. Occitanie)*

*Je partage l'avis d'Anne avec des réserves supplémentaires sur la prise en compte des  
observations formulées sur le PRS.*

*Helena Pottiez - Orne : (DGA CD 283000 hab. Normandie)*

*Je partage totalement l'analyse de Patrick et Anne.*

*Et nous sommes épuisés par les centaines de sollicitations tous azimuts et parfois en mode  
« surprise »!de l'ARS.*

*Nathalie Pontasse (Directrice autonomie Pas-de-Calais CD 1,5 millions hab. Hauts de  
France puis DGA Sarthe CD 566000hab. Pays de la Loire)*

*Deux Départements, deux régions , 2 fonctionnements différents en fonction des  
interlocuteurs régionaux ARS et du cadre posé par chaque DGARS*

*Dans le pas de Calais, la commission fonctionne. Une attention particulière est portée aux  
CD compte tenu des partenariats avancés. Les collègues ARS au niveau de la direction  
territoriale ou de la direction de l'offre médico sociale régionale prennent attache du CD pour  
caler les présentations et solliciter nos interventions*

*Sur le PRS 2 , nous avons été associés à son élaboration et nos préconisations ont été  
prises en compte majoritairement. De la même manière l'ARS s'est engagée au niveau de  
ses entités départementales dans l'élaboration de schéma unique volet autonomie  
En Sarthe, aucun contact avec le niveau régional qui vit sa vie sans les CD. Le DT est dans  
chaque département l'interlocuteur unique ARS... inutile de dire que ça limite  
l'investissement*



*Mes collègues m'ont indiqué avoir été peu associé au PRS et l'agence a été présente en pointillé sur le schéma unique*

*La commission est « inconnue » des services départementaux*

*Je partage globalement l'avis des collègues sur le niveau local pertinent à condition qu'il soit structuré fortement ; ce qui n'est pas le cas dans mon nouveau département*

*Sophie Quériaud - Creuse (DGA CD 118000 hab. Nouvelle Aquitaine)*

*Je partage aussi*

*Épuisant et les décisions ne peuvent se prendre des sièges des ARS à près de 50 personnes dans une réunion*

*Pour la Nouvelle Aquitaine 12 CD et autant de pratiques différentes et d'enjeux politiques aussi*

*Ces instances ne sont pas efficaces et pertinentes*

*Ce n'est pas le bon niveau*

*Marie Lauze - Lozère (DGA CD 76000 hab. Occitanie)*

*je partage les précédents avis sur la perte de lisibilité (efficacité) des modes actuels*

*Anne Gireau - Seine-Maritime. (DGA CD 1,5 million hab. Normandie)*

*Je confirme à mon tour : la coordination ne fonctionne pas au niveau régional, sinon dans un mode descendant, informatif mais fonctionne plutôt à un niveau bilatéral, et nos orientations – préoccupations sont prises en compte , dans la mesure où elles ne contredisent pas une orientation nationale s'imposant à l'ARS*

*Maryse Labeca ( Conseillère experte au sein de la DGA CT de Guyane)*

*Je suis en position délicate pour faire une réponse à ce genre de questions. je peux te faire part de mes constats:*

*Le DGA en charge de la Prévention, de la Solidarité et de la Santé a pris son poste le 18 juillet 2019 en Guyane. Avant lui, il y avait 2 agents locaux de passage qui n'ont impulsé aucune action.*

*Le DGA en poste est un ancien directeur de l'ARS de Bourgogne, Mr Patrice RICHARD. Il découvre ses fonctions de DGA dans la Fonction Publique Territoriale*

*Ses priorités actuelles sont de faire élaborer l'ensemble des schémas de prévention et de protection de l'enfance; ce qui est largement entamé et presque atteint grâce à l'intervention de consultants et en assurer la mise en oeuvre. Le schéma de l'autonomie, ( PA- PH), celui de l'Enfance et de la Famille sont réalisés. Sont en cours celui de la PMI et du service social. Loin de penser de façon transversale, chaque service érigé en direction bâtit son schéma territorial, bien entendu avec quelques recoupements sur la protection de l'enfance, l'accompagnement des familles...*

*Les questions de coordination des politiques publiques sont déjà à envisager au sein d'une même Collectivité. Il y a quelques grandes réunions qui sont organisées afin d'esquisser une articulation des politiques régionales de l'État et de celles des Collectivités locales comme la*

*Collectivité Territoriale de Guyane, (CTG). Le DGA ou quelques agents sont chargés d'y participer. Mais il me semble que cela diffuse peu. Par exemple il y a des agents membres de la CRSA: conférence régionale pour la Santé et l'Autonomie qui sont répartis en commission Prévention,médico- sociale, organisation des soins, usagers. Mais il y a peu de retours en dehors de l'assemblée plénière de la CRSA. Ce qui mobilise un peu la transversalité en interne et en externe, ce sont les stratégies mise en place par les différents ministères dont celle de la prévention et la lutte contre la pauvreté, celle de la prévention et de la protection de l'enfance, la conférence des financeurs, etc...*

*A mon humble avis, plus que de la coordination, les collectivités locales se voient mises en demeure d'entrer dans le cadre suggéré par les agents de l'État. Des moyens qui se veulent supplémentaires sont proposés sous condition d'indicateurs et autres principes définis par ou négociés avec les ministères. Bref, je ne sais pas finalement, si l'objectif est la coordination ou une certaine guidance. Il faudrait prendre le temps de vraiment évaluer ces dispositifs de coordination et les pratiques en cours.*

*Ces propos n'engagent que moi. Je ne suis pas mandatée pour parler au nom de la CTG au sein de l'ANDASS.*