

Conférence nationale de santé

Synthèse de l'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

Synthèse de l'avis du 29 novembre 2012 relatif au bilan de la démocratie sanitaire en région

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 manœuvre aux DGARS, en assurant une meilleure représentativité des territoires et en simplifiant les procédures de désignation des usagers. 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, ou sur des thèmes d'actualité ou 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 des collectivités territoriales. 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 l'état annuel des dépenses de santé en régions et sur le montant et la composition du Fonds d'Intervention Régional sur lequel la CRSA devrait formuler un avis. 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 confirme 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 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 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



Synthèse de l'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
site internet : www.sante.gouv.fr/conference-nationale-de-sante-c-n-s.html