



Avis
portant sur les décrets relatifs
à la conférence régionale de la santé et de l'autonomie,
au conseil de surveillance de l'agence régionale de santé,
à la conférence de territoire
et aux commissions de coordination
des politiques publiques

Sommaire

1. La méthode de l'avis page 3
2. Sur le projet de décret relatif à la conférence régionale de la santé et de l'autonomie page 3
3. Sur le projet de décret relatif au conseil de surveillance de l'agence régionale de santé page 7
4. Sur le projet de décret relatif à la conférence de territoire page 8
5. Sur le projet de décret relatif aux commissions de coordination page 8

Aux termes des dispositions de la [loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique](#), la Conférence nationale de santé « formule des avis et des propositions au Gouvernement sur les plans et programmes qu'il entend mettre en œuvre ».

C'est dans le cadre de ces attributions que la Conférence nationale de santé (C.N.S.) a été saisie, le 24 novembre 2009, par le Secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales de quatre projets de décrets relatifs à la conférence régionale de la santé et de l'autonomie (C.R.S.A.), au conseil de surveillance de l'agence régionale de santé (A.R.S.), à la conférence de territoire et aux commissions de coordination des politiques publiques.

I. La méthode de l'avis

A l'occasion de la séance plénière du 10 décembre 2009, la Conférence nationale de santé a reçu le Secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales qui a présenté les quatre projets de décrets. Les échanges entre le Secrétaire général et les membres de la C.N.S. ont permis de dégager les principales préoccupations de l'instance. Afin de compléter ses travaux, la Conférence nationale de santé a lancé un appel à contributions écrites auprès de l'ensemble de ses membres à échéance du 21 décembre 2009.

Comme le permettent les dispositions du décret n° 2009-1113 du 11 septembre 2009 relatif à la Conférence nationale de santé qui prévoient qu' « *en cas d'urgence, le bureau peut adopter des avis et recommandations selon les mêmes modalités [que l'assemblée plénière]* », le bureau de la Conférence nationale de santé a adopté, le 12 janvier 2010, l'avis dont la teneur suit.

II. Sur le projet de décret relatif à la conférence régionale de la santé et de l'autonomie

Si la Conférence nationale de santé a eu l'occasion de se réjouir que la [loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires](#) prévoit dans son article 118 une conférence régionale de la santé et de l'autonomie aux pouvoirs étendus, elle estime que l'économie générale du projet de décret pris pour l'application des dispositions de cet article 118 se situe largement en dessous de la volonté exprimée par le législateur.

11. Le projet de décret amoindrit le rôle de la formation plénière de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie et réduit ainsi sa légitimité en matière de démocratie sanitaire.

Si la conférence régionale de la santé et de l'autonomie peut être considérée au sens strictement juridique comme une commission administrative, elle est politiquement regardée, depuis sa création, comme un levier de la démocratie sanitaire. Plusieurs orientations du projet de décret sont à cet égard problématiques.

111. La création d'une commission permanente, qui n'est pas prévue par le législateur, n'est assortie d'aucun encadrement des pouvoirs de substitution de l'instance plénière.

Le décret n° 2009-1113 du 11 septembre 2009 relatif à la Conférence nationale de santé a enserré le pouvoir de substitution de son bureau dans de strictes conditions : les cas d'urgence, d'une part, et l'obligation de rendre compte des avis et recommandations adoptés selon la procédure d'urgence à l'occasion de la plus prochaine réunion plénière de la conférence, d'autre part.

Or, le décret projeté ne prévoit aucun encadrement des pouvoirs dévolus à la commission permanente de sorte que la Conférence nationale de santé estime que la formation plénière de la

conférence régionale de la santé et de l'autonomie pourrait *de facto* être dépouillée de ses compétences au profit de la commission permanente.

A supposer même qu'une telle dévolution de compétences « entre les mains » d'une commission permanente soit envisageable parce qu'encadrée, encore faudrait-il que la proportion de membres composant la commission permanente permette d'estimer que les avis et recommandations alors adoptés par elle sont établis sur la base d'une légitimité incontestée. Avec seulement un peu plus de 10 % de membres de la formation plénière constituant la commission permanente, la conférence régionale de la santé et de l'autonomie se situerait bien loin du seuil de 25 % adopté par la Conférence nationale de santé dans son propre règlement intérieur pour fonder la légitimité des avis et recommandations adoptés par son bureau en cas d'urgence.

Soucieuse de la transversalité des avis et recommandations attendus de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie par le législateur, la Conférence nationale de santé estime donc que la formation plénière de la C.R.S.A. doit recevoir une compétence générale, susceptible d'être déléguée de façon strictement encadrée à un organe *ad hoc* dont la représentativité ne puisse être inférieure à 25 % des membres de la formation plénière.

Cet organe *ad hoc* pourrait valablement donner des avis quand les réunions de la formation plénière ne permettent pas de le donner dans le délai exigé par l'autorité administrative, sur consultation de la (ou des) commission(s) spécialisée(s) dès lors que cet avis est sollicité dans le domaine qui les concerne.

112. De la même manière, la création de commissions spécialisées consultées directement par le directeur général de l'Agence régionale de santé sans en référer à la formation plénière, ni même à la commission permanente, révèle que la formation plénière est regardée comme une fiction organique dépouillée de toute compétence réelle. Les compétences et les modalités de consultations des commissions spécialisées amène la Conférence nationale de santé à s'interroger sur l'intention réelle du pouvoir réglementaire à l'égard de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie.

Le comité régional de l'organisation sanitaire (C.R.O.S.) et le comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale (C.R.O.S.M.S), sont ainsi « versés » au sein de la nouvelle conférence régionale de la santé et de l'autonomie sous les appellations suivantes : commission spécialisée de l'organisation des soins (C.S.O.S.) et commission spécialisée pour les prises en charge et l'accompagnement médico-social (C.S.P.C.A.M.S.). Elles reprennent notamment les anciennes missions des C.R.O.S. et C.R.O.S.M.S. en tant qu'ils donnaient des avis préalables à la décision administrative.

D'ailleurs, il leur est ajouté une commission spécialisée pour la prévention dont le mode de saisine n'est pas prévu, à l'inverse des deux précédentes commissions spécialisées.

Enfin, l'article 17 du décret projeté prévoit la possibilité d'émettre un avis conjoint entre plusieurs commissions spécialisées ainsi que le renvoi de certaines questions évoquées par ces commissions spécialisées vers la formation plénière de la C.R.S.A..

Dans ces conditions, le décret projeté donne le sentiment de mettre les deux premières commissions (C.S.O.S. et C.S.P.C.A.M.S.) « à la main » du directeur général de l'agence régionale de santé, laissant la troisième commission sans occasion de saisine faute de l'avoir prévu et transférant une part notable de la formation plénière vers les commissions spécialisées.

Par ailleurs, en l'absence totale d'articulation entre les commissions spécialisées et la formation plénière, la transversalité attendue de la formation plénière de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie est rendue impossible contrairement à l'objectif visé par le législateur tendant à ce

que la conférence régionale de la santé et de l'autonomie concoure « à la politique régionale de santé ».

Au fond, s'il s'agissait pour le pouvoir réglementaire de permettre l'adoption rapide des avis actuellement rendus par les C.R.O.S. et C.R.O.S.M.S. sans être bloqué par une procédure de réunion forcément complexe d'une formation plénière composée d'environ cent membres, c'est à la commission permanente qu'il conviendrait alors de se prononcer sur ces sujets, le cas échéant après consultation des commissions spécialisées.

Aux termes du décret projeté, la formation plénière n'est donc manifestement pas une formation sous l'égide de laquelle se tiennent des commissions spécialisées et une commission permanente mais un organe dépouillé de l'essentiel des pouvoirs que le législateur lui avait conféré à l'article 118 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Les commissions spécialisées ne devraient avoir pour rôle que de préparer les avis soumis à la commission permanente ou à la formation plénière.

12. Le statut de la formation spécialisée dans le domaine des droits des usagers du système de santé doit être équivalent à celui des autres commissions spécialisées.

La préoccupation relative au respect des droits des usagers du système de santé existe depuis la [loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé](#) et a toujours bénéficié d'un suivi express de la part des [conférences régionales de santé qui avaient été compétemment dotées du pouvoir de s'exprimer sur ces sujets.](#)

S'il était admissible que dans le [décret n° 2005-1539 du 8 décembre 2005 relatif aux conférences régionales ou territoriales de santé](#) la formation spécialisée dans le respect des droits des usagers du système de santé ait le simple statut d'une formation spécialisée dans la mesure où elle était l'une des deux formations de la C.R.S., il est souhaitable que, dans la C.R.S.A., coexistant avec trois commissions spécialisées, elle bénéficie alors de la même appellation et se trouve placée au rang de commission pleine et entière disposant du même régime et des mêmes pouvoirs que les trois autres commissions spécialisées.

13. La suppression d'un collège ainsi que la composition de certains collèges ou commissions apparaissent très discutables.

131. Même si l'on doit comprendre qu'il s'agit d'adapter la conférence régionale de la santé et de l'autonomie à la nouvelle organisation sanitaire française, la disparition du collège des personnes qualifiées en les remplaçant par la désignation, facultative au surplus, de deux personnes qualifiées, donne le sentiment que l'on cherche à écarter des compétences qui pourraient librement s'exprimer en dehors de tout mandat institutionnel. Pourtant les actuelles conférences régionales de santé soulignent l'importance d'un tel collège apportant des ressources substantielles pour la réflexion de la conférence régionale de santé ou permettant de tempérer certaines expressions ne manquant pas d'être corporatistes.

132. La composition du collège 2 (collège des représentants des usagers des services de santé ou médicaux-sociaux) fait apparaître un traitement inégalitaire de deux catégories de membres distinguées au sein de ce collège.

Ainsi, huit représentants d'associations doivent disposer de l'agrément prévu à [l'article L 1114-1 du code de la santé publique](#) (C.S.P.) alors que les huit autres représentants d'associations (retraités et personnes âgées) en sont dispensés.

La Conférence nationale de santé estime que, s'il y a lieu de distinguer entre les catégories d'associations au sein de ce collège, le décret projeté ne doit pas pour autant faire échapper certaines à l'obligation d'agrément figurant à l'article L 1114-1 du code de la santé publique qui prévoit que « seules les associations agréées représentent les usagers du système de santé ». Seule l'Association des paralysés de France estime, pour sa part, que les associations représentant les personnes handicapées et leurs familles doivent être désignées au sein d'elles-mêmes pour siéger au sein du collège des représentants des usagers de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie.

133. Une catégorie de représentants figurant au collège n° 2 (collège des représentants des usagers des services de santé ou médicaux-sociaux) doit plutôt figurer au sein du collège n° 7 (collège des offreurs de services de santé).

En effet, le décret soumis à la Conférence nationale de santé prévoit que le collège n° 2 est composé de trois catégories d'associations, dont celles des personnes handicapées et de leurs familles qui échappent d'ailleurs elles aussi à l'obligation d'agrément de l'article L.1114-1 du C.S.P.

Si la Conférence nationale de santé comprend qu'il est impossible de placer ces associations sous la contrainte de l'agrément de l'article L 1114-1 dans la mesure où, nonobstant la forme juridique associative qu'elles revêtent, elles gèrent principalement des établissements, elle recommande alors de les insérer dans le collège n° 7 des offreurs de services de santé, quitte à élargir l'appellation de ce collège au domaine médico-social.

Il n'y a donc pas lieu de faire figurer au sein du collège des représentants des usagers des services de santé ou médico-sociaux des représentants d'associations qui ont vocation à gérer des équipements sanitaires ou médico-sociaux en lieu et place des quatre représentants des personnes handicapées et de leurs familles qui doivent, quant à elles, être des représentants d'associations agréés au sens de l'article L 1114-1 du code de la santé publique.

134. Certaines préoccupations sont mal relayées dans la composition des collèges ou des commissions de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie.

Il en va ainsi des questions relatives à l'accès à la santé des publics en situation de précarité, des inégalités sociales et territoriales de santé et de la lutte contre les addictions.

De la même façon, certaines expressions semblent, aux yeux de certains membres de la Conférence nationale de santé, faire défaut. C'est ainsi que sont insuffisamment représentés les professions de santé, par le biais de leurs organisations ou de leurs ordres, ainsi que les personnels de santé par le biais de leurs organisations syndicales représentatives.

III. Sur le projet de décret relatif au conseil de surveillance des agences régionales de santé

Ce sont les droits et règles de vote et la composition du conseil de surveillance qui motivent les principales observations des membres de la Conférence nationale de santé.

21. Les droits et règles de vote

Le législateur a prévu que les membres du conseil de surveillance puissent disposer, pour certains, de deux voix au lieu d'une, sans en faire une obligation d'ailleurs.

Le décret projeté attribue deux voix aux seuls représentants de l'Etat de sorte qu'avec 20 % des sièges, ils représentent le tiers des droits de vote (8 sur 24). Il est donc clair dans ces conditions que le budget de l'agence, acte politique majeur s'il en est, sera automatiquement adopté, un rejet à la majorité des deux tiers supposant le vote unanime de tous les autres membres. Le conseil de surveillance est donc dénué des pouvoirs dont devrait disposer une telle instance.

La Conférence nationale de santé estime que chaque membre du conseil de surveillance devrait disposer d'une seule voix, une majorité des deux tiers nécessitant déjà 14 voix sur 20.

22. La composition du conseil de surveillance

221. La représentation des usagers

Si certains estiment que le nombre de représentants des usagers, limité à trois, est bien faible en considération du fait que l'essentiel des missions de l'agence est dédiée à ces usagers, d'autres estiment au contraire que cette représentation est suffisante.

En tout état de cause, il serait judicieux de faire du collège des représentants des usagers de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie l'organe de désignation des trois représentants des usagers au sein du conseil de surveillance de l'agence régionale de santé.

Il s'agirait alors pour ce collège d'émettre un appel à candidature parmi les associations de santé agréées au titre de l'article L 1114-1 du code de la santé publique afin d'y choisir trois représentants issus de trois associations représentées ou non au sein dudit collège et garantissant la « ventilation » des trois représentants entre les préoccupations de maladie, de handicap et d'âge. Seule l'Association des paralysés de France estime pour sa part que les associations de personnes handicapées n'ont pas à être titulaires de l'agrément de l'article L 1114-1 pour siéger dans le conseil de surveillance de l'agence régionale de santé.

Dès lors que la loi offre la possibilité d'étendre à quatre le nombre de représentants des usagers, il serait judicieux d'exercer cette faculté pour permettre la représentation du mouvement familial en tant qu'il est constitué d'usagers du système de santé spécialement intéressés à ce sujet avant et pendant la maladie, le handicap ou l'âge ou tout aussi légitimement d'associations représentatives des intérêts des personnes en situation d'exclusion.

222. La représentation des professionnels de santé

L'absence de représentation prévue par le législateur a fait l'objet de vives critiques de la part des organisations représentatives des professionnels de santé.

223. L'expression de certaines préoccupations peut se trouver empêchée ou limitée faute de représentants.

Ainsi, certains membres de la Conférence nationale de santé estiment-ils que, s'agissant de la santé au travail, un représentant de la future Caisse d'assurance retraite et de santé au travail doit figurer au sein du conseil de surveillance de l'agence régionale de santé.

Il en va de même des préoccupations relatives à certains déterminants de santé, dépourvus de personnes en situation de les exprimer, en matière d'addictologie, par exemple.

IV. Sur le projet de décret relatif à la conférence de territoire

Le projet de texte relatif aux conférences de territoires a motivé quelques remarques quant à sa composition. Ici encore, nombreuses sont les préoccupations dont les membres de la Conférence nationale de santé ont le sentiment qu'elles ont été oubliées faute d'être représentées. Ainsi en va-t-il de l'addictologie et de la promotion de la santé.

En outre, certaines organisations de la société civile estiment que le projet de décret les oublie à tort. C'est ainsi que sont insuffisamment représentés les professions de santé, par le biais de leurs organisations ou de leurs ordres, ainsi que les personnels de santé par le biais de leurs organisations syndicales représentatives.

Par ailleurs, certains membres font remarquer que les représentants des conseils généraux ne peuvent compétemment siéger dans de telles instances dès lors qu'ils fixent les tarifs des établissements sociaux et médico-sociaux.

Enfin, s'il est bien prévu que les conférences de territoires soient représentées dans la conférence régionale de la santé et de l'autonomie, il n'est pas indiqué que des représentants de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie soient présents dans les conférences de territoires. Or l'articulation entre les deux instances est indispensable à la cohérence et au suivi de la politique régionale de santé.

V. Sur le projet de décret relatif aux commissions de coordination des politiques publiques

Le projet de décret soulève trois catégories d'interrogations : celles relatives aux missions, aux compétences et à la composition de ces commissions.

51. Les missions des commissions de coordination des politiques publiques

Si la Conférence nationale de santé comprend bien que ces commissions ont vocation à articuler avec celles de l'A.R.S. les stratégies des autres institutions compétentes, y compris sur le plan financier, elle estime cependant qu'elles doivent être à l'écoute des attentes et des besoins formulés par les acteurs de terrain. Ainsi la formulation de l'article 6 du décret projeté devrait-elle évoluer pour admettre que ces acteurs de terrain puissent demander à être entendus par les commissions de coordination pour faire valoir leurs préoccupations, le cas échéant, au sein de comités techniques, à caractère permanent, dont la commission pourrait décider librement.

52. Les compétences des commissions

La Conférence nationale de santé est surprise que la commission dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile apparaisse ainsi dénommée comme ayant un périmètre restreint par rapport à la santé publique et à la promotion de la santé dont elle aurait attendu qu'elle embrasse l'ensemble des préoccupations, et non pas seulement certaines d'entre elles limitativement énumérées. Elle observe en outre que n'apparaissent pas les domaines de l'éducation pour la santé ou de la veille sanitaire, par exemple.

La Conférence nationale de santé demande que l'intitulé de cette commission et ses missions portent sur la promotion de la santé.

S'agissant de la commission de coordination dans le domaine des prises en charge et des accompagnements médico-sociaux, il est indispensable qu'elle donne un avis sur le programme

interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (P.R.I.A.C.) institué par l'article 58 de la [loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées](#). En effet, si au 1° du I et au 4° du I de l'article, le P.R.I.A.C. est explicitement cité, ce n'est pas le cas du 3° du I où une autre formulation a été retenue.

53. La composition des commissions

Dans un souci de cohérence et de transversalité, il serait souhaitable de prévoir que le/la président(e) de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie, ou son représentant, soit membre de chacune des commissions ou, à tout le moins, y soit convié(e).

En ce qui concerne la commission de coordination dans le domaine des prises en charge et des accompagnements médico-sociaux, il serait judicieux de prévoir la présence de la direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement (D.R.E.A.L.) afin de faire le lien avec les problématiques d'aménagement du territoire, de logement et d'environnement.

*
* *

En conclusion, la Conférence nationale de santé souhaite faire part de ses inquiétudes sur l'insuffisance de transversalité à l'occasion de la mise en œuvre de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. En effet, les dispositions prévues dans les textes qu'elle vient d'examiner traduisent davantage le cloisonnement et l'absence d'articulations. Les démarches transversales sont *de facto* laissées à la bonne volonté des acteurs, alors qu'elles devraient être explicitement prévues, si on veut des politiques de santé cohérentes et coordonnées, conformes à l'esprit et aux objectifs de la loi.

Cette inquiétude est renforcée par ce que l'on connaît aujourd'hui des premiers projets d'organigramme des agences régionales de santé qui semblent reconstituer en interne les cloisonnements antérieurs.

Telles apparaissent les principales remarques de la Conférence nationale de santé en réponse à la saisine du secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales.