

# Conférence nationale de santé

Avis du 29 novembre 2012 sur le bilan de la démocratie sanitaire en région

EMBRASSER UNE APPROCHE GLOBALE DE LA SANTÉ



# Conférence nationale de santé

## Avis du 29 novembre 2012 relatif au bilan de la démocratie sanitaire en région

### Table des matières :

<b>Avant-propos</b> .....	<b>3</b>
<b>Introduction</b> .....	<b>6</b>
<b>Méthode de l'avis :</b> .....	<b>7</b>
<b>La conférence régionale de la santé et de l'autonomie</b> .....	<b>9</b>
Les missions .....	9
La concertation préalable : un acquis majeur de la démocratie sanitaire.....	18
La composition de la CRSA .....	19
Le fonctionnement de la CRSA.....	21
La lisibilité, les moyens et la question de l'autonomie des CRSA .....	27
<b>Les Conférences de Territoire :</b> .....	<b>32</b>
Les missions des Conférences de Territoire .....	32
La composition .....	33
Le fonctionnement .....	34
Le cas particulier des régions qui n'ont qu'un territoire.....	35
<b>Démocratie sanitaire et Contrats Locaux de Santé :</b> .....	<b>36</b>
<b>Les autres consultations de l'ARS :</b> .....	<b>37</b>
La consultation formelle des collectivités territoriales .....	37
La consultation du conseil de surveillance :.....	37
Les commissions de coordination : .....	38
Les autres procédures de consultation mises en place par les ARS .....	38
<b>Conclusions et perspectives :</b> .....	<b>40</b>
<b>Synthèse des recommandations de la Conférence Nationale de Santé</b> .....	<b>42</b>
<b>Annexes</b> .....	<b>44</b>
Textes réglementaires .....	45
Grille d'analyse des sites Internet des ARS .....	45



## Avant-propos

### Trois ans après la loi HPST, un premier bilan de la démocratie sanitaire en régions

La loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires du 21 juillet 2009 a réformé les instances de démocratie sanitaire en régions en instaurant les Conférences Régionales de la Santé et de l'Autonomie (CRSA) et les Conférences de Territoire qui prenaient la suite des Conférences Régionales de Santé et des conférences de bassin avec des missions, une composition et une organisation des travaux renouvelées. Deux ans après la mise en place de ce nouveau dispositif, la Conférence Nationale de Santé (CNS) a souhaité en faire une première évaluation. Ce bilan s'est basé sur une triple enquête, auprès des présidents de CRSA, des présidents de conférences de territoire et des Directeurs Généraux des Agences Régionales de Santé (DGARS) et sur les travaux d'un groupe de travail de la CNS. Nous présenterons ici essentiellement les résultats concernant les CRSA.

### Le modèle de démocratie sanitaire en régions

Ce modèle a trois caractéristiques essentielles : il est pluraliste, consultatif et participatif, particularités auxquelles s'est attaché dans un premier temps notre bilan.

La **représentation** de l'ensemble des parties prenantes, usagers et professionnels, élus et partenaires sociaux, acteurs sanitaires, médico-sociaux ou de prévention, est appréciée de tous. Elle permet le croisement des regards et des points de vue et favorise l'acculturation réciproque. Elle est cependant à conforter en donnant plus de marges de manoeuvre aux DGARS, en assurant une meilleure représentativité des territoires et en harmonisant les procédures de désignation des usagers par un recours unique auprès des associations agréées. La représentativité de droit doit aussi avoir les moyens pour s'exercer de fait. A cet effet, il convient d'assurer les conditions pour que tous, notamment les usagers salariés, puissent bénéficier du droit au congé de représentation, ce qui n'est pas le cas actuellement pour les CRSA et les Conférences de Territoire. C'est un préalable indispensable à une réflexion nationale sur les conditions de participation aux instances de démocratie sanitaire en s'inspirant des statuts des autres instances consultatives démocratiques. Enfin, en raison de l'augmentation de leurs tâches, il nous semble souhaitable de renforcer l'effectif des commissions spécialisées dans le domaine des droits des usagers des CRSA.

La **consultation** des CRSA s'exerce dans le respect de la réglementation. Dans de nombreuses régions elle intègre des saisines complémentaires à l'initiative de l'ARS sur des programmes spécifiques répondant à des préoccupations régionales en raison soit de particularités géographiques, soit d'une attention particulière portée à certains thèmes. Près de la moitié des CRSA se sont autosaisies notamment sur le financement des politiques de santé, des thèmes d'actualité ou sur des spécificités de l'état de santé régional.

Deux grands thèmes de santé publique, la santé au travail et la santé environnementale, échappent cependant à ce processus consultatif au prétexte d'une co-construction entre ARS, collectivités territoriales et autres services de l'Etat en régions. Ce prétexte nous paraît discutable car la CRSA est saisie sur le schéma régional d'organisation médico-sociale qui est également co-construit avec une collectivité territoriale. Il nous paraît donc nécessaire qu'à l'avenir les plans régionaux santé-travail et santé-environnement fassent l'objet d'une saisine pour avis de la CRSA.



L'élargissement des missions des CRSA passe aussi par une formalisation réglementaire de leurs rôles dans le suivi et l'évaluation du Projet Régional de Santé (PRS).

Pour exercer pleinement leurs fonctions consultatives, les membres des instances doivent être informés non seulement sur les programmes, schémas et projets qui leur sont soumis mais aussi sur le contexte régional des politiques de santé. Nous préconisons donc une information obligatoire des CRSA par les ARS sur les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens signés entre l'Agence et les Ministères, sur les montants et la composition des Fonds d'Intervention Régionaux et sur l'état annuel des dépenses de santé en régions. Cette information complétera un programme de formation initiale et continue à mettre en place car quasiment inexistant actuellement, pour les membres des instances de démocratie sanitaire.

La fonction consultative des CRSA nécessite aussi une structuration du dialogue avec les ARS. Les avis des CRSA sont reconnus comme utiles et de bonne qualité par les DGARS qui disent les prendre en compte, ce que confirment la majorité des présidents des Conférences. Il paraît néanmoins indispensable que ces avis et recommandations puissent bénéficier d'un tableau de bord de suivi et surtout d'une réponse formelle des DGARS.

Enfin, les CRSA ont pour mission l'élaboration d'un rapport annuel sur le respect des droits des usagers. Au delà du cahier des charges national qui régit le contenu de ce rapport, nous recommandons qu'un effort important soit consacré à la mise en place d'un dispositif d'observation harmonisé entre les régions.

La démocratie sanitaire en régions est également **participative**. Bien que non prévue par la réglementation, une concertation importante s'est développée en amont des saisines, des avis. Tous les DGARS la soulignent. Il pourrait s'agir là d'une posture si elle n'était confirmée par les présidents des CRSA qui sont quasi unanimes (sauf deux) pour souligner l'importance de ce processus. Cette concertation a revêtu de nombreuses modalités : rencontres régulières entre le DGARS et le président de la CRSA, participation des membres des instances de la CRSA aux groupes de travail mis en place pour l'élaboration du PRS, ateliers thématiques, comités de pilotage mixtes coprésidés par l'ARS et les présidents de commissions spécialisées, mise en place d'un comité de pilotage du PRS avec des membres de la CRSA. La fonction participative des Conférences s'est aussi exprimée à travers l'organisation de débats publics, le plus souvent en concertation avec les ARS. Ces débats dont chacun souligne l'intérêt gagneraient à être mieux évalués et à bénéficier d'une réflexion méthodologique nationale.

En règle générale, la Conférence n'a pas eu le monopole de la concertation même si ses membres sont pour beaucoup d'entre eux associés à cette démarche. Le fait que d'autres personnes, non membres de la CRSA, que d'autres instances notamment techniques participent à ce processus n'entraîne pas de critique fondamentale des présidents de CRSA sous réserve d'une transparence accrue des missions et de la composition de ces comités techniques.

### **La lisibilité, les moyens et la question de l'autonomie des CRSA**

Les CRSA souffrent à l'évidence d'un manque de lisibilité et de notoriété important. Leur communication, parfois furtive, se fait essentiellement par le biais des sites Internet des ARS. La publicité des avis par les ARS, partiellement respectée, se double de tentatives de médiatisations par les présidents des CRSA. La communication grand public reste à parfaire et les présidents de



CRSA et les DGARS s'accordent sur le diagnostic d'une quasi absence de notoriété et de reconnaissance des CRSA. Il nous paraît donc indispensable de développer une véritable stratégie de communication de la démocratie sanitaire en régions passant par un plan de communication et le développement de moyens spécifiques.

La communication n'est pas le seul domaine où les CRSA réclament des moyens spécifiques. Certes vue des ARS la démocratie sanitaire en région est consommatrice de moyens humains, logistiques et financiers, mais elle reste le parent pauvre des instances consultatives démocratiques si on la compare, par exemple, aux Conseils Economiques, Sociaux et Environnementaux Régionaux. Pour s'exercer pleinement les CRSA doivent pouvoir bénéficier de moyens dédiés, des ressources humaines de secrétariat et de rédacteurs, des moyens logistiques, un budget propre par dotation spécifique permettant les auto-saisines et l'organisation de débats publics.

Une certaine autonomie de moyens n'implique cependant pas une séparation complète entre la CRSA et l'ARS. Les liens privilégiés qui les unissent favorisent une concertation étroite dont la poursuite est souhaitée par tous.

### **Conclusion et perspectives**

La démocratie sanitaire en régions, dans son format actuel, est encore jeune même si elle est l'héritière de processus démocratiques remontant pour certains aux années quatre-vingt-dix. Le bilan en est globalement positif même s'il impose des améliorations. Notre bilan s'est cependant surtout attaché à l'analyse des procédures mises en place en régions dans les instances de démocratie sanitaire. Ce n'est qu'une première étape de notre réflexion collective. Au delà du suivi de nos recommandations, il nous impose d'approfondir la place du débat démocratique dans la construction des politiques de santé. Promouvoir ce débat impose de s'inscrire dans une démarche de long terme, construite, organisée, où chaque acteur apprend à prendre sa place dans la construction d'un équilibre aujourd'hui encore fragile. Cet équilibre doit s'appuyer sur des études d'impact partagées, sur une analyse collective des indicateurs de santé, pour permettre la confrontation des points de vue entre population, acteurs et financeurs et assoir la légitimité démocratique des choix opérés. Ce partage est le meilleur vecteur d'une plus grande compréhension par tous des enjeux actuels de notre système de santé.

Notre bilan de la démocratie sanitaire ne pourra, à terme, se satisfaire d'une approche uniquement régionale. A court terme il nous faudra élargir le champ de notre réflexion aux autres instances de démocratie sanitaire et notamment au rôle, à la fonction de la Conférence Nationale de Santé qui doit prendre toute sa place dans la construction des politiques nationales de santé. L'analyse des missions et procédures actuelles s'impose mais, au delà, il sera certainement nécessaire de renforcer la place de la CNS dans les démarches de concertation nationale et de préciser ses articulations avec les autres instances consultatives nationales.

La transversalité du champ de la santé et les enjeux sociétaux qu'il implique ne pourront plus, à terme, se satisfaire d'une démocratie sanitaire placée à côté des institutions. La démocratie sanitaire doit être un élément central du changement que l'évolution du système de santé, son suivi et son évaluation rendent indispensables



## Introduction

La loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires du 21 juillet 2009 a profondément réformé l'organisation du système de santé en région et, en particulier, les instances de démocratie sanitaire en instaurant les Conférences Régionales de la Santé et de l'Autonomie - CRSA (décret n° 2010-348 du 31 mars 2010) et les Conférences de Territoire – CT (décret n° 2010-347 du 30 mars 2010). Ces instances prenaient la suite des Conférences Régionales de Santé et des conférences de bassin avec des missions, une composition et une organisation des travaux renouvelées.

Cette réforme a permis l'émergence d'un modèle français de démocratie sanitaire en région ayant trois caractéristiques :

- Il est **pluraliste** et **représente** de toutes les parties prenantes, des groupes d'intérêt ou professionnels ;
- Il est **consultatif** et comme tel, émet un avis formel sur les politiques de santé élaborées et mises en place en région ;
- Il est enfin **participatif** car, sans que cela soit initialement inscrit dans les textes réglementaires, ses fonctions consultatives ont induit rapidement une concertation importante avec les Agences Régionales de Santé comme cela sera démontré dans ce rapport.

Ce modèle semble original car si la démocratie sanitaire existe dans de nombreux pays elle est limitée généralement à la consultation des citoyens ou de leurs représentants<sup>1</sup> et dissociée de la consultation des parties prenantes (« stakeholder consultation »)<sup>2</sup>.

Deux ans après la mise en place de ce nouveau dispositif, la Conférence Nationale de Santé (CNS) a souhaité en faire une première évaluation et s'est donc autosaisie de l'élaboration d'un avis portant sur le bilan de la démocratie sanitaire en région.

**Les objectifs de cette évaluation étaient d'explorer trois thèmes et les questions qu'ils soulèvent<sup>3</sup> pour la démocratie sanitaire en région :**

### ***Le champ de la démocratie sanitaire :***

- La réalisation des missions confiées aux instances de démocratie sanitaire (C.R.S.A., C.T.) a-t-elle été conforme à l'esprit des textes législatifs et réglementaires qui les ont précisées ?
- Quel est le champ de la démocratie sanitaire, qui est aujourd'hui essentiellement mise en action lors de l'élaboration de la politique de santé : quel est son rôle dans le suivi et l'évaluation de celle-ci ?
- Quelle est la place de la démocratie sanitaire participative par rapport à la démocratie sanitaire représentative (instances, C.R.S.A. et C.T.) ?

<sup>1</sup> A l'image du Forum de la population du Québec ou des Consumer's Health Forum en Australie

<sup>2</sup> National Stakeholder Forum au Royaume Uni, Stakeholder Advisory Committee en Californie, Scottish Health Council en Ecosse, Annual Stakeholder Consultation en Ontario, consultation process for health strategy minister for health en Irlande, etc.

<sup>3</sup> Lettre de mission en annexe



### ***L'organisation et la mise en œuvre de la démocratie sanitaire :***

- Comment s'exerce réellement la démocratie sanitaire en région, y compris au-delà des instances de démocratie sanitaire, et quel est son impact sur la politique de santé menée par l'A.R.S. ?
- Quelle est la place des acteurs de santé, en particulier des collectivités locales, dans le cadre de cette démocratie sanitaire en région ?
- Comment s'articulent les différents niveaux de démocratie sanitaire, régional et infrarégional ? la C.R.S.A. doit-elle organiser la démocratie sanitaire au niveau local ?

### ***Les ressources :***

- Quelle est la nature et la typologie des représentations dans les instances de démocratie sanitaire en région ?
- Quels sont les moyens consacrés à la démocratie sanitaire, en matière d'autonomie par rapport aux pouvoirs publics, de fonctionnement propre (moyens humains et financiers) et de mise en place, de disponibilité d'outils partagés ?

## **Méthode de l'avis :**

Ce rapport s'appuie sur :

### **Une triple enquête :**

#### ***➤ Auprès des présidents de CRSA et des présidents de Conférences de Territoires***

- Objectif : recueillir les éléments de bilan et d'évaluation du fonctionnement de la CRSA et des CT et de la qualité de dialogue avec l'ARS.
- Modalités de recueil des données : Par questionnaire auto-administré<sup>4</sup> auprès des présidents de CRSA et de CT, envoyé par mail par le secrétariat de la CNS à tous les présidents accompagné d'un courrier de la Présidente de la CNS et du protocole d'étude. Le recueil de données a été effectué du 7 juin au 31 août 2012.
- Participation aux enquêtes :
  - ✓ Pour les CRSA : 25 sur 27 (il n'a pas été possible d'obtenir les deux questionnaires manquants malgré les relances).
  - ✓ Pour les CT : 39 sur 109. La comparaison des profils des répondants et des non répondants n'a pas mis en évidence de différence significative.

#### ***➤ Auprès des Directeurs Généraux des Agences Régionales de Santé (DGARS)***

- Objectif : Obtenir l'avis en « miroir » par rapport aux instances de démocratie sanitaire des principaux « activateurs » de cette démocratie que sont les ARS. Faire ainsi le bilan de son

---

<sup>4</sup> Questionnaires en annexe



apport, de son utilité, de son fonctionnement pour l'élaboration et le pilotage des politiques de santé en région.

- Modalités de recueil des données : par entretien téléphonique avec les DGARS à partir d'un questionnaire semi quantitatif<sup>5</sup> qui leur avait été envoyé au préalable ainsi que le protocole de l'étude. Les entretiens ont été réalisés par le rapporteur, Jean-Louis Salomez pour 19 d'entre eux et par un membre du groupe de travail, Bertrand Garros pour les sept autres. Les DGARS avaient la possibilité de compléter leurs réponses par écrit. Le recueil de données a été effectué entre le 7 juin et la 14 juillet 2012.
- Participation à l'enquête :
  - ✓ Toutes les ARS ont participé à l'enquête. Dans deux cas le DGARS n'a pu lui-même participer à l'entretien. Il a mandaté le directeur en charge de la démocratie sanitaire au sein de son ARS.

*Pour la présentation des résultats de ces enquêtes et notamment les entretiens auprès des DGARS, l'anonymat des réponses était garanti. Aucune des réponses individuelles n'a été diffusée et aucune cartographie des régions effectuée.*

#### **Le recueil des avis des membres de la Conférence Nationale de Santé :**

- Au cours des réunions de la Commission Permanente de la CNS du 11 septembre, 9 octobre et 13 novembre 2012.
- Au cours des réunions du groupe de travail spécifique mis en place par la CNS sur ce sujet, les 18 septembre et 15 octobre 2012 (pour cette dernière réunion, tous les présidents de CRSA ont été invités).

#### **Le recueil des avis des Directeurs Généraux d'ARS :**

- Au cours d'une réunion le 19 octobre 2012.

#### **L'analyse du contenu des sites Internet des ARS réalisé à la mi-octobre 2012<sup>6</sup>**

#### **Une analyse de la bibliographie nationale et internationale sur l'organisation et le fonctionnement de la démocratie sanitaire.**

---

<sup>5</sup> Questionnaire en annexe

<sup>6</sup> Grille d'analyse en annexe





# La conférence régionale de la santé et de l'autonomie

## Les missions

Les missions des CRSA sont fixées par voie législative et réglementaire<sup>7</sup>.

La CRSA :

- « rend un avis sur :
  - Le projet régional de santé (PRS) ;
  - Le plan stratégique régional de santé ;
  - Les projets de schémas régionaux de prévention, d'organisation des soins et de l'organisation médico-sociale ;
  - Le rapport annuel sur le respect des droits des usagers du système de santé ;
- établit chaque année un rapport sur son activité ;
- détermine les questions de santé qui donnent lieu aux débats publics qu'elle organise selon des modalités fixées par le règlement intérieur ».

## 1. Les saisines :

### 1.1. Les saisines prévues par la réglementation sont respectées avec parfois des saisines complémentaires :

- Les saisines complémentaires concernent en règle générale des programmes spécifiques « non obligatoires » répondant à des préoccupations régionales en raison soit de particularités géographiques (chlordécone, transport des patients vers le continent), soit d'une attention particulière portée à certains thèmes (suicide, personnes âgées, infections liées aux soins, etc.)
- Près de la moitié des CRSA se sont autosaisies sur :
  - des programmes,
  - des vœux et motions adressés à l'ARS voire au niveau national sur notamment sur le financement des politiques de santé,
  - des thèmes d'actualité (Aide Médicale d'Etat, étrangers malades, accessibilité des soins pour certaines populations), sur l'état de santé particulièrement dégradé de la région.
- Certaines CRSA ont parfois souhaité émettre un deuxième avis après la prise en compte par l'ARS de l'avis initial sur le PRS ou un de ses volets

### 1.2. Certaines saisines posent problème :

- **Les zonages mono professionnels**  
Ils sont établis selon une méthode nationale « verrouillée » et largement contestée qui ne concerne que les professionnels de santé libéraux. Ils découlent d'une négociation nationale conventionnelle et sont souvent précédés au niveau régional d'une négociation

<sup>7</sup> Décret n° 2010-348 du 31 mars 2010



catégorielle. Les marges de manœuvre de la CRSA sont ainsi très faibles et les professionnels concernés ne comprennent pas qu'un accord puisse ultérieurement faire éventuellement l'objet d'une remise en question. Beaucoup de DGARS sont partisans de supprimer la consultation sur ces zonages professionnels, d'autant que les logiques régionales mises en œuvre dans le Projet Régional de Santé sont plus souvent orientées vers une approche pluri professionnelle qui est également souhaitée par les CRSA. ***Nous proposons donc la suppression de la saisine des CRSA sur ces zonages.***

- **L'avis sur le PRIAC**

Réglementairement<sup>8</sup> l'avis sur le PRIAC est rendu par la commission spécialisée pour les prises en charge et accompagnements médico-sociaux. Cependant le PRIAC fait partie du PRS et comme tout volet du PRS, doit être soumis à l'avis de l'ensemble de la CRSA. Cette situation peut conduire à l'émission de deux avis qui pourraient éventuellement ne pas être identiques. ***Nous préconisons donc l'émission d'un seul avis de la CRSA qui serait préparé par la commission spécialisée pour les prises en charge et accompagnements médico-sociaux, comme cela est prévu pour le schéma médico-social.***

## **2. Les avis**

### **2.1 Modalités d'adoption :**

La nature du vote lors des plénières ne fait quasiment plus débat au sein des CRSA. Dans toutes les régions sauf une, le vote porte sur l'avis élaboré par la Conférence. Dans six régions cependant le vote porte également sur le PRS lui-même (ou ses composantes) ce qui peut parfois aboutir à une prise de position ambiguë (un avis plutôt favorable et un vote négatif en plénière). ***Nous recommandons donc que le vote ne porte que sur l'avis préparé par la CRSA*** (un rejet du PRS ou de ses composantes peut ainsi être fait par l'adoption d'un avis négatif).

### **2.2 Utilité :**

Les avis sont considérés comme tout à fait utiles par la grande majorité des DGARS (22/26). Trois DGARS les considèrent comme assez utiles et un seul comme peu ou pas utile.

### **2.3 Qualité :**

Beaucoup de DGARS soulignent la qualité des travaux, très bonne (12/26) ou bonne (8/26) même si dans de rares cas ils ne les jugent pas assez techniques. Cinq DGARS les trouvent assez bons et un seul mauvais.

### **2.4 Prise en compte de l'avis par l'ARS**

Tous les DGARS ont répondu qu'ils prenaient en compte les avis de la CRSA même si cela ne les conduisait pas toujours à une modification significative du contenu du PRS. (« Avis que l'on entend toujours et que l'on suit parfois »).

---

<sup>8</sup> Art. D. 1432-40 du décret n° 2010-348 du 31 mars 2010 relatif aux CRSA



Dans leur grande majorité les présidents de CRSA soulignent qu'effectivement l'avis a été pris en compte par l'ARS, totalement (10/25) ou partiellement (10/25). Seules cinq régions ont déploré la prise en compte trop insuffisante de leurs avis. Des pans entiers du PRS comme un schéma ont même été réécrits dans certaines régions à la demande de la CRSA. Ils soulignent que même quand l'ARS n'a pas suivi la CRSA il y a eu infléchissement de la formulation.

En fait, comme le souligne la plupart des DGARS, le processus de concertation préalable a souvent permis de tenir compte de la position des membres de la CRSA avant la saisine pour consultation.

***Nous recommandons aux CRSA de mettre en place un tableau de bord pour suivre leurs préconisations et faire ainsi un bilan de leur action. Ce tableau de bord peut être un support de dialogue avec l'ARS.***

Pour les Conférences de Territoire, la réglementation prévoit une réponse formelle du DGARS aux avis (Art. D. 1434-11 « Le directeur général de l'agence régionale de santé communique à la conférence de territoire les suites qui ont été réservées à ses avis et ses propositions dans un délai de trois mois suivant leur transmission »). ***Pour garantir la mise en place d'un dialogue entre CRSA et ARS, nous proposons qu'une disposition identique soit intégrée à la réglementation pour les CRSA : « Le directeur général de l'agence régionale de santé communique à la conférence régionale de la santé et de l'autonomie les suites qui ont été réservées à ses avis et ses propositions dans un délai de trois mois suivant leur transmission ».***

### **3. L'information préalable des membres de la CRSA pour exercer leurs missions**

#### **3.1 Une quasi-absence de formation :**

Tous les membres de la CRSA n'ont pas forcément, notamment en phase initiale, une connaissance approfondie de l'organisation, du fonctionnement du système de santé et de protection sociale. Même des professionnels ne connaissent pas toujours l'ensemble de leur champ d'exercice. Les méthodes de programmation, de suivi et d'évaluation d'un projet, d'élaboration et d'utilisation d'indicateurs ne sont pas connues du plus grand nombre. Or dans 20 régions aucune formation n'a été proposée aux membres de la CRSA. Seuls les usagers ont pu parfois en bénéficier mais en règle générale en dehors de la CRSA (formations assurées notamment par le CISS et les CISS régionaux).

Il aurait été souhaitable que dès l'installation des instances de démocratie sanitaire des formations soient prévues pour leurs membres. Ces formations sont indispensables également tout au long du processus de fonctionnement de la démocratie sanitaire (par exemple sur l'évaluation du PRS).

***Nous recommandons qu'une stratégie de formation soit établie pour les membres des CRSA en lien, au plan national, avec la Conférence Nationale de Santé.*** Parmi les thèmes les plus souvent cités : l'organisation du système de santé y compris sur l'articulation entre les différents secteurs, le système de protection sociale, les méthodes d'élaboration des programmes en santé, les méthodes et modèles d'intervention en santé publique, sur l'état de santé de la région concernée.



### **3.2 Une information suffisante cependant sur les volets du PRS**

Les présidents de CRSA se sentent dans leur immense majorité (21/25) suffisamment informés sur les volets du PRS lorsqu'ils ont un avis à rendre. On peut même parler parfois d'une surinformation devant l'importance des documents soumis par l'Agence (plus de 450 pages par exemple pour un SROS).

### **3.3 Une demande d'information supplémentaire**

La plupart des présidents de CRSA<sup>9</sup> se sentent frustrés de ne pas être suffisamment informés d'une part des objectifs nationaux de santé négociés entre les ARS et leur Ministère de tutelle et d'autre part des enjeux financiers qui sous-tendent les politiques de santé : l'évolution des dépenses régionales de santé, les contraintes de respect de l'ONDAM, l'évolution des mécanismes et des volumes des crédits d'intervention, les politiques régionales de maîtrise des dépenses de santé. L'ensemble de ces éléments oriente de façon significative le Projet Régional de Santé.

***Nous proposons donc que réglementairement une information des CRSA (sans avis) soit faite par les services de l'ARS sur :***

- **Les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens** signés entre les ARS et le Ministère de la Santé d'autant que certains de ses objectifs seront utilisés pour évaluer le PRS.
- **Le Programme Régional de Gestion du Risque**
- **L'état des dépenses de santé en région**

***et une information avec avis sur la répartition et l'utilisation du Fond d'Intervention Régional***

## **4. Suivi et évaluation du PRS :**

Le suivi et l'évaluation du PRS entrent clairement dans les missions de la CRSA pour la plupart des DGARS et pour tous les présidents de CRSA. L'article L1432-4 de la loi HPST prévoit certes cette mission mais dans des termes peu incitatifs (« La conférence régionale de la santé et de l'autonomie peut faire toute proposition au directeur général de l'agence régionale de santé sur l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de la politique de santé dans la région »).

Cette implication passe pour les DGARS par :

- Une concertation avec consultation sur les modalités de suivi et d'évaluation.
- Un partage des indicateurs de suivi avec des modalités variables selon les agences : comité ou groupe de suivi, mise en place de feuilles de route, de tableaux de bord éventuellement thématiques en lien avec les commissions spécialisées.
- Par contre le co-pilotage de l'évaluation avec la CRSA n'est pas retenu. Il s'agit pour eux d'une mission de l'ARS qui est d'ordre technique alors que la CRSA a essentiellement un rôle politique.

La plupart des présidents de CRSA revendiquent que la Conférence soit associée dès le départ y compris sur les modalités et le pilotage de cette évaluation, tout en reconnaissant parfois les

---

<sup>9</sup> Comme membres des conseils de surveillance les présidents de CRSA ont accès à ces informations mais ne sont pas censés diffuser à l'extérieur le contenu des débats et des documents de cette instance



limites de la CRSA en terme de disponibilité et d'expertise sur ce champ. Beaucoup souhaitent une instance dédiée<sup>10</sup> au suivi et à l'évaluation associant l'ARS et la CRSA.

Certains présidents de CRSA souhaitent également intégrer au-delà des informations fournies par l'ARS, les remontées du terrain sur la mise en place opérationnelle des volets du PRS.

Présidents et DGARS soulignent l'intérêt d'une évaluation externe dont les rapports et conclusions pourraient être partagés.

Enfin l'implication de la CRSA dans le suivi et l'évaluation du PRS paraît nécessaire pour maintenir la motivation de la Conférence au-delà de l'adoption du PRS.

***Nous recommandons que la CRSA puisse émettre un avis formel sur le suivi et l'évaluation du PRS :***

- ***Annuellement sur un rapport de suivi du PRS présenté par l'Agence.***
- ***Au minimum à mi-parcours et à la fin du PRS sur un rapport d'évaluation du PRS présenté par l'Agence.***

## **5. Place des CRSA dans le débat public**

Moins de la moitié des CRSA a déjà organisé un débat public. La plupart en préparent actuellement. Les thèmes sont très diversifiés : parcours de soins ou de santé, prévention de certaines pathologies, organisation et accès au système de soins, santé de populations particulières (jeunes, personnes âgées...), problèmes spécifiques (santé mentale, conduites addictives...), droit des usagers, médicaments, etc.

### **5.1 Un préalable, l'utilité et la méthode du débat public :**

- Un très large consensus se dégage des DGARS et des présidents de CRSA sur la nécessité de ces débats, compléments nécessaires et utiles aux instances consultatives. Ces débats permettent au grand public de s'exprimer au-delà des instances représentatives. Ils ont aussi un rôle d'information et de communication. Pour la CRSA ils permettent d'enrichir la réflexion et donc les avis et les recommandations de la conférence en tenant compte de la perception de la population et éventuellement d'intervenants extérieurs. Dans les régions où des débats publics ont déjà eu lieu, le taux de participation était satisfaisant (de cent à plusieurs centaines de personnes). Même lorsque la fréquentation était limitée, les débats ont été très riches et instructifs. Ils ont constitué une période d'échanges privilégiés et d'appropriation par le public. Toutes les forces vives de la santé étaient représentées (professionnels, politiques, syndicats, usagers, etc.). Ils ont permis de renforcer les messages formulés dans l'avis (démographie médicale et accès aux soins, besoins en réponses médico-sociales, en équipements). En règle générale, il y a eu une couverture médiatique de l'événement. Par contre l'absence d'évaluation de l'impact de ces débats publics est souvent déplorée par les DGARS. Très souvent, l'importance de la participation au débat public est prise comme unique indicateur d'évaluation. En fait d'autres critères pourraient être utilisés mesurant, par exemple, l'influence du débat public sur la notoriété

<sup>10</sup> Dans certaines régions un comité de suivi du PRS associant l'ARS, la CRSA et parfois d'autres personnalités a été mis en place après l'adoption du PRS.



des CRSA, sur le contenu des avis des Conférences, sur le contenu des politiques de santé élaborées par les ARS, etc.

- Sur la méthode d'organisation d'un débat public les avis sont partagés sur l'élaboration d'un cahier des charges national précis, surtout s'il est contraignant. Par contre une réflexion partagée, un échange, des références sur ce thème semblent souhaités par beaucoup tout en laissant libre l'initiative locale. Des expériences originales s'inspirant du concept de « café philo » ont été entreprises avec succès dépassant la méthode classique du débat public. L'intérêt des débats décentralisés en impliquant les conférences de territoire est également souligné. L'important est que le débat ne soit pas une simple séance d'information ni ne soit « ficelé » à l'avance et qu'il débouche sur du concret après un débat éclairé, sur des recommandations et des suggestions notamment sur les programmes et déclinaisons du PRS en région mais aussi sur des modifications de pratique.

## **5.2 La place respective de la CRSA et de l'ARS :**

- Le choix du thème est soit à l'initiative soit de la CRSA, soit résulte d'une concertation entre l'ARS et la CRSA.
- L'organisation matérielle s'est en règle générale appuyée sur les ARS (c'est de leur ressort pour beaucoup de présidents) en termes de moyens humains (notamment les chefs de projet de la thématique), financiers et logistiques (préparation, location de salle, publicité, rémunération d'un animateur, secrétariat, contact des intervenants). La préparation s'est faite le plus souvent avec le service de démocratie sanitaire, le service communication de l'Agence et les médecins responsables de pôles. Les CRSA peuvent aussi recevoir le soutien de partenaires extérieurs (CARSAT, CPAM, Mutualité Française, conseil régional, Agence des Systèmes d'Information Partagés Santé, collectivités territoriales, etc.). Dans quelques régions, on déplore l'absence de financement de la part de l'ARS ayant obligé la CRSA à recourir à des partenaires extérieurs.
- Pour l'animation, beaucoup plaident pour une animation extérieure.

***Nous recommandons l'établissement de recommandations national<sup>11</sup> sur l'organisation des débats publics (sans qu'il s'agisse d'un carcan) et d'une réflexion nationale sur les indicateurs d'évaluation de ces débats (impact sur les avis de la CRSA, sur la prise compte des propositions dans les politiques de santé, de mise en oeuvre des recommandations, etc.). Ces deux recommandations pourraient être mises en oeuvre sous l'égide de la CNS.***

---

<sup>11</sup> Le guide du Commissaire à la santé et au bien-être du Québec sur « l'importance du débat public et les conditions qui y sont propices » apporte un éclairage intéressant sur ce thème. Il est en libre téléchargement sur Internet.



## **6. Le rapport annuel sur le respect des droits des usagers du système de santé**

Il est en règle générale rédigé avec une aide importante de l'ARS.

### **6.1 Un rapport utile ou très utile pour tous les DGARS (sauf un) :**

- Pour l'ARS, qui l'a parfois utilisé pour guider des actions d'inspections ou de contrôles et peut l'intégrer au programme de travail du pôle de démocratie sanitaire pour améliorer l'effectivité des droits.
- Pour les établissements avec la mise en place d'actions expérimentales comme la présence d'un représentant des associations agréées d'usagers au sein des conseils de vie sociale ou l'intégration d'éléments de ce rapport dans les CPOM des établissements. Lorsqu'elle existe, la diffusion de ce rapport au sein des établissements sanitaires et médico-sociaux en fait un outil pédagogique.
- Pour les usagers dont il rend plus efficient l'action. Il se double dans certaines agences d'une politique de communication des rapports d'inspection ou de contrôle et de mise en place d'outils complémentaires comme un observatoire des dépassements d'honoraires.

### **6.2 Un rapport dont le contenu est contesté par beaucoup de DGARS :**

Il est considéré pour beaucoup de DGARS comme lourd, trop exhaustif, trop statistique, trop centré sur des indicateurs standardisés aux dépens de questions de fond notamment depuis l'adoption récente du cahier des charges national bien que l'utilisation d'un outil commun, d'une boîte à outil ne soit pas rejetée. Ce rapport devrait pour eux laisser persister une liberté de travail en se concentrant annuellement sur quelques questions spécifiques.

Nous considérons cependant que pouvoir procéder à l'évaluation du respect des droits des usagers, de l'accessibilité et de la qualité, les commissions spécialisées doivent disposer de données. Il est donc urgent que ce système d'information soit construit de manière harmonisée dans toutes les régions, ce qui permettra aux commissions de procéder à l'évaluation des situations et d'aborder toutes les questions de fond qu'elles souhaitent.

### **6.3 Une implication insuffisante de tous les membres de la CRSA :**

Une de ses faiblesses est en règle générale la faible implication des autres commissions spécialisées et des membres « non usagers » de la CRSA.

***Nous recommandons donc qu'un avis soit sollicité de toutes les commissions de la CRSA avant son adoption en plénière et par ailleurs qu'un effort important soit consacré à la mise en place d'un dispositif d'observation harmonisé entre les régions..***

## **7. Rapport d'activité des CRSA**

A l'occasion de ce bilan nous avons pu consulter les rapports d'activité disponibles des CRSA. Un constat s'impose : une très grande hétérogénéité rendant toute consolidation nationale impossible.





Nous préconisons donc l'élaboration par la CNS d'une maquette commune souple permettant ces consolidations nationales.

## **8. L'élargissement des missions de la CRSA à d'autres champs de la santé**

### **8.1 Les plans régionaux santé-travail et santé-environnement**

Les organes de démocratie sanitaire en région sont clairement rattachés aux ARS<sup>12</sup> et comme tels sont consultés sur les programmes que mettent en place ces Agences. Des programmes de santé échappent cependant à ces mécanismes alors que l'ARS est impliquée au prétexte que ces programmes sont co-construits avec d'autres services de l'Etat en région ou avec les collectivités territoriales. Il s'agit essentiellement du plan régional santé-travail et du plan régional santé-environnement sur lesquels la CRSA est au maximum informée alors qu'il s'agit de deux champs importants de la santé publique. L'argument de les écarter du champ de consultation de la CRSA au prétexte qu'ils sont construits avec d'autres institutions paraît peu recevable au regard de ce qui est fait avec le Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale (SROMS) construit en partenariat avec les Conseils Généraux.

***Nous préconisons donc que les CRSA soient à l'avenir saisies pour avis sur les plans régionaux santé-travail<sup>13</sup> et santé-environnement***

### **8.2 Les politiques des collectivités territoriales**

La CRSA doit elle donner un avis sur les politiques médico-sociales élaborées par les Conseils généraux ? Les présidents de CRSA revendiquent majoritairement (16/25) un tel élargissement des missions des CRSA. Actuellement les CRSA sont clairement positionnées comme des instances mises en place auprès des ARS n'ayant donc à émettre d'avis que sur la politique élaborée par l'agence. On peut imaginer d'étendre leur rôle aux programmes de santé co-construits avec l'ARS et c'est ce que nous avons proposé pour le travail et l'environnement. Par contre, il semble difficile d'étendre actuellement leur rôle à l'ensemble des politiques de santé (y compris médico-sociales) en région quelle que soit l'institution qui les élabore et notamment les collectivités territoriales. Cette extension poserait des problèmes juridiques, des problèmes d'acceptabilité pour les collectivités territoriales, enfin de concurrence avec d'autres organismes consultatifs existants comme les Conseils Economiques Sociaux et Environnementaux Régionaux.

---

<sup>12</sup> Les CRSA et les CT s'inscrivent dans les commissions administratives à caractère consultatif placées auprès des autorités de l'Etat et des établissements publics administratifs de l'Etat prévues dans le décret n°2006-672 du 8 juin 2006, décret rappelé dans celui qui concerne les CRSA. Ce décret est en annexe.

<sup>13</sup> L'avis de la CRSA sur le Plan Régional Santé-Travail pourrait être élaboré en collaboration avec le Comité Régional de Prévention des Risques Professionnels





## Synthèse des constats et des recommandations sur les missions de la CRSA

	Constats	Propositions
<b>Saisines</b>		
Zonages mono professionnels	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Méthode verrouillée et contestée</li> <li>• S'inscrivent dans des négociations conventionnelles</li> <li>• Approche mono professionnelle partielle (libéraux)</li> </ul>	Supprimer la saisine
PRIAC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avis de la CSOMS</li> <li>• Deuxième avis de la plénière de la CRSA</li> </ul>	Un avis par la plénière de la CRSA préparé par la CSOMS
<b>Avis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utiles</li> <li>• De qualité</li> <li>• Toujours pris en compte pour les DGARS</li> <li>• Effectivement pris en compte pour les présidents</li> <li>• N'entraînent en règle pas de réponse des DGARS</li> </ul>	Le directeur général de l'agence régionale de santé communique à la CRSA les suites qui ont été réservées à ses avis et ses propositions dans un délai de trois mois suivant leur transmission
<b>L'information de la CRSA</b>		
La formation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quasiment aucune formation des membres de la CRSA</li> </ul>	Elaboration d'une stratégie de formation des membres de la CRSA en lien avec la CNS
Information préalable aux avis	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suffisante sur le PRS, insuffisante sur le CPOM et les moyens consacrés aux politiques de santé pour les présidents</li> </ul>	Prévoir une information (sans avis) par l'ARS sur <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le CPOM</li> <li>• Le programme régional de gestion du risque</li> <li>• Les dépenses régionales de santé</li> <li>• Le FIR (avec avis)</li> </ul>
<b>Suivi et évaluation du PRS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dans les missions des CRSA pour la plupart des DGARS et tous les présidents de CRSA</li> <li>• Mission pas assez explicite dans les textes</li> <li>• Nécessaire pour maintenir la motivation</li> </ul>	2 avis de la CRSA <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sur un rapport annuel de suivi du PRS</li> <li>• Sur l'évaluation du PRS (périodicité à préciser)</li> </ul>



<b>Les débats publics</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Nécessaires et utiles</li><li>• Manque de méthode parfois</li><li>• Peu d'évaluation</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Des recommandations nationales (CNS)</li><li>• Etablir des indicateurs d'impact (CNS)</li></ul>
<b>Rapport droit des usagers</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Utile pour 25 DGARS</li><li>• Débouche sur des actions concrètes</li><li>• Cahier des charges trop lourd, trop « statistique »</li><li>• Autres CS pas assez concernées</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Disposer d'un système d'information efficace pour permettre au rapport de traiter des questions de fond</li><li>• A débattre dans toutes les CS</li></ul>
<b>Rapport d'activité des CRSA</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Grande hétérogénéité</li><li>• Difficultés pour établir des synthèses nationales</li></ul>	Maquette nationale souple pour la consolidation d'indicateurs
<b>Extension des missions de la CRSA</b>	La CRSA n'est pas saisie et ne donne pas d'avis sur deux champs importants de la santé publique <ul style="list-style-type: none"><li>• Le plan régional santé au travail</li><li>• Le plan régional santé environnement</li></ul>	Avis formel de la CRSA sur ces deux plans

### ***La concertation préalable : un acquis majeur de la démocratie sanitaire***

D'après les textes réglementaires, les CRSA ont essentiellement une mission consultative. La réglementation ne prévoit pas que les avis formels que doivent rendre les Conférences soient précédés d'une concertation préalable avec l'ARS. Mais de fait une concertation importante s'est développée en amont des saisines. Tous les DGARS la soulignent. Il pourrait s'agir là d'une posture si elle n'était confirmée par les présidents des CRSA qui sont quasi unanimes (sauf deux) pour souligner l'importance du processus de concertation en amont des consultations.

Cette concertation a revêtu de nombreuses modalités : rencontres régulières entre le DGARS et le président de la CRSA, participation des membres des instances de la CRSA aux groupes de travail mis en place pour l'élaboration du PRS, ateliers thématiques, présentation des schémas au fur et à mesure de leur élaboration aux commissions spécialisées, comités de pilotage mixtes coprésidés par l'ARS et les présidents de commissions spécialisées, mise en place d'un comité de pilotage du PRS avec des membres de la CRSA.

En règle générale, la CRSA n'a pas eu le monopole de la concertation même si ses membres sont pour beaucoup d'entre eux associés à cette démarche. Le fait que d'autres personnes, non membres de la CRSA participent à ce processus n'entraîne pas de critique fondamentale des présidents de CRSA (Q.S. infra sur les autres instances de concertation).



## ***La composition de la CRSA***

### **1. La plénière :**

#### **1.1. Une composition basée sur la représentativité des parties prenantes qui n'est pas remise en cause**

L'approche pluridisciplinaire est appréciée. Il n'y a pas de remise en question de fond sur la composition, mais des demandes d'ajustement sur la composition détaillée.

#### **1.2. Des effectifs jugés pléthoriques**

Si beaucoup soulignent la lourdeur des travaux en plénière en raison des effectifs, par contre personne ne propose de suppression de membres. Au contraire même, les demandes portent sur l'augmentation de la représentation de certains groupes ou l'intégration de nouveaux membres.

#### **1.3. Des demandes convergentes de modifications de la composition**

- **Autant de représentants des territoires que de territoires** (4 actuellement – collège 3). Dans les régions où il y a plus de 4 territoires, la désignation des représentants des territoires peut poser problème et placer le DGARS devant des choix difficiles sans qu'une règle logique s'impose.
- **Augmentation des représentants du secteur de l'environnement** (un actuellement) surtout si les CRSA étaient appelées à émettre un avis sur le Plan Régional Santé-Environnement.
- **Des représentants de droit des Facultés de médecine (doyens) et des Centres Hospitalo-Universitaires** (président de CME, directeur général, ce qui n'est pas le cas actuellement, la désignation se faisant par la FHF).
- **Une augmentation du nombre de personnes qualifiées** (actuellement 2) à 4 pour donner des marges de manœuvre aux DGARS et pouvoir tenir compte de certaines particularités régionales.

D'autres demandes de modifications ont pu être recueillies sans qu'elles fassent consensus comme une représentation des paramédicaux des établissements de santé qui ne sont pas représentés alors que les directeurs et les médecins le sont, ou une meilleure représentation des assurés sociaux.

#### **1.4. Des procédures de révision à alléger :**

La procédure de révision de la composition de la CRSA est considérée par certains DGARS comme lourde. Ils suggèrent **une seule révision annuelle** en faisant siéger le suppléant comme titulaire jusqu'à la nomination du nouveau membre.



## **2. La composition de la Commission Spécialisée dans le domaine des Droits des Usagers (CSDU)**

Cette commission compte actuellement 12 membres, or au fil du temps les tâches n'ont cessé d'augmenter, bien au-delà de la rédaction du rapport annuel sur le respect des droits des usagers. Dans de nombreuses régions la CSDU est systématiquement sollicitée pour donner l'avis des usagers sur toutes les parties et les déclinaisons du PRS.

***Il semble donc légitime d'augmenter l'effectif de cette commission, par exemple à 15 membres en augmentant le nombre de représentants des associations agréées.***

Le fait d'augmenter le nombre de représentants des associations agréées pourrait pour partie résoudre le problème de la sous-représentation des associations agréées dans cette commission où elles ne sont représentées que par deux membres<sup>14</sup>.

Certains ont souligné, notamment pour les représentants des associations d'usagers, les difficultés rencontrées parfois lorsque titulaires et suppléants n'appartiennent pas aux mêmes entités (c'est le cas notamment pour les associations agréées d'usagers) ce qui peut favoriser le manque de concertation et de position commune. Cette situation est liée au nombre important d'entités à même de faire partie de la CRSA et qui seraient privées de représentation si titulaires et suppléants devaient faire systématiquement partie de la même organisation. Une solution utilisée dans certaines régions (comme le Nord Pas-de-Calais) est de décider de rendre publiques les réunions de certaines instances, notamment les commissions spécialisées pour permettre aux suppléants d'y assister même si le titulaire est présent (en cas de vote, seule la voix du titulaire est prise en compte). Dans cette solution, il faut que la parole des suppléants soit officiellement prise en compte (par exemple dans le procès-verbal des réunions). Cette solution est un pis-aller car des personnes étrangères à la CRSA pourraient ainsi venir assister aux réunions. L'idéal serait qu'une disposition autorise explicitement les suppléants à assister aux réunions par exemple à la demande du président et après validation par la commission permanente. Il resterait à résoudre la prise en charge des déplacements de ces suppléants lorsque le titulaire est présent, ce qui n'est pas prévu actuellement.

## **3. La nomination des membres du collège 2, collège des représentants des usagers de la santé**

La désignation des représentants des associations de retraités et personnes âgées par les CODERPA et des associations de personnes handicapées par le CDCPH a été jugée laborieuse à la fois par les DGARS et les présidents de CRSA. Cette procédure qui vise théoriquement à proposer des représentants d'usagers conduit parfois à la désignation de directeurs d'établissements ou de professionnels. Elle s'est heurtée dans de nombreux départements à l'absence de réunion des CDCPH (seuls 30% se réuniraient).

***Il est donc nécessaire de mettre en place un nouveau dispositif de nomination des usagers de ce collège, qui à la fois respecte la diversité nécessaire des représentations (patients, personnes***

---

<sup>14</sup> La CSDU compte 12 membres dont 6 représentants du collège 2, celui des usagers, à parité entre les membres représentant les associations agréées et ceux qui représentent les personnes âgées et les personnes handicapées



*âgées, personnes en situation de handicap, consommateurs, familles, etc.) et permette de pallier les difficultés rencontrées.*

Cette nouvelle procédure ne s'appliquera, au plus tôt, que lors du renouvellement des CRSA en 2014. Ce délai permettra de laisser du temps pour la définition du nouveau dispositif, fruit d'une réflexion commune entre la Conférence nationale de santé, la Commission nationale d'agrément, le Conseil national consultatif des personnes handicapées et le Conseil national des retraités et des personnes âgées, etc.

## Synthèse des constats et recommandations pour la composition de la CRSA

	<b>Constats</b>	<b>Propositions</b>
Composition de la CRSA	Représentativité des parties prenantes appréciée de tous	Maintien d'une démocratie sanitaire représentative
Composition de la plénière	<ul style="list-style-type: none"><li>• Nombre de représentants de territoires inférieur au nombre de territoires dans certaines régions</li><li>• Secteur de l'environnement sous représenté</li><li>• Pas de représentant de droit des CH &amp; U</li><li>• Peu de marge de manoeuvre</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Autant de représentants des territoires que de territoires</li><li>• Augmentation du secteur de l'environnement</li><li>• Représentation de droit du (des) CH &amp; U (doyen , DG, président CME)</li><li>• Augmentation à 4 du nombre de personnes qualifiées</li></ul>
Composition de la CSDU	<ul style="list-style-type: none"><li>• Peu de membres pour une augmentation des tâches</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Passer à 15 membres en augmentant le nombre de représentants des associations agréées</li></ul>
Nominations au collège 2	<ul style="list-style-type: none"><li>• Procédure de proposition des représentants de personnes âgées et handicapées par les CODERPA et les CDCPH très critiquée</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Revoir la procédure de désignation après réflexion commune CNS, CNA, CNRPA, CNCPH...</li></ul>

## ***Le fonctionnement de la CRSA***

### **1. Déontologie et éthique des débats**

Lors des entretiens avec les DGARS, a parfois été regrettée la fréquence des pratiques de lobbying. Certains ont souligné les conflits d'intérêt au sein de la CRSA<sup>15</sup>. En fait l'existence de ces « conflits d'intérêts » est inhérente même au principe de composition de la CRSA qui est basé sur

<sup>15</sup> Les membres des CRSA devraient prochainement remplir une déclaration publique d'intérêt



une représentation des parties prenantes du système de santé. L'instruction n° DAJ/2012/307 du 30 juillet 2012 adressée par le secrétariat des ministères chargés des affaires sociales aux DGARS est à cet égard explicite : « Par définition, leurs membres (de la CRSA) représentent le point de vue et les intérêts de l'organisme ou de la collectivité auxquels ils appartiennent. Elles constituent ce que le Conseil d'Etat appelle des groupes d'intérêts ou professionnels ». La logique de fonctionnement est donc de permettre aux intérêts divergents, aux points de vue contradictoires de s'exprimer, d'être pris en compte, d'être publiés. C'est un rôle fondamental du président soutenu par la commission permanente. A noter cependant qu'au fil du temps, la vision de nombreux membres s'élargit et ne se cantonne plus dans l'expression et la défense des intérêts particuliers.

La nécessité de prendre en compte des avis minoritaires ou des avis des formations représentées à la CRSA n'est pas précisée par le décret instaurant les CRSA contrairement à ce qui est prévu pour la CNS (Art. D. 1411-45-6), par contre le décret n°2006-672 du 8 juin 2006 relatif à la création, à la composition et au fonctionnement de commissions administratives à caractère consultatif prévoit que tout membre de la commission peut demander qu'il soit fait mention de son désaccord avec l'avis rendu.

## **2. Assiduité des membres de la CRSA**

Globalement, les séances plénières et les commissions permanentes ne connaissent pas de problème de quorum avec un taux moyen d'assiduité de 64 et 71 %. La participation est cependant très différente selon le collègue.

Pour les 17 CRSA qui ont fourni les taux de participation détaillés (le taux d'assiduité pour les personnes qualifiées n'est pas présenté en raison de leur faible nombre) :

Collège	Plénière	Commission Permanente
1 – collectivités territoriales	38 %	53 %
2 – Usagers	76 %	81 %
3 – Conférences de territoire	66 %	65 %
4 – partenaires sociaux	50 %	62 %
5 – acteurs de cohésion et de protection sociale	69 %	76 %
6 – acteurs de prévention	60 %	74 %
7 – offreurs des services de santé	64 %	66 %

Au sein des commissions spécialisées le quorum est, en moyenne, atteint (53 % pour la commission prévention et la CSDU, 56% pour CSOMS, 58% pour le CSOS)<sup>16</sup>. On y retrouve les mêmes tendances pour la participation des différents collèges. Le collègue 2, des usagers, est celui qui a le taux d'assiduité le plus important quelle que soit la commission spécialisée et celui des élus le plus faible.

### **Les freins à la participation :**

<sup>16</sup> Statistiques basées sur les données de 16 CRSA



- **Pour les usagers salariés** la réglementation prévoit un droit à un congé de représentation de neuf jours ouvrables par an (article L.114-3 du code de la santé publique). Ils doivent être membres d'une association agréée. Dans la liste des instances<sup>17</sup> ouvrant droit à ce congé par contre, seules les conférences régionales de santé sont mentionnées mais pas les CRSA ni les conférences de territoire. Le nombre de sollicitations n'est pas toujours en adéquation avec le droit au congé de représentation. Enfin rien n'est prévu à notre connaissance pour une éventuelle indemnisation des employeurs lorsque ce congé de représentation est utilisé. Ces questions nécessitent pour le CISS la création d'un véritable statut de représentant des usagers<sup>18</sup>. ***Nous proposons que la réglementation soit modifiée pour ouvrir le droit au congé de représentation aux membres des CRSA et des Conférences de Territoire. Nous préconisons également une réflexion nationale sur la prise en compte de la représentation au sein des organes de démocratie sanitaire en s'inspirant des statuts des autres instances consultatives démocratiques.***
- **Pour les représentants des partenaires sociaux** les questions du statut des mandatés bénévoles, leur éventuel défraiement semble se poser. La participation aux instances de démocratie sanitaire doit-elle être prélevée sur le droit syndical et ce aux détriments des autres tâches « classiques » de la représentation syndicale au sein des entreprises ? ***Faut-il calquer ce droit de représentation aux instances de démocratie sanitaire sur celui en vigueur pour la représentation syndicale dans d'autres instances ?***
- **Pour les élus des collectivités territoriales**, une quasi unanimité des DGARS et des présidents sur leur absentéisme.

Cet absentéisme connaît de nombreuses causes :

- le nombre important d'instances où ils doivent siéger,
- la position parfois difficile qui est la leur lorsqu'ils se retrouvent en porte-à-faux entre une position personnelle comme membre ou animateur d'une instance de la CRSA et la position de leur institution,
- le fait que les négociations entre l'ARS et les collectivités territoriales se tiennent ailleurs,
- le sentiment de n'être qu'un membre parmi d'autres au sein de la CRSA alors qu'au sein des collectivités territoriales au titre desquelles ils siègent, ils sont souvent placés ailleurs en situation privilégiée.

Il n'y a cependant pas de remise en question par les DGARS et les présidents de leur présence au sein de la CRSA, à la fois pour des raisons symboliques, mais aussi pour l'investissement important de certains d'entre eux au sein des organes de démocratie sanitaire en régions.

A ce stade, nous n'avons pas de solution pour augmenter leur présence au sein des réunions des instances de démocratie sanitaire. Ils ne peuvent pas réglementairement se faire remplacer par leurs services techniques<sup>19</sup>. Les faire accompagner par leur « back-office » comme le

<sup>17</sup> Arrêté du 9 janvier 2006 modifiant l'arrêté du 19 avril 1994 fixant la liste des instances mentionnées à l'article L.225-8 [nouvel article L. 3142-51] du Code du Travail relatif au congé de représentation en faveur des associations relevant des ministères des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville.

<sup>18</sup> Fiche technique du CISS n°27, 2010.

<sup>19</sup> D'après le Décret n°2006-672 du 8 juin 2006 relatif à la création, à la composition et au fonctionnement de commissions administratives à caractère consultatif, un membre désigné en raison de son mandat électif ne peut se faire suppléer que par un élu de la même assemblée délibérante





suggèrent certains DGARS ne changerait sans doute pas la situation. Certains suggèrent enfin des moyens de consultations spécifiques.

### **3. Organisation des travaux des instances**

Cette organisation est à priori prévue par le décret du 31 mars 2010 sur les CRSA.

Or, il semble aux dires de nos interlocuteurs que les rôles respectifs de la plénière et de la commission permanente gagneraient à être mieux précisés.

#### **3.1. La plénière**

Selon l'article D. 1432-32 du décret du 31 mars 2010 relatif aux CRSA, l'assemblée plénière, rend un avis sur :

- le projet régional de santé ;
- le plan stratégique régional de santé prévu au 1o de l'article L. 1434-1, préparé par la commission permanente mentionnée à l'article D. 1432-33 ;
- les projets de schémas régionaux de prévention, d'organisation des soins et de l'organisation médico-sociale préparés par chacune des commissions spécialisées dans ces domaines mentionnées aux articles D. 1432-36, D. 1432-38 et D. 1432-40 ;
- le rapport annuel sur le respect des droits des usagers du système de santé préparé par la commission spécialisée mentionnée à l'article D. 1432-42. « Elle établit chaque année un rapport sur son activité ».

Elle détermine les questions de santé qui donnent lieu aux débats publics qu'elle organise selon des modalités fixées par le règlement intérieur.

Beaucoup soulignent la lourdeur des travaux en plénière en raison essentiellement de son effectif. Une assemblée de près de cent personnes ne peut pas être un lieu propice à l'instruction des dossiers, à l'élaboration des avis, au débat de fond sur tous les sujets surtout lorsqu'il s'agit de modifications mineures ou très spécialisées et techniques du PRS.

***Concernant le PRS, la plénière doit avoir essentiellement trois missions :***

- Le débat et l'adoption des avis sur les fondamentaux du PRS (y compris le plan stratégique et les schémas)
- La vérification que l'ensemble des personnes a été consulté.
- La récapitulation de l'ensemble des points de vue qui n'aurait pu s'exprimer en commission spécialisée ou en commission permanente avant adoption d'un avis, notamment de la part de membres de la CRSA qui n'ont pas participé à la commission spécialisée chargée de préparer l'avis.

Les missions de la plénière deviennent plus complexes après adoption des documents de cadrage du Projet Régional de Santé, du Plan Stratégique et des schémas. Ces schémas font l'objet de déclinaisons thématiques comme par exemple pour le SROS, les volets spécialisés (biologie, imagerie, spécialités médicales ou chirurgicales, HAD, permanence des soins, etc.), les zonages





mono professionnels, la fixation et l'évolution des Indices Prévisionnels d'Activité ou des Objectifs Quantifiés de l'Offre de Soins (en implantation). Le PRS est également décliné en programmes spécifiques (cancer, nutrition, maladies chroniques, télémédecine, infections liées aux soins, éducation pour la santé, démographie des professions de santé, etc.). Le schéma Régional de l'Offre Médico-social se décline en PRIAC régulièrement actualisé. Le risque à ce stade est de multiplier les saisines imposant quasiment une plénière tous les deux mois compte tenu des délais réglementaires de réponses, avec un risque important d'absentéisme. Il semble donc nécessaire à ce stade de mobiliser également la commission permanente sous-utilisée aux dires de certains.

### **3.2. La Commission Permanente**

#### **Fonctionnement :**

Globalement, cette commission fonctionne bien aux dires de pratiquement l'ensemble des présidents de CRSA. Ce bon fonctionnement et la bonne articulation avec les autres instances sont confirmés par la majorité des DGARS (22/26). Elle joue bien son rôle de croisement et de synthèse des avis, de préparation des plénières, de répartition du travail entre les différentes formations. En règle générale, l'absentéisme est faible et les débats riches et constructifs. La présence de droit des présidents de commissions spécialisées est un bon facteur de régulation des travaux de la CRSA.

#### **Missions :**

Selon l'article D. 1432-33 du décret du 31 mars 2010 relatif aux CRSA, en dehors des séances plénières, la commission permanente exerce l'ensemble des attributions dévolues à la conférence régionale de la santé et de l'autonomie. Elle est chargée, notamment :

- de préparer l'avis rendu par la conférence régionale de la santé et de l'autonomie sur le plan stratégique régional de santé mentionné au 1o de l'article L. 1434-2 ;
- de préparer le rapport annuel d'activité de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie visé à l'article D. 1432-32 ;
- sous réserve des dispositions de ce dernier article, de formuler un avis lorsque la consultation de la conférence implique l'avis de plus de deux commissions spécialisées ;
- de préparer les éléments soumis au débat public.

Le président de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie peut confier à cette commission tous travaux entrant dans le champ de compétence de la conférence.

La formulation du décret est ambiguë et laisse place à deux types d'interprétations :

- Soit restrictive : la Commission Permanente n'exerçant ses attributions qu'en dehors des séances plénières et les avis étant adoptés par la plénière, la Commission ne peut par elle-même adopter un avis (le terme « formuler un avis » n'est pas identique à celui « d'adopter un avis »)
- Soit extensive : la Commission Permanente se substituant à la plénière peut elle-même adopter des avis (ce que font d'ailleurs plusieurs CRSA)

***Nous préconisons que le texte réglementaire soit plus précis sur les missions de la Commission Permanente et qu'il prévoit explicitement que celle-ci peut adopter des avis dont elle informera obligatoirement l'assemblée plénière.***



### **3.3. Les commissions spécialisées**

Globalement les commissions spécialisées sont reconnues comme compétentes, connaissant bien leur champ d'activité. La seule qui semble parfois poser problème est la Commission Spécialisée de l'Offre de Soins (CSOS). Ses missions importantes héritées du CROS, le poids important en son sein de certaines fédérations font qu'elles peuvent avoir tendance à s'autonomiser. La CRSA n'a d'ailleurs souvent aucun retour sur les avis émis par la CSOS sur les autorisations. Ces avis sur les autorisations sont cependant pris en compte par l'ARS dans la plupart des cas (16/24). L'importance de son effectif peut rendre difficile l'atteinte du quorum surtout lorsque l'ordre du jour ne fait pas implicitement référence aux autorisations (et même dans ce cas !). Enfin certains lui reprochent d'être encore trop centrée sur le secteur hospitalier et de ne pas avoir développé suffisamment d'expertise dans le champ ambulatoire. Certains suggèrent des modalités de travail de la CSOS différentes selon qu'il s'agisse d'autorisations ou non.

Pour l'ensemble des Commissions Spécialisées certaines voix s'élèvent actuellement pour renforcer leur rôle spécialisé au détriment de la plénière et de la Commission Permanente. ***Il nous semble au contraire que l'examen transversal de toute saisine par toute commission spécialisée qui le souhaite est à recommander (en dehors des autorisations).*** Les regards croisés des différentes commissions sur un même programme apportent en règle générale un éclairage beaucoup plus riche que celui d'une seule commission fut-elle spécialisée dans le domaine. Certaines CRSA proposent déjà actuellement que toute commission qui le souhaite apporte son éclairage à l'avis que rendra la Conférence.



## Synthèse des constats et propositions pour le fonctionnement de la CRSA

	Constats	Propositions
Assiduité des membres	<ul style="list-style-type: none"><li>• Le droit aux congés de représentation ne s'applique pas aux CRSA</li><li>• Pas de prise en charge des coûts pour les employés</li><li>• Absentéisme des élus</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Adapter la réglementation aux CRSA</li><li>• Revoir la prise en charge des salariés</li><li>• Pas de solution à l'absentéisme des élus</li></ul>
Rôle des instances	<ul style="list-style-type: none"><li>• Texte réglementaire sur rôle respectif de la plénière et de la CP peu clair</li><li>• Désir de certains de sur spécialiser les CS</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Prévoir de façon explicite que la CP peut adopter des avis</li><li>• Maintenir et encourager la consultation de toutes les CS</li></ul>

### ***La lisibilité, les moyens et la question de l'autonomie des CRSA***

La question de l'autonomie des CRSA recouvre en fait quatre thèmes : la lisibilité et la reconnaissance des CRSA, les moyens qui lui sont spécifiquement alloués, l'autonomie de pensée enfin la question de l'éventuelle autonomie totale, de la rupture du lien qui les unit aux ARS.

#### **1. La lisibilité et la reconnaissance des CRSA :**

##### ➤ ***Une communication qui se fait essentiellement par le biais des sites Internet des ARS***

Sur ces sites il existe une rubrique consacrée à la démocratie sanitaire dans 20 régions elle est intitulée « démocratie sanitaire » ou « concertation régionale ». Alors que dans les 6 autres régions, l'espace consacré à la démocratie sanitaire est difficilement atteint en cliquant sur l'onglet de présentation de l'agence. 21 agences présentent la composition de la CRSA de façon nominative et rendent disponibles les arrêtés de nomination. Alors que la réglementation impose la publicité des avis, seules 15 agences ont mis en ligne les avis rendus par les CRSA, parfois de façon incomplète. Peu d'ARS mettent à disposition les comptes-rendus des instances. Dans 5 Agences il existe un espace dédié à la CSDU.

##### ➤ ***Une communication spécifique quasi absente***

Certes la plupart des CRSA ont un logo propre (seules 5 n'en n'ont pas) mais les moyens de communication spécifiques sont rares. Une CRSA possède un site Internet spécifique et quelques une ont élaboré une plaquette de présentation, une newsletter ou se sont faites accompagnées par une agence de communication. Pour la publicité des avis 11 présidents de CRSA (sur 25) développent une communication spécifique en direction des médias par l'intermédiaire de conférences de presse (parfois communes avec le DGARS<sup>20</sup> et par communiqués de presse. La

<sup>20</sup> Beaucoup de DGARS soulignent l'importance d'une parole collective sur les politiques de santé



communication grand public reste en règle générale à parfaire notamment à travers l'organisation de débats publics et de médiatisation des avis.

➤ ***Une quasi absence de notoriété et de reconnaissance soulignée par les présidents et les DGARS***

Il existe de fait une convergence sur ce diagnostic entre les DGARS et les présidents de CRSA. Les présidents craignent ainsi que la conférence soit perçue comme un « service » de l'ARS ce qui peut nuire à la portée donnée à ses avis, quand à eux, les DGARS craignent que la place laissée à la démocratie sanitaire dans l'élaboration des politiques de santé soit minimisée voire non reconnue par les autres institutions.

➤ ***La nécessité de développer une véritable stratégie de communication de la démocratie sanitaire en régions.***

Cette stratégie ne pourra se faire qu'au prix d'un véritable plan de communication et du développement de moyens spécifiques alloués aux CRSA, notamment Internet (sites, blogs, newsletters, etc.). Elle passe aussi peut être par une nomination différente des CRSA. Certains présidents ont proposé le terme de « parlement régional de la santé », qui cependant est réfuté par d'autres car la CRSA n'est pas pour eux un véritable parlement. Une étude sur l'image et la notoriété des CRSA au sein des régions pourrait venir utilement compléter notre bilan de la démocratie sanitaire en régions et permettre d'asseoir les bases de ce plan et de cette stratégie de communication.

## **2. Les moyens des CRSA**

### **2.1. Les moyens actuels**<sup>21</sup>

#### ***2.1.1. Les interlocuteurs au sein de l'ARS :***

La démocratie sanitaire est quasiment toujours rattachée à la Direction Générale des ARS soit directement soit le plus souvent à travers la direction de la stratégie. Les décisions se font au plus haut niveau même si le quotidien est géré par un cadre.

Le plus souvent il y a un pilotage transversal de la plénière et de la commission permanente de la CRSA. Les commissions spécialisées sont en règle générale gérées par les directions métiers sauf pour les usagers qui restent rattachés au pilotage transversal. Le plus souvent les conférences de territoire sont gérées par des délégués territoriaux. Les fonctions de logistique et de secrétariat sont calquées sur ce dispositif.

#### ***2.1.2. Les moyens humains mis à disposition par les ARS :***

En ressources humaines quasiment jamais moins de deux Equivalents Temps Plein dont une fonction de cadre supérieur allant jusqu'à presque 4 Equivalents Temps Plein. Ces ressources

---

<sup>21</sup> Les données sur les moyens proviennent exclusivement des DGARS



humaines ne tiennent pas compte du temps passé par les directions métiers pour les différentes instances.

Pour les présidents de CRSA il y a parfois confusion entre les missions de démocratie sanitaire et celle de l'ARS pour les agents concernés. Ils soulignent l'absence de ressources humaines dédiées à la rédaction des avis.

### **2.1.3. Le budget de la démocratie sanitaire :**

Le budget de la démocratie sanitaire est pris sur le budget de fonctionnement de l'agence. Par budget il faut entendre ici les frais occasionnés directement par le fonctionnement de la CRSA et non une consolidation des dépenses de l'ensemble du fonctionnement de la démocratie sanitaire (les dépenses du personnel affecté à la démocratie sanitaire en sont donc exclues).

Dans la plupart des cas, il ne s'agit pas d'un véritable budget, établi à priori, mais d'un constat de dépenses à posteriori. Seules 5 ARS ont établi le budget conformément à l'article D.1432-53 du code de la santé publique<sup>22</sup> ce qui n'empêche pas le dialogue entre l'ARS et le président de la CRSA dans certains cas.

Ces dépenses sont très variables d'une région à l'autre allant de 13 000 à plus de 160 000 euros. Les deux postes de dépenses les plus importants sont le remboursement des transports et la location de salle de réunions.

Globalement, il y a une tendance des DGARS à réclamer une meilleure prise en compte des charges induites par la démocratie sanitaire tant sur le plan des ressources humaines que des financements, question qui mériterait pour eux une réelle réflexion au niveau central. Certains soulignent que les moyens dédiés à la démocratie sanitaire devraient globalement être les mêmes quelle que soit la taille de la région car les instances sont identiques partout d'où une charge plus lourde sur les « petites » ARS.

## **2.2. La demande d'une autonomie de moyens**

Une véritable autonomie de moyens est demandée par la majorité des présidents de CRSA (14/25) et est soutenue par un nombre important de DGARS (12/26).

Le terme autonomie ne doit pas forcément être pris comme une coupure totale d'avec les ARS pour la gestion des moyens ce qui nécessiterait une personnalité juridique pour la CRSA et le développement d'une capacité de gestion. Il implique de fait des moyens spécifiquement dédiés, « sanctuarisés » pour les CRSA.

Les présidents de CRSA souhaiteraient un renforcement des moyens humains qui soient spécifiquement dédiés et affectés à la CRSA qu'il s'agisse d'un secrétariat autonome, de chargés de missions et de rédacteurs comme il y en a dans d'autres instances consultatives. Ils souhaitent aussi des moyens de communication spécifiques, indépendants de ceux de l'ARS et pour certains des moyens logistiques (bureaux, informatique).

---

<sup>22</sup> Les moyens alloués, dont le montant est établi sur proposition de la conférence, font l'objet d'une inscription dans le budget de l'agence régionale de santé.



Enfin, rejoignant là un nombre important de DGARS ils sont majoritaires à souhaiter un budget propre pouvant venir soit d'une dotation spécifique issue des crédits d'intervention de l'ARS soit d'un budget national dédié à la démocratie sanitaire et réparti par région (un DGARS suggère que ce budget soit réparti par la Conférence nationale de Santé). A noter dans cette dernière hypothèse que les missions et le travail fourni par les CRSA sont de nature identique dans toutes les régions mais dans certains cas le volume varie en fonction de la taille de la région comme, par exemple, pour les autorisations.

### **2.3. Les recommandations**

***Nous recommandons que les CRSA puissent bénéficier de moyens dédiés***

- ***Des moyens humains propres en secrétariat et en rédacteurs***
- ***Des moyens logistiques propres***
- ***Un budget propre par dotation spécifique permettant les auto-saisines et l'organisation de débats publics***
- ***Une charte de fonctionnement pour le personnel bivalent<sup>23</sup>***

### **3. L'autonomie totale :**

L'autonomie totale impliquant une séparation complète entre la CRSA et l'ARS n'est réclamée par quasiment personne. Seul un DGARS envisagerait que la CRSA soit une formation spécialisée rattachée au Conseil Economique, Social et Environnemental Régional. Le rattachement de la CRSA au Conseil Régional comme le préconise un rapport récent ne ferait qu'accentuer les jeux d'acteurs en créant une forme de contre-pouvoir face aux ARS.

Les liens privilégiés entre CRSA et ARS favorisent la poursuite d'une concertation assez étroite qui est souhaitée par tous. La rupture de ce lien pourrait avoir des conséquences sur la notoriété de la CRSA, sur la portée de ses avis et sur l'importance de la concertation qui s'est établie, comme cela a été le cas dans certaines régions avec les anciennes conférences régionales de santé.

### **4. L'autonomie de pensée des CRSA**

Certains ont pu craindre que la composition de la CRSA qui comporte des représentants de nombreuses institutions financées par l'ARS ne compromette son autonomie de pensée. Il n'en est rien et cette autonomie de pensée existe de fait et est unanimement reconnue par les DGARS et

---

<sup>23</sup> Une charte de fonctionnement régissant les rapports entre l'ARS et la CRSA a été rédigée dans certaines régions comme la Lorraine



les présidents de CRSA. Comme l'exprime un président de CRSA : « *L'autonomie c'est dans la tête* » et ne dépend pas du statut et des modalités de fonctionnement actuels de la Conférence. Cette autonomie de pensée est une posture politique et déontologique actuellement soulignée par tous.

## Synthèse des constats et des recommandations sur la lisibilité, les moyens et l'autonomie des CRSA

	<b>Constats</b>	<b>Propositions</b>
Communication des CRSA	<ul style="list-style-type: none"><li>• Manque de lisibilité, de reconnaissance et de notoriété</li><li>• Peu connue du grand public et des médias</li><li>• Pas de communication propre</li><li>• Diffusion des travaux des CRSA très inégale selon les régions</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Élaborer une stratégie de communication des CRSA</li><li>• Leur permettre d'avoir des moyens de communication spécifiques</li></ul>
Autonomie de moyens	<ul style="list-style-type: none"><li>• Demandée par la majorité des présidents (et par des DGARS)</li><li>• Seules 5 ARS ont établi un budget conformément à l'article D. 1432 du CSP</li><li>• Grande hétérogénéité des dépenses directes</li><li>• Ambiguïté du rôle des personnels bivalents</li><li>• Absence de moyens humains dédiés à la rédaction des avis</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Établissement d'un vrai budget incluant les auto-saisines et les débats publics</li><li>• Renforcement des moyens humains propres (secrétariat, rédacteurs)</li><li>• Moyens logistiques propres</li><li>• Charte de fonctionnement entre ARS et CRSA</li></ul>
Autonomie totale	<ul style="list-style-type: none"><li>• Réclamée par quasiment personne</li><li>• Souhait du maintien du lien privilégié ARS-CRSA</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Pas d'autonomie totale</li></ul>



## Les Conférences de Territoire :

### ***Les missions des Conférences de Territoire***

#### **1. Des missions peu explicites**

Un double consensus entre présidents de CT et DGARS

- Des missions trop générales, peu claires, mal définies, mal cadrées, peu précises, un champ de compétence flou
- Des missions réglementairement trop restreintes de fait

**Contrairement aux CRSA dont les missions sont clairement explicitées dans un décret, celles des conférences de territoire nécessitent l'analyse de trois textes :**

- Article L1434-17 de la loi HPST :

*« La conférence de territoire contribue à mettre en cohérence les projets territoriaux sanitaires avec le projet régional de santé et les programmes nationaux de santé publique ».*

*« La conférence de territoire peut faire toute proposition au directeur général de l'agence régionale de santé sur l'élaboration, la mise en œuvre, l'évaluation et la révision du projet régional de santé ».*

- Décret n° 2010-514 du 18 mai 2010 relatif au projet régional de santé :

Art. R 1434-7 : *« Les programmes territoriaux de santé et les contrats locaux de santé sont soumis pour avis aux conférences de territoires concernés »*

- Décret n° 2010-347 du 31 mars 2010 relatif à la composition et au mode de fonctionnement des conférences de territoire :

Art. D.1434-11. *« Le directeur général de l'agence régionale de santé adresse à la conférence de territoire, à la demande de son président, les documents relatifs à l'élaboration, la mise en œuvre, l'évaluation et la révision du projet régional de santé et nécessaires à l'exercice de ses missions ».*

*« Le directeur général de l'agence régionale de santé communique à la conférence de territoire les suites qui ont été réservées à ses avis et ses propositions dans un délai de trois mois suivant leur transmission ».*

**Au total seules deux missions de consultation formelle sont clairement mentionnées :**

- L'avis sur les contrats locaux de santé
- L'avis sur les programmes territoriaux de santé (qui ne sont pas obligatoires et ne sont pas mis en œuvre partout).





## **2. Une mission territoriale à conforter**

Si certains présidents de CT souhaiteraient émettre un avis formel sur le PRS et notamment les schémas beaucoup réclament plutôt une clarification des missions de déclinaison territoriale du PRS dans une optique opérationnelle. Ils souhaitent aussi pouvoir être mieux impliqués sur l'analyse des besoins des territoires et la mise en évidence de spécificités de leurs territoires. Ils souhaitent que les CT soient une interface avec les acteurs du territoire et faire ainsi remonter les attentes.

## **3. Une demande d'extension des missions aux Communautés Hospitalières de Territoires**

Pour l'offre de soins hospitaliers, la structuration de l'offre passe actuellement par le renforcement des coopérations. Cette structuration peut entraîner une redistribution des moyens, une modification de la cartographie de l'offre sanitaire. Il paraît donc légitime à la majorité des présidents de CT de pouvoir émettre un avis formel sur ces coopérations et notamment sur les Communautés Hospitalières de Territoire.

## **4. Les propositions**

- ***Formaliser les missions dans un seul texte réglementaire***
- ***Centrer leurs missions sur***
  - ***L'analyse des besoins et des spécificités du territoire***
  - ***La déclinaison territoriale du PRS***
  - ***L'interface avec les acteurs de terrain***
- ***Maintenir leurs saisines sur les Programmes Territoriaux de Santé et sur les Contrats Locaux de Santé***
- ***Les saisir pour avis sur les CHT***

### ***La composition***

Comme pour les CRSA les présidents des CT et les DGARS regrettent parfois l'importance de l'effectif des CT. Aucune cependant ne propose de suppression de membres. Ils regrettent cependant l'absence de marge de manœuvre pour s'adapter aux particularités du territoire et s'étonnent de l'absence de représentation de droit des institutions départementales (Conseils Généraux, Services Territoriaux de l'Etat, caisses d'assurance maladie, et.) comme dans la plénière des CRSA.



***Nous proposons donc :***

- ***D'augmenter le nombre de personnes qualifiées pour donner une marge de manœuvre aux ARS***
- ***De permettre aux institutions territoriales de siéger de plein droit aux réunions plénières avec une voix consultative***

## ***Le fonctionnement***

### **1. Les avis**

Au moment de l'enquête les CT qui ont répondu (39/109) n'avait pas été encore saisies pour avis sur des Contrats Locaux de Santé ou des Programmes Territoriaux de Santé.

Elles avaient rendu un avis sur le PRS pour 16 DGARS et les présidents de 24 CT. Cet avis est apparu comme tout à fait utile (14) ou assez utile (8) pour les DGARS.

La qualité globale des travaux est jugée par les DGARS comme bonne dans 6 cas sur 26, comme variable dans 14 cas. Le flou sur les missions et la faiblesse des moyens sont sans doute en grande partie responsables de la qualité variable des travaux.

### **2. La concertation**

La concertation est moins systématique que pour les CRSA : 18 oui, 14 non pour présidents, 16 oui sur 26 pour les DGARS. De fait cette concertation est souvent réduite à des présentations du PRS et non comme pour les CRSA à la participation quasi systématique à des groupes de travail pour son élaboration.

### **3. La communication**

Elle est quasiment absente. Une seule ARS rend publiques sur son site les Avis des Conférences de Territoire

***Nous proposons de rendre obligatoire la publication des avis des Conférences de Territoire***

### **4. L'articulation avec les CRSA**

Même si elle n'est pas prévue réglementairement, elle est organisée dans de nombreuses régions sous forme notamment de réunions régulières entre les présidents des CT et celui de la CRSA.

Cette concertation n'est cependant pas systématique et dans de nombreuses régions il n'existe aucune communication entre les CRSA et les CT ni aucune concertation sur les avis.



La majorité des présidents de CT souhaitent resserrer les liens entre les différents niveaux de démocratie sanitaire tout en préservant l'autonomie et les missions spécifiques des Conférences de territoire.

Comme déjà écrit plus haut, ***nous proposons que le collège 3 de la CRSA (représentants des Conférences de Territoire) comporte autant de membres que de conférences de territoires et nous recommandons l'instauration d'une instance de concertation régionale entre les présidents de CT et de CRSA.***

### ***Le cas particulier des régions qui n'ont qu'un territoire***

Quelques régions n'ont qu'un territoire. En ce cas, les périmètres géographiques d'intervention de la CRSA et de la Conférence de Territoire sont les mêmes. Certains DGARS ont proposé qu'en ce cas, la Conférence de Territoire devienne en fait une cinquième commission spécialisée de la CRSA en charge de la déclinaison territoriale du PRS.



## Démocratie sanitaire et Contrats Locaux de Santé :

### Faut-il des instances formelles de démocratie sanitaire au niveau local ?

Au sein des régions la démocratie sanitaire s'organise à deux niveaux, le niveau régional avec la CRSA et le niveau des territoires avec les conférences de territoire. La mise en œuvre des Contrats Locaux de Santé nécessite-t-elle un troisième niveau d'instances formelles au niveau le plus local ? A l'évidence non pour les Directeurs Généraux d'ARS qui soulignent que le processus même de mise en place d'un CLS ressort déjà d'un processus démocratique avec des comités de pilotage où sont directement concernés les élus locaux. Peut être faut-il parfois renforcer la place et la représentation des usagers. Par ailleurs au niveau local, des villes, des pays ou des intercommunalités existent souvent déjà des projets de santé qui s'appuient sur des instances locales de concertation.

*Il ne nous semble donc pas nécessaire de mettre en place des instances formelles de démocratie sanitaire au niveau local mais de veiller à la place des représentants des usagers au cours de l'élaboration des CLS.*

### Les CRSA ont elles un rôle à jouer dans le Contrats Locaux de Santé ?

Les directeurs généraux d'ARS et les présidents de CRSA s'accordent sur le fait que **les CRSA n'ont pas à jouer de rôle direct dans l'élaboration et la mise en œuvre des Contrats Locaux de Santé**. Par contre la majorité des présidents de CRSA et 11 DGARS souhaitent que la CRSA joue un rôle dans la démocratie sanitaire à l'échelon local, non pas direct mais **sur la cohérence régionale du dispositif, sur la méthode d'élaboration des CLS, sur l'évaluation d'ensemble**. Ce rôle des CRSA pourrait être inclus dans les textes réglementaires qui prévoient leurs missions.

### Rôle des Conférences de Territoire :

Comme le prévoit déjà actuellement la réglementation, les Conférences de Territoire ont une place à jouer dans ces CLS qui n'est pas remise en question notamment par les DGARS et les présidents des CT.

*Ce rôle semble cependant trop formel et devrait dépasser celui d'un simple avis à posteriori pour être force d'incitation, de proposition, pour avoir un rôle de facilitateur, d'aide au choix des territoires, de diagnostic territorial et d'identification des problématiques, pour soutenir la mise en place des projets locaux, pour les suivre et les évaluer.*



## Les autres consultations de l'ARS :

### ***La consultation formelle des collectivités territoriales***

#### **Pour les Conseils Régionaux et Généraux**

La consultation formelle des Conseils régionaux et généraux apparaît nécessaire à tous les DGARS même si parfois les délais sont dépassés pour des raisons de calendriers asynchrones. Les DGARS sont par contre plus réservés sur la nécessité de saisir les collectivités pour toutes modifications ou toutes déclinaisons du PRS une fois qu'il a été publié.

Il faut distinguer le processus de consultation formelle des collectivités sur le PRS du travail de co-construction pour certains schémas ou programmes au sein notamment des Commissions de Coordination.

Cette consultation formelle est à distinguer des travaux communs notamment avec les Conseils Généraux sur le Schéma Médico-Social qui est co-élaboré. Dans ce cadre le processus de consultation formelle est insuffisant et doit dépasser le cadre des commissions de coordination qui sont plus technique. Cela nécessite en règle générale des contacts bilatéraux ARS-Collectivité au plus haut niveau.

#### **Pour les communes**

Cette consultation est dans la grande majorité des cas improductive avec un nombre très faible de réponses. Les communes sont peu mobilisées sur le PRS. Une exception, l'outre-mer avec un nombre faible de communes et une très bonne participation (Guadeloupe, Réunion).

Peu de DGARS sont pour la suppression de cette consultation qui désormais pose peu de problème d'organisation avec la consultation Internet.

Par contre sur le plan symbolique il paraît important de maintenir cette consultation car les maires y sont assez sensibles et seront impliqués lors de l'élaboration des Contrats Locaux de Santé.

### ***La consultation du conseil de surveillance :***

Il existe à l'évidence au sein des DGARS une réflexion critique sur les missions, la composition et le fonctionnement des conseils de surveillance. La présente étude n'a pas pour objet ni pour ambition de se pencher sur la gouvernance des ARS. Elle n'a intégré le champ des conseils de surveillance que comme « objet » potentiel de démocratie sanitaire. Pour la majorité des DGARS comme des présidents de CRSA (sauf 3/25) le rôle du Conseil de Surveillance est bien distinct notamment dans la loi, de celui de la CRSA. Dans ses missions de gouvernance, il paraît logique qu'il exprime un avis sur les éléments stratégiques de la politique de l'Agence. Même si un tiers des DGARS et la moitié des présidents de CRSA (13/25) considèrent que le président de la CRSA devrait siéger avec une voix délibérative, la majorité des directeurs et de nombreux présidents de CRSA soulignent le risque de le placer en position de juge et partie. Sa présence au sein de cette instance n'est cependant pas contestée par la majorité des DGARS et par la plupart des présidents



de CRSA ne serait-ce que pour qu'il soit mieux au fait des éléments et des contraintes des politiques de santé élaborées par les ARS.

### ***Les commissions de coordination :***

Les commissions de coordination ne sont pas redondantes mais complémentaires des CRSA pour la plupart des DGARS. Encore convient-il de leur faire jouer le rôle initialement prévu d'instances opérationnelles et techniques de concertation, de coordination avec les partenaires pour la mise en place des politiques de santé.

L'ambiguïté du rôle des commissions de coordination vient probablement du fait de leur mission dans l'élaboration du Projet Régional de Santé. Le décret du 31 mars 2010 prévoit que ces commissions peuvent « décider de travaux à conduire pour contribuer à l'élaboration du projet régional de santé », notamment du schéma régional de prévention pour la commission de coordination dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile et du schéma régional d'organisation médico-sociale pour la commission de coordination dans le domaine des prises en charge et des accompagnements médico-sociaux. La tentation est forte en ce cas de recommencer le processus de concertation et de consultation mis en place dans le cadre des instances de démocratie sanitaire pour l'élaboration du Projet Régional de Santé.

***Les présidents de CRSA regrettent souvent de ne pas être informés des travaux de ces commissions et proposent que les présidents de commissions spécialisées correspondantes puissent y siéger avec voix consultative.***

### ***Les autres procédures de consultation mises en place par les ARS***

Certains prônent que toute concertation passe obligatoirement par la CRSA qui aurait ainsi le monopole du dialogue entre les parties prenantes du système de santé et l'organisme en charge de l'élaboration des politiques. Nous ne soutenons pas cette proposition car il convient de distinguer ce qui ressort de la démocratie sanitaire et de l'expertise. A l'évidence une expertise est souvent requise pour l'élaboration de certains schémas, volets ou programmes du PRS. Cette expertise est essentiellement professionnelle et scientifique à l'image des COTER mis en place par les Agences Régionales de l'Hospitalisation pour l'élaboration des SROS. Elle n'est pas concurrente de la démocratie sanitaire mais complémentaire et l'une ne peut se substituer à l'autre. De la même façon que la Conférence Nationale de Santé n'a pas à se substituer aux agences sanitaires nationales, les CRSA n'ont pas à se transformer en instance technique d'expertise sur des sujets souvent très spécialisés. Il n'est donc pas choquant que l'ARS puisse réunir de tels groupes de travail. De même des ARS ont mis en place des conseils scientifiques dont les missions doivent être fondamentalement distinctes de celles des instances de démocratie sanitaire.

La situation est plus ambiguë lorsque ces instances étendent leur composition au-delà du champ de l'expertise et mettent en place des processus de démocratie sanitaire spécialisés. Elle est également ambiguë lorsque des processus de concertation se mettent en place dans le champ de la démocratie sanitaire en dehors des instances prévues par la loi HPST comme des consultations citoyennes, le recours à des panels d'utilisateurs ou certains débats publics.



***Nous préconisons donc une plus grande transparence pour la CRSA de toutes les instances de concertation mises en place par l'ARS, transparence qui passe par une information à la CRSA sur leurs missions et les ordres du jour de leurs réunions.***



## Conclusions et perspectives :

La démocratie sanitaire en régions, dans son format actuel, est encore jeune même si elle est l'héritière de processus démocratiques remontant pour certains aux années quatre-vingt-dix. Le bilan en est globalement positif même s'il impose des améliorations (pour 14 présidents de CRSA et 20 DGARS).

Il nous paraît notamment nécessaire :

- De renforcer la visibilité et la reconnaissance des CRSA en particulier de la part de la population générale, des médias et des élus locaux.
- De donner aux instances de démocratie sanitaire les moyens propres nécessaires à l'exercice de leurs missions.
- De structurer le dialogue avec les ARS notamment sur le suivi des avis.
- De préciser les missions des CRSA sur l'évaluation et le suivi du Projet Régional de Santé
- D'étendre les missions des CRSA à l'ensemble des politiques de santé publique en régions.
- De permettre aux membres des instances de démocratie sanitaire d'exercer au mieux leurs missions par des formations initiales et continues.
- De mieux reconnaître l'investissement des membres des instances de démocratie sanitaire en créant les conditions propices à l'exercice de leurs mandats.
- D'améliorer les échanges avec les autres instances consultatives en régions comme les CESER pour élargir les débats sur la santé à davantage d'acteurs de la société tout en préservant la singularité de la place de la CRSA auprès de l'ARS qui privilégie la concertation en amont.
- De revoir le positionnement des Conférences de Territoire dans le dispositif en structurant et en précisant mieux leurs missions, qui doivent plus clairement concerner les politiques territoriales de santé dans une articulation rénovée avec les CRSA.

Ces évolutions, ces ajustements, nous paraissent indispensables pour préserver notre modèle de démocratie sanitaire représentatif, consultatif et participatif.

***Ce bilan s'est surtout attaché à l'analyse des procédures mises en place en régions dans les instances de démocratie sanitaire. Ce n'est qu'une première étape de notre réflexion collective. Au delà du suivi de nos recommandations, que nous mettrons rapidement en place, il nous impose une réflexion sur la place du débat démocratique dans la construction des politiques de santé. Promouvoir ce débat impose de s'inscrire dans une démarche de long terme, construite, organisée, où chaque acteur apprend à prendre sa place dans la construction d'un équilibre aujourd'hui encore fragile. Cet équilibre doit s'appuyer sur des études d'impact partagées, sur une analyse collective des indicateurs de santé, pour permettre la confrontation des points de vue entre population, acteurs et financeurs et asseoir la légitimité démocratique des choix opérés. Ce partage est le meilleur vecteur d'une plus grande compréhension par tous des enjeux actuels de notre système de santé.***

***Notre bilan de la démocratie sanitaire ne pourra, à terme, se satisfaire d'une approche uniquement régionale. A court terme il nous faudra élargir le champ de notre réflexion aux autres instances de démocratie sanitaire et notamment au rôle, à la fonction de la Conférence***





***Nationale de Santé qui doit prendre toute sa place dans la construction des politiques nationales de santé. L'analyse des missions et procédures actuelles s'impose mais, au delà, il sera certainement nécessaire de renforcer la place de la CNS dans les démarches de concertation nationale et de préciser ses articulations avec les autres instances consultatives nationales.***

***La transversalité du champ de la santé et les enjeux sociétaux qu'il implique ne pourront plus, à terme, se satisfaire d'une démocratie sanitaire placée à coté des institutions. La démocratie sanitaire doit être un élément central du changement que l'évolution du système de santé, son suivi et son évaluation rendent indispensables.***



## Synthèse des recommandations de la Conférence Nationale de Santé

	<b>Champ</b>	<b>Recommandations</b>
1	Saisine de la CRSA	Suppression de la saisine sur les zonages mono-professionnels
2	Avis de la CRSA sur le PRIAC	Un seul avis de la CRSA préparé par la commission spécialisée pour les prises en charge et accompagnements médico-sociaux
3	Suivi des avis de la CRSA	Mise en place de tableaux de bord de suivi
4	Suivi des avis de la CRSA	Rendre obligatoire une réponse du DGARS à l'avis : Le directeur général de l'agence régionale de santé communique à la conférence régionale de la santé et de l'autonomie les suites qui ont été réservées à ses avis et ses propositions dans un délai de trois mois suivant leur transmission
5	Formation des membres de la CRSA	Mise en place d'une stratégie de formation en lien avec la CNS
6	Information de la CRSA	Information obligatoire de l'ARS sur : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le CPOM Etat-ARS</li> <li>- Le Programme Régional de Gestion du risque</li> <li>- L'état annuel des dépenses de santé en région</li> <li>- Le Fond d'intervention Régional (avec avis)</li> </ul>
7	Suivi et évaluation du PRS par les CRSA	Avis formel <ul style="list-style-type: none"> <li>- Annuellement sur un rapport de suivi du PRS présenté par l'Agence</li> <li>- Au minimum à mi-parcours et à la fin du PRS sur un rapport d'évaluation du PRS présenté par l'Agence</li> </ul>
8	Organisation des débats publics	Elaboration au niveau national (CNS) <ul style="list-style-type: none"> <li>- D'un référentiel</li> <li>- D'indicateurs d'impact</li> </ul>
9	Rôle de la Commission Permanente de la CRSA	prévoir explicitement que la commission permanente peut adopter des avis dont elle informera obligatoirement l'assemblée plénière
10	Rôle des Commissions Spécialisées de la CRSA	Possibilité de donner un avis sur toute saisine pour toutes les commissions spécialisées
11	Rapport sur le respect des droits des usagers	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le libérer de la fonction d'observation qui doit être réalisée par ailleurs, pour lui permettre de se consacrer à l'évaluation des situations</li> <li>- Examen par toutes les Commissions Spécialisées</li> </ul>
12	Rapport d'activité des CRSA	Elaboration d'une maquette nationale souple
13	Extension du rôle de la CRSA	Saisines sur : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le Plan Régional santé-Travail</li> <li>- Le Plan Régional Santé-Environnement</li> </ul>
14	Rôle des CRSA pour les CLS	Pas de rôle direct Rôle uniquement régional et méthodologique
15	Composition de la CRSA	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Autant de représentants de territoires que de territoires</li> <li>- Augmentation des représentants du secteur de l'environnement</li> <li>- Représentation de droit des CH &amp; U</li> </ul>



		- Augmentation à 4 du nombre de personnes qualifiées
16	CSDU	Passer à 15 membres en augmentant le nombre de représentants des associations agréées
17	Nomination du collège 3 de la CRSA	- Revoir la procédure de désignation après réflexion commune CNS, CNA, CNRPA, CNCPH...
18	Droit au congé de représentation	- Ouvrir ce droit aux CRSA et aux CT - Procédures d'indemnisation pour les salariés
19	Droit de représentation syndical	Analyse l'opportunité de la calquer sur celui en vigueur dans d'autres instances
20	Communication de la CRSA	- Faire respecter la publicité des avis - Bâtir un plan de communication pour les CRSA - Donner aux CRSA des moyens spécifiques pour développer leur communication
21	Moyens de la CRSA	Moyens dédiés : - Des moyens humains propres en secrétariat et en rédacteurs - Des moyens logistiques propres - Un budget propre par dotation spécifique permettant les auto-saisines et l'organisation de débats publics Charte de fonctionnement pour le personnel bivalent
22	Autonomie de la CRSA vis à vis de l'ARS	Maintien du lien privilégié
23	Missions des CT	Formaliser ces missions dans un seul texte réglementaire
24	Missions des CT	Centrer leurs missions sur - L'analyse des besoins et des spécificités du territoire - La déclinaison territoriale du PRS - L'interface avec les acteurs de terrain
25	Missions des CT	Les saisir pour avis sur les CHT
26	CT et Contrats Locaux de santé	Maintenir la saisine Les faire intervenir plus en amont
27	Composition de la CT	- Augmenter le nombre de personnes qualifiées pour donner une marge de manœuvre aux ARS - Permettre aux institutions territoriales de siéger de plein droit aux réunions plénières avec une voix consultative
28	Publicité des débats des CT	Rendre obligatoire la publication des avis des Conférences de Territoire
29	Liens CRSA - CT	Instauration d'une instance de concertation
30	Consultation des collectivités territoriales	- La maintenir en l'état
31	Commissions de Coordination	- Les recentrer sur la mise en oeuvre du PRS - Permettre aux présidents de commissions spécialisées correspondants d'y assister avec voix consultative
32	Autres instances de concertation mises en place par l'ARS	Informar la CRSA de leurs missions et des ordres du jour de leurs réunions



## Annexes

### [La lettre de mission](#)

### [Questionnaire pour les DGARS, les C.R.S.A et les Conférences de Territoire](#)

#### **Liste des sigles utilisés dans ce rapport**

- ARS Agence Régionale de Santé
- CARSAT Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail
- CDCPH Comité Départemental Consultatif des Personnes Handicapées
- CHT Communauté Hospitalière de Territoire
- CISS Collectif Interassociatif Sur la Santé
- CLS Contrat Local de Santé
- CME Commission Médicale d'Établissement
- CNS Conférence Nationale de Santé
- CODERPA COmité DEpartemental des Retraités et Personnes Agées
- COTER COmité TEchnique Régional
- CP Commission Permanente
- CRSA Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie
- CS Commission Spécialisée
- CSDU Commission Spécialisée dans le domaine des Droit des Usagers
- CSOMS Commission de l'Organisation Médico-Sociale
- CSOS Commission Spécialisée de l'Organisation des Soins
- CSP Code de la Santé Publique
- CT Conférence de Territoire
- CH & U Centre Hospitalier et Universitaire
- DGARS Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé
- FHF Fédération Hospitalière de France
- FIR Fond d'Intervention Régional
- HPST Hôpital, Patient, Santé, Territoire
- ONDAM Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie
- PRIAC Programme Interdépartemental d'ACompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
- PRS Projet Régional de Santé
- SROMS Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale
- SROS Schéma Régional d'Organisation des Soins



## Textes réglementaires

[Décret n° 2010-348 du 31 mars 2010 relatif à la conférence régionale de la santé et de l'autonomie](#)

[Décret n°2006-672 du 8 juin 2006 relatif à la création, à la composition et au fonctionnement de commissions administratives à caractère consultatif.](#)

[Décret n° 2010-347 du 31 mars 2010 relatif à la composition et au mode de fonctionnement des conférences de territoire](#)

## Remerciements

- Aux présidents des Conférences Régionales de la Santé et de l'Autonomie, des Conférences de Territoire, aux Directeurs Généraux de Agences Régionales de Santé pour leur participation aux enquêtes
- Aux membres du groupe de travail : Bertrand GARROS, Hubert ATTENONT, Sophie BENTEGEAT, Alexandre BIOSSE-DUPLAN, José CAMBOU, Jean-Jacques CARRE, Francine CAUMEL-DAUPHIN, Thierry DAËL, Martine DECHAMP, Éric DE FALCO, Bernadette DEVICTOR, Présidente de la C.N.S., Dominique DOREL, Christine FABRY, Yvon FAU, Alexandra FOURCADE, Patrick JEANNOT, KBAYAA Françoise, Lydia LE BRIS, Daniel LORTHIOIS, Christian MÜLLER, Jean-Jacques NANSOT, Madeleine NGOMBET-BITOO, Vincent PERROT, Anne POSTIC, Christel PRADO, Annie RAMIN, Michèle REGNIER, Jean-François REY, Marianne RIVIERE, Frédéric SEVAL, Alain SŒUR, Noëlle SOUDAN, Laurent THEVENIN
- Au secrétariat général de la Conférence Nationale de Santé et notamment Alexandre VISCONTINI
- A Aurélien CORDONNIER, interne de Santé Publique au CHRU de Lille pour son aide précieuse pour l'analyse des enquêtes et la bibliographie internationale.

## Grille d'analyse des sites Internet des ARS

Région .....		
Site ARS – 1 <sup>ère</sup> page		
Onglet/rubrique « démocratie sanitaire »	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Intitulé autre .....		Autre : .....
<b>CRSA</b>		
Site internet propre	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Présentation/missions	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Logo de la CRSA	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Composition nominative	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Publication des avis	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON



Publication des CR des réunions	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Publication des CR des CS	<input type="checkbox"/> OUI Lesquelles : .....	<input type="checkbox"/> NON
Partie dédiée à la CSDU	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Autres travaux	<input type="checkbox"/> OUI Lesquels : .....	<input type="checkbox"/> NON
Actualités	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Point presse	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
<b>Conférences de territoire</b>		
Présentation/missions	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Composition nominative	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Publication des CR des réunions	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Publication des avis et des contributions	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

**Commentaire**

**Rapporteur :**

- Jean-Louis SALOMEZ      Président de la C.R.S.A. du Nord-Pas-de-Calais



## Avis du 29 novembre 2012 sur le bilan de la démocratie sanitaire en région

Ministère des affaires sociales et de la santé  
Direction générale de la santé  
Secrétariat général de la Conférence nationale de santé  
14 av Duquesne - 75350 Paris Cedex 07 S.P.  
Tél : 01.40.56.53.72  
courriel : [cns@sante.gouv.fr](mailto:cns@sante.gouv.fr)  
site internet : [www.sante.gouv.fr/conference-nationale-de-sante-c-n-s.html](http://www.sante.gouv.fr/conference-nationale-de-sante-c-n-s.html)