

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2008 –

**« Le rôle des élus dans l'organisation de l'offre de soins.
L'exemple des conseillers régionaux
et des présidents de conférence sanitaire de territoire
de la région Nord-Pas-de-Calais »**

– Groupe n° 27

- | | |
|----------------------|------------------------------|
| – Dominique Anger | – Sylvie Marquet |
| – Marie-Noëlle Copon | – Christine Mercier |
| – Sophie Gava | – Jean-Christian Montmeterme |
| – Grégory Guibert | – Marie-Pierre Souliers |
| – Eric Krzykala | – Elisabeth Toquet |

Animateur

– *Hervé Michel*

Sommaire

Méthodologie	1
Introduction	3
1 Les élus du Nord-Pas-de-Calais et l'organisation de l'offre de soins : la tradition d'un engagement contractuel aux débats parfois conflictuels	5
1.1 Un investissement par une politique de subventions et de prévention inscrit dans un cadre juridique évolutif	5
1.1.1 Un retard persistant de l'état de santé	5
1.1.2 La région, un acteur de longue date à la recherche de partenaires et d'instruments juridiques adaptés	6
1.2 Le constat d'un dialogue conflictuel entre les élus et l'ARH dans l'organisation des soins	8
1.2.1 La cristallisation d'un mécontentement lors de l'élaboration du Sros.	8
1.2.2 L'analyse sociologique de l'émergence des élus comme force d'opposition à l'ARH	10
2 Les nouvelles prérogatives des élus de la région Nord – Pas-de-Calais : une participation institutionnelle au pilotage de l'offre de soins :	12
2.1 L'affirmation du rôle des élus à la commission exécutive de l'ARH.	12
2.1.1 Une opportunité juridique difficile à concrétiser	12
2.1.2 Un travail technique qui n'exclut pas les pesanteurs politiques :	14
2.2 Le bilan du dispositif traduit la nécessité d'une redynamisation de la démocratie sanitaire dans la région et au niveau national.	18
2.2.1 Une influence nuancée qui n'exclut pas la montée en puissance de la région comme échelon stratégique.	18
2.2.2 Les réflexions en cours, notamment sur les ARS, pourraient offrir un positionnement renforcé aux élus.....	21
Conclusion	25
Bibliographie	27
Liste des annexes	Erreur ! Signet non défini.

Remerciements

Le groupe souhaite remercier M. Hervé Michel pour son exposé des enjeux du sujet ainsi que pour l'aide apportée dans la prise de rendez-vous auprès des acteurs de la vie sanitaire de la région Nord-Pas-de-Calais. Sa disponibilité et son éclairage nous ont été précieux.

Nous tenons à exprimer notre reconnaissance à l'ensemble des interlocuteurs qui ont accepté de nous accorder un peu de leur temps pour présenter leur vision du rôle des élus dans l'organisation de l'offre de soins.

M. Autès, vice-président du conseil régional

M. Autin, chargé de mission sur la Santé au conseil régional

M. Banneux, chargé des questions de santé auprès du président du conseil régional

M. Bernard, directeur délégué à la Santé à la Drestic au conseil régional

Mme Gallez, députée maire UMP de Saint-Saulve, présidente de la CST Hainaut

Mme Génisson, députée PS, conseillère régionale, et présidente de la CST Artois

M. le Dr Lahoute, médecin inspecteur de Santé publique à la Drass du Nord-Pas-de-Calais

M. Rapin, conseiller régional UMP

Mme Stanieck-Wavrant, adjointe au maire de Lille, PS, présidente de la CST Métropole

Mme Thilliez, conseillère régionale PCF

M. Van Der Poorten, chargé de mission du conseil régional, mis à disposition de l'ARH

Mme le Dr Villarubias, chargée de mission à l'ARH

Mme Wasselin, sous-directrice de la Cram

Liste des sigles utilisés

ARH : Agence régionale de l'hospitalisation

ARS : Agence régionale de la Santé

CESR : Conseil économique et social régional

CIRE : Cellule Interrégionale d'Epidémiologie

CNOSS : Comité national d'Organisation sanitaire et sociale

COMEX : Commission exécutive de l'ARH

CPER : Contrat de Plan Etat-Région

CPOM : Contrat d'Objectifs et de Moyens

CRAM : Caisse régionale d'Assurance Maladie

CR : Conseil régional

CRS : Conférence régionale de Santé

CROSMS : Comité régional d'Organisation sociale et médico-sociale

CROS : Comité régional d'Organisation sanitaire

CROSS : Comité régional d'Organisation sanitaire et sociale

CST : Conférences sanitaires de territoire

DARH : Directeur de l'ARH

DDASS : Direction départementale des Affaires sanitaires et sociales

DGS : Direction générale de la Santé

DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins

DIACT : Délégation interministérielle à l'Aménagement et à la Compétitivité des Territoires

DRASS : Direction régionale des Affaires sanitaires et sociales

DRESTIC : Direction régionale de l'Enseignement supérieur et des Technologies de l'Information et de la Communication

DRSM : Direction régionale du Service médical de l'assurance maladie

EHESP : Ecole des hautes Etudes en Santé publique

ENSP : Ecole nationale de Santé publique

FHF : Fédération hospitalière de France

FN : Front national

GRPS : Groupement régional de Promotion de la Santé

GRSP : Groupement régional de Santé publique

EHESP – Module interprofessionnel de santé publique – 2008

LAPSS : Laboratoire d'Analyse des Politiques sociales et sanitaires

OQOS : Objectifs quantifiés de l'Offre de Soins

ORS : Observatoire régional de la Santé

PCF : Parti communiste français

PMT : Projet médical de territoire

PS : Parti socialiste

SIDA : Syndrome d'Immunodéficience acquise

SROS : Schéma régional de l'Organisation des Soins

T2A : Tarification à l'Activité

UMP : Union pour un Mouvement populaire

VIH : Virus de l'Immunodéficience humaine

Méthodologie

Le module interprofessionnel de santé publique a réuni, au sein du groupe 27, dix élèves de l'Ecole des hautes Etudes en Santé publique : deux directeurs d'hôpital, quatre directeurs d'établissement sanitaire, social et médico-social, deux directrices des soins et deux inspecteurs de l'action sanitaire et sociale.

La réflexion proposée par M. Hervé Michel, docteur en sciences politiques, était consacrée au rôle des élus dans l'organisation de l'offre de soins. Le sujet était plus spécifiquement orienté vers l'exemple des conseillers régionaux et des présidents de conférences sanitaires de territoire du Nord – Pas-de-Calais.

Cette réflexion s'inscrit pleinement dans les futures fonctions des membres du groupe de travail. Les directeurs d'hôpital et d'établissement sanitaire, social et médico-social, ainsi que les directrices des soins, travaillent au sein de conseils d'administration présidés par des élus. Ils développent une politique locale d'offre hospitalière dont la définition relève en partie des acteurs politiques et des directions d'accueil des inspecteurs de l'action sanitaire et sociale.

La démarche organisationnelle, fondée sur le dossier documentaire remis avant le travail collectif, s'est appuyée sur les approches pluriprofessionnelles des différents membres de l'équipe. L'intérêt du sujet et la diversité de nos expériences ont facilité une complémentarité des connaissances politiques, juridiques, sanitaires et techniques.

Le premier jour a permis aux élèves de se présenter entre eux et avec Hervé Michel. Ce dernier nous a expliqué la problématique du sujet et les objectifs méthodologiques et pédagogiques de la formation. Des référents ont été désignés pour assurer la gestion logistique et documentaire du groupe.

M. Michel avait pris les premiers contacts et des rendez-vous avec les témoins susceptibles de nous éclairer. Le groupe s'est efforcé de confirmer les entretiens déjà programmés et d'en préparer quelques autres. Néanmoins, certains acteurs de l'organisation de l'offre de soins dans la région n'ont pas répondu favorablement à nos sollicitations. Des rencontres ont été possibles avec quatre des six conseillers régionaux membres de la commission EHESP – Module interprofessionnel de santé publique – 2008

exécutive de l'ARH, trois des quatre présidents de conférences sanitaires de territoire, quatre chargés de mission et fonctionnaires du conseil régional (dont l'un est mis à la disposition de l'ARH), une responsable de l'assurance maladie et deux médecins inspecteurs de santé publique exerçant à la Drass et au sein de l'agence régionale de l'hospitalisation.

Les entretiens réalisés par sept élèves ont tous été menés en trois jours dans la région Nord-Pas-de-Calais. La démarche semi-directive retenue a permis de centrer le discours des personnes interrogées autour de thèmes définis au préalable et consignés dans un guide¹. Les possibilités de relance ont été exploitées dans le but de favoriser une interaction entre l'interviewé et l'interviewer. Les points de vue, enregistrés dans environ la moitié des cas, ont fait l'objet d'une analyse critique orale et d'un résumé objectif par écrit.

Les trois membres de l'équipe, restés à Rennes, ont travaillé dans le même temps sur les textes juridiques et les articles encadrant le sujet. Des contacts quotidiens par messagerie électronique ont permis d'échanger des informations utiles pour l'avancement des recherches et des investigations.

La synthèse entre les entretiens de terrain et les documents consacrés au thème étudié a permis de retenir un plan détaillé présenté à deux reprises à l'animateur. Des équipes rédactionnelles ont été chargées des parties correspondant à leurs entretiens ou à leurs explorations bibliographiques. Après une uniformisation du style, une relecture du document a été accomplie. Enfin, le texte final a été soumis à l'animateur.

¹ Cf. annexe VI

Introduction

La région Nord – Pas-de-Calais a annoncé le 4 mai 2007 son entrée à la commission exécutive de l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) et le lancement d'un plan d'investissement de 48 millions d'euros en quatre ans.

Cet intérêt pour la santé est original au regard de la tradition de méfiance que les collectivités territoriales entretiennent avec l'organisation sanitaire. Les lois de décentralisation de 1982-1983 les avaient certes incitées à participer au financement d'équipements hospitaliers, mais sans pouvoir de décision et dans le respect de la planification. Ces contraintes avaient favorisé le développement d'une culture de prudence. L'ampleur et la croissance ininterrompue des dépenses de santé depuis plusieurs décennies, la recentralisation de compétences sanitaires confiées aux départements en 1983 (tuberculose, dépistage du VIH et du cancer du sein...) et le scepticisme ouvertement exprimé par l'assurance maladie quant à une éventuelle association des régions aux politiques d'hospitalisation n'ont pas davantage incité les collectivités territoriales à investir ce domaine d'activité. La seule proposition récente, ouverte par la loi du 28 mars 2003 relative à l'organisation décentralisée de la République, reposait sur un projet de régionalisation de la santé en Alsace resté sans lendemain.

Néanmoins, des interventions ont pris l'aspect d'initiatives ponctuelles largement dictées par l'actualité et les contextes locaux. Au sortir de la canicule de l'été 2003, marquée par un engorgement des services hospitaliers, la région Ile-de-France a consacré plusieurs millions d'euros à la rénovation des urgences. Le Languedoc-Roussillon s'est fortement investi dans le projet d'hôpital transfrontalier franco-espagnol de Puigcerdá. De nombreuses communes et départements ont pris à leur charge la mise aux normes des maternités.

Le Nord-Pas-de-Calais s'appuie depuis les années 1970 sur une forte tradition d'intervention dans le domaine sanitaire, dont l'ampleur est sans commune mesure avec les investissements conjoncturels réalisés dans les autres collectivités territoriales. L'héritage industriel et socio-économique, les mauvais indicateurs épidémiologiques et les grands problèmes actuels de santé publique expliquent et justifient l'enjeu permanent d'une action politique volontariste au service des habitants de la région.

La plupart des déterminants de la santé ne s'inscrivent pas dans le champ des soins mais mobilisent d'autres vecteurs (l'éducation, le logement, le cadre de vie, les conditions de travail...). Les élus locaux entretiennent des relations étroites avec les acteurs institutionnels, économiques, sociaux et associatifs susceptibles de peser dans ces domaines. Ils disposaient depuis longtemps des leviers d'action permettant d'influer sur la santé des citoyens mais sans cadre législatif et réglementaire permettant leur articulation.

L'évolution juridique récente a modifié cette situation en renforçant le rôle des élus dans l'organisation de l'offre de soins. La présidence des conférences sanitaires de territoire et la possibilité d'une participation du conseil régional à la commission exécutive (comex) de l'ARH offrent un horizon nouveau aux représentants politiques.

La région Nord-Pas-de-Calais a rapidement saisi ces prérogatives. La démarche participative construite au fil des ans avec l'État, l'assurance maladie et les professionnels de santé soulève une interrogation sur le positionnement des acteurs politiques locaux. Si la collectivité s'inscrit désormais pleinement dans l'organisation sanitaire régionale, sa place comme partenaire ou contre pouvoir reste encore à définir. Ses élus et les présidents de conférences sanitaires de territoire doivent parallèlement arbitrer entre la défense d'une offre de soins de proximité et une vision stratégique à plus grande échelle, entre une dépendance partisane qui conditionne des réflexes idéologiques et une acception plus neutre et apolitique d'une mission essentiellement technique. Plus globalement encore, l'expérimentation en cours dans le Nord-Pas-de-Calais préfigure un débat sur le rôle à venir des régions comme acteur de l'aménagement du territoire sanitaire ou membre d'un système de gouvernance basé sur la démocratisation du pilotage de l'offre de soins. En filigrane, ce dispositif ouvre une piste de réflexion sur la place des élus au sein des agences régionales de la santé (ARS).

Animée par la volonté de répondre aux défis locaux de la santé publique en l'absence d'instruments juridiques adaptés, la région Nord-Pas-de-Calais a développé une politique de prévention et de subventions qui n'a pas empêché un dialogue conflictuel avec l'État et l'assurance maladie. Le nouveau contexte juridique permet désormais à la collectivité de participer pleinement au pilotage de l'offre de soins par la présence de ses élus à la commission exécutive de l'agence régionale de l'hospitalisation et dans la perspective d'une redynamisation de la démocratie sanitaire.

1 Les élus du Nord-Pas-de-Calais et l'organisation de l'offre de soins : la tradition d'un engagement contractuel aux débats parfois conflictuels

Les difficultés sanitaires de la région ont progressivement justifié un engagement de la collectivité à travers des financements de projets et des actions de promotion de la santé. Cet effort n'a pas empêché un dialogue parfois difficile entre, d'une part, les conseillers régionaux et les présidents de conférences sanitaires de territoire et, d'autre part, l'ARH.

1.1 Un investissement par une politique de subventions et de prévention inscrit dans un cadre juridique évolutif

La présence d'indicateurs préoccupants dans le Nord-Pas-de-Calais a légitimé les dispositifs contractuels favorisant l'implication de la région en matière de financements sanitaires et de santé publique.

1.1.1 Un retard persistant de l'état de santé

La région connaît des indicateurs sanitaires qui, même s'ils se sont améliorés, demeurent encore très défavorables. L'espérance de vie de ses habitants est la plus basse de France. Elle s'établissait en 2006 à 73,6 ans pour les hommes et à 81,9 ans pour les femmes, contre une moyenne nationale respectivement de 76,7 ans et de 83,8 ans.

La mortalité prématurée avant 65 ans est très sensiblement plus élevée qu'ailleurs. Elle est supérieure, par rapport à l'ensemble du territoire, de 34 % chez les hommes (25^e rang des régions françaises sur les 26 collectivités étudiées) et de 28 % chez les femmes (24^e performance à l'échelle du pays). Ce phénomène concerne l'ensemble des territoires de la région avec toutefois une prédominance dans l'ancien bassin minier où les plus mauvais résultats sont enregistrés. L'espérance de vie à la naissance est de 71,7 ans dans les secteurs de Béthune-Bruay, Lens-Hénin et Valenciennes.

Le chômage, la précarité, l'accès difficile à la prévention, les comportements à risque, la tardiveté à consulter un médecin ou le renoncement aux soins expliquent la persistance de certaines pathologies et addictions, tels que les dysfonctionnements de l'appareil

circulatoire, les maladies cardio-vasculaires, les tumeurs (25^e rang sur 26 pour les hommes, 23^e pour les femmes) ou l'alcoolisme (25^e position chez les hommes et surtout 26^e et dernière place pour les femmes).

Face à ce constat, les quatre conférences sanitaires de territoire (Littoral, Métropole, Artois, Hainaut) ont fait valoir, dans leurs avis, la nécessité d'obtenir des moyens financiers et humains permettant de rejoindre les indicateurs de santé de la moyenne de la population française. Ils revendiquent une offre de soins complète et mieux distribuée sur l'ensemble du territoire. L'amélioration de la situation sanitaire est un enjeu fort des institutions régionales.

1.1.2 La région, un acteur de longue date à la recherche de partenaires et d'instruments juridiques adaptés

En l'absence de responsabilités légales dans le domaine sanitaire, les élus ont développé une politique spécifique dès la création de l'établissement public régional en 1974. L'acte I de la décentralisation n'a pas institutionnalisé le rôle de la nouvelle collectivité dans l'organisation de l'offre de soins. Le rapport Humbert (1986) illustre les difficultés liées au découpage des compétences en matière de santé et au transfert d'un pouvoir historiquement exercé par l'État vers différents niveaux de territoires. Le rôle des élus dans l'organisation sanitaire a été renforcé à partir du début des années 1990 par la présence de députés et de sénateurs au sein d'instances consultatives. Le comité national de l'organisation sanitaire et sociale (Cnoss) et le comité régional de l'organisation sanitaire et sociale (Cross), créés par la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, sont chargés de rendre des avis et de formuler des propositions, mais ne confèrent pas de pouvoirs nouveaux aux acteurs politiques.

Malgré cet environnement juridique peu propice à la participation du conseil régional du Nord-Pas-de-Calais à la vie sanitaire, ses subventions d'investissement (faisant l'objet d'une convention avec l'État) ont permis de moderniser des maternités, des services de néonatalogie et des plateaux techniques. Si les ordonnances Juppé (1996) et la mise en place des agences régionales de l'hospitalisation ont mis un terme à ce programme, la collectivité est intervenue de manière plus ponctuelle pour aider au financement d'équipements particulièrement onéreux (par exemple, des tomographes à émission de positons).

L'acte II de la décentralisation, qui confirme le rôle de chef de file des départements dans les champs d'intervention liés aux personnes âgées et au handicap, devrait conduire la région à se dégager de ces politiques, en particulier celles qui concernent le programme d'humanisation des hospices ou le financement des réseaux de gérontologie et des structures d'hébergement pour adultes lourdement handicapés.

La collectivité a développé une stratégie de prévention illustrée par la création en 1990 (conjointement avec la Cram et la Drass) d'une maison régionale de promotion de la santé. Cette dernière regroupe un observatoire (l'ORS), une cellule interrégionale d'épidémiologie (Cire) et des associations spécialisées dans les missions d'appui, d'accompagnement et de conseil aux opérateurs de terrain. L'éducation sanitaire est organisée autour de trois approches (les programmes territoriaux de santé, les problèmes spécifiques à chaque catégorie de personnes, les différentes pathologies) dont les enjeux ont justifié sa restructuration. La concertation avec l'État, l'assurance maladie, les conseils généraux et les professionnels a permis, en 1999, l'inscription des politiques de prévention au sein de programmes régionaux de santé. Ce dispositif partenarial est sensé faciliter la lisibilité, la cohérence et la complémentarité entre les différents acteurs. Il doit néanmoins s'articuler avec une autre instance : la conférence régionale de santé définit des priorités pluriannuelles² dont le financement est pérennisé dans le contrat de plan État-Région.

La politique de prévention initiée par la collectivité explique son refus d'adhérer au groupement régional de santé publique (GRSP) prévu par la loi du 9 août 2004. Le vice-président a eu l'occasion de dénoncer ce dispositif « créé de manière unilatérale [...] présidé par le préfet, dirigé par un fonctionnaire d'État nommé par lui et administré par un conseil dans lequel l'État se réserve la majorité des sièges³ ». Les élus ont préféré créer un groupement régional de promotion de la santé (GRPS) qui rassemble plus d'une dizaine d'associations agissant dans des domaines variés (addictions, sida, soins palliatifs, médecine du travail...). Ainsi, un GRPS construit par la collectivité supplée son absence au GRSP pourtant prévu par la loi.

² Le cancer, les maladies cardio-vasculaires, les consommations à risque, la santé des enfants et des jeunes, l'accès aux soins des populations précarisées, l'impact environnemental sur les indicateurs sanitaires.

³ *La santé des habitants : un enjeu permanent pour le Nord-Pas-de-Calais*, rapport d'orientation présenté par le vice-président Michel Autès à la séance plénière du conseil régional le 10 février 2006.

Il est difficile d'apprécier la raison de ce positionnement. Le conseil régional s'efforce assurément d'affirmer son rôle de garant de la légitimité démocratique et manifeste le souci de préserver son autonomie. Une contradiction est perceptible entre le souci ancien d'investir le domaine sanitaire et le rejet récent d'une participation au nouveau dispositif commun ouvert par le droit. Cette posture révèle les tensions qui peuvent se développer entre la région et les autres acteurs de la politique sanitaire.

1.2 Le constat d'un dialogue conflictuel entre les élus et l'ARH dans l'organisation des soins

L'implication des élus en matière de santé publique et l'institutionnalisation progressive de leur rôle, les positionnent comme des acteurs importants de la politique sanitaire. Ce nouveau rapport de force a été illustré par leur opposition au processus d'élaboration du Sros III. L'obtention par les acteurs politiques d'une révision de ce texte révèle leur potentiel de contre pouvoir face à l'État et à l'assurance maladie.

1.2.1 La cristallisation d'un mécontentement lors de l'élaboration du Sros.

Le Sros III définit des objectifs par activité et par territoire en distinguant trois niveaux : la proximité, le bassin de vie et la région. Chaque schéma d'organisation doit être arrêté sur la base d'une évaluation des besoins de santé de la population et de leur évolution, après une analyse, quantitative et qualitative, de l'offre de soins existante. Il revient au directeur de l'ARH de préparer le texte et ses annexes. Des autorisations d'activité sont ensuite délivrées aux établissements et leurs coopérations sont favorisées par le partage d'équipements, la permanence des soins et les réseaux. L'approche innovante de ce Sros repose sur une logique de satisfaction des besoins territoriaux par objectifs quantifiés à la place de l'ancienne réflexion en termes de capacités.

Une procédure d'élaboration du Sros a été proposée par le ministère afin d'assurer la concertation de l'ensemble des acteurs de la politique sanitaire. Après une réorganisation spatiale et une réflexion relative au système de graduation des soins, les nouvelles

conférences sanitaires de territoire⁴ élaborent des pré-projets médicaux destinés à intégrer les informations locales. Ce travail initial permet la production des PMT définitifs. Le schéma est soumis pour avis aux conférences sanitaires, au Cros et au Crosms. La signature de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) entre l'ARH et les différents établissements de santé conclut le processus et fixe les orientations stratégiques, les objectifs quantifiés et les équipements matériels lourds.

L'écart entre la théorie de l'élaboration du Sros III et sa réalisation a été important dans la région Nord-Pas-de-Calais. Le non-respect des différentes étapes, associé à une gestion parfois maladroite du projet, a conduit à une opposition forte entre une partie des protagonistes.

L'élaboration du Sros III a débuté, dans la région, par une démarche administrative. Le DARH a privilégié des groupes de travail chargés de préparer les réunions du comité de pilotage, aux dépens d'une concertation avec les élus et les principaux acteurs régionaux de l'organisation sanitaire. L'un des représentants de l'ARH estime que cette méthode de travail « en tuyaux d'orgue », a compromis l'efficacité du dialogue déjà compliqué par le doublement des thèmes traités. La dynamique d'encadrement a particulièrement fait défaut vis-à-vis des présidents de conférences sanitaires de territoire. Ces derniers, élus politiques proches du milieu sanitaire, regrettent que la rédaction du Sros ait précédé celle des PMT, contrairement à ce que prévoyaient les documents officiels présentés par l'agence.

L'ARH a préféré attendre la parution, en 2005, du décret renouvelant la composition et le fonctionnement des CST, avant d'intégrer ces dernières à son travail commencé un an plus tôt. Cette situation a freiné l'appropriation des nouveaux territoires par les établissements de santé. Les présidents de conférence justifient le retard pris dans l'élaboration des PMT par un partenariat insuffisant avec l'agence régionale de l'hospitalisation. Les représentants de cette dernière estiment, pour leur part, que la charge de travail générée par la préparation du schéma excluait ce pilotage. Enfin, les cadres administratifs du conseil régional expliquent cette situation par la complexité du découpage territorial.

⁴ Les CST comprennent l'ensemble des professionnels de la santé ainsi que les usagers et les élus (communes, structures intercommunales, conseils généraux, conseils régionaux).

Lors de l'élaboration du Sros II, le DARH, proche du pouvoir en place, avait bénéficié d'un fort apport budgétaire inscrit dans une politique de péréquation nationale. Le schéma suivant a été construit dans un contexte plus technocratique. Le nouveau directeur, ancien haut-fonctionnaire du ministère de la Justice, a éprouvé des difficultés à nouer des relations de confiance avec les élus et les directeurs des établissements de santé. Sa mission s'inscrivait de surcroît dans un contexte de rigueur économique et budgétaire lié à la mise en place de la tarification à l'activité (T2A) et à l'effort de maîtrise des dépenses publiques. Le nouvel environnement compétitif entre les hôpitaux complexifiait encore le travail des CST, chargées de favoriser la coopération inter-établissements. L'ensemble de ces éléments a cristallisé, en 2005-2006, un mouvement de rejet du Sros.

Le 8 février 2005, les élus locaux socialistes et verts, membres des conférences sanitaires de territoire, délivrent un avis défavorable au projet. Ils dénoncent, avec la Fédération hospitalière de France, un schéma construit sur la consommation de soins et revendiquent une prise en compte des besoins en santé. Cette alternative leur semble plus adaptée dans une région où la population tarde à consulter un médecin. Leur position se trouve confortée, en février 2006, par les avis négatifs des quatre CST. Au-delà des critiques de fond, notamment quant aux investissements dévolus aux hôpitaux publics, les présidents regrettent de ne pas avoir disposé d'un temps suffisant pour étudier le texte. Ils estiment avoir été « consultés à marche forcée en une semaine » et déplorent par conséquent « un passage en force » de l'administration. Le délai imparti ne leur permet pas d'exercer une réelle influence sur le projet mis en discussion.

Le départ du DARH, l'intégration d'une partie des remarques des acteurs de la vie sanitaire et la réévaluation des OQOS ont permis un dénouement positif. La prise en considération d'une opposition, largement portée par les élus locaux (présidents des CST, membres du conseil régional...) démontre l'aptitude de ces derniers à se positionner comme un contre-pouvoir vis-à-vis des acteurs techniques de l'organisation de l'offre de soins.

1.2.2 L'analyse sociologique de l'émergence des élus comme force d'opposition à l'ARH

« Les Sros de troisième génération : un état des lieux en 2007 », étude réalisée par le laboratoire de recherche Lapss de l'EHESP, a démontré comment le conseil régional, avec

le soutien du CESR, des acteurs politiques locaux, des CST et de la FHF a pu obtenir une « révision du SROS intégrant les remarques des élus sur les manques en offre de soins, les carences en personnel et le retard en santé ». Le rapport décrit les différentes étapes du dénouement de la crise. Une commission mixte, associant les fédérations et les présidents de CST, a été établie, ainsi que trois groupes de travail spécialisés sur les OQOS, les PMT et les CPOM. L'ARH a ainsi apporté des réponses aux interrogations formulées par les élus dans un « cahier de doléances ».

Lors de nos entretiens, le souvenir de cette confrontation a été largement éludé par les protagonistes. Ces derniers préfèrent insister sur la collaboration constructive qui s'établit désormais entre eux. Un décalage entre leurs témoignages et les conclusions des chercheurs de l'EHESP est perceptible. L'exemple du cahier de doléances, rédigé par des élus, en est une bonne démonstration. Les représentants de l'ARH comme ceux du conseil régional ont minimisé son importance, en le réduisant à un « simple outil de travail » qui ne méritait pas une attention particulière.

Des explications divergentes accompagnent le départ du directeur de l'agence. Les représentants de la collectivité territoriale, notamment les présidents de CST, l'attribuent à une approche trop technocratique des dossiers, incompatible avec les exigences d'une communication destinée au personnel politique. Un membre de l'ARH a évoqué l'influence de la présidente du conseil d'administration du centre hospitalier universitaire de Lille. Ce point de vue ne fait pas l'unanimité auprès des autres interlocuteurs. Ils émettent un doute sur la capacité de cette élue à obtenir gain de cause auprès d'un Gouvernement d'une sensibilité différente de la sienne. Une dernière hypothèse a été formulée. Le directeur aurait été sanctionné en raison de son soutien à la mise en place de l'expérimentation intégrant six conseillers régionaux à la commission exécutive de l'ARH. Il est assez difficile d'abonder dans le sens de l'une ou l'autre de ces interprétations. L'influence des élus, quant à ce départ, n'est pas démontrée. Néanmoins, la nomination d'un nouveau directeur avec l'assentiment de la FHF, une semaine avant la date limite de signature du Sros, illustre probablement la part jouée par les acteurs politiques dans cette éviction.

L'articulation entre, d'une part, la logique de proximité et d'aménagement du territoire, et d'autre part, l'approche technique et économique semble être la condition d'une organisation consensuelle de l'offre de soins. A cet égard, les présidents de conférences sanitaires occupent une place stratégique. Ils doivent nouer une complémentarité avec

l'échelon régional et assurer parallèlement une coordination entre les territoires de santé et les zones de proximité. Leur vigilance doit s'exercer vis-à-vis de la composition pléthorique des CST qui favorise l'expression d'intérêts particuliers incompatibles avec une vision globale de l'organisation sanitaire.

Ainsi, l'état de santé préoccupant des habitants de la région a légitimé un investissement ancien des élus dans l'offre de soins. Cette implication s'est traduite par des tensions que les acteurs s'efforcent aujourd'hui d'éviter. La mise en place d'une expérimentation avec l'ARH illustre une nouvelle approche des relations partenariales. En filigrane, la spécificité juridique induite par la participation des élus à la comex pourrait dessiner le rôle futur du personnel politique au sein des ARS.

2 Les nouvelles prérogatives des élus de la région Nord-Pas-de-Calais : une participation institutionnelle au pilotage de l'offre de soins :

L'implication historique de la collectivité dans les domaines de la prévention et de l'investissement sanitaire, ainsi que le maintien de déterminants négatifs en santé publique, ont milité en faveur d'une expérimentation sur la base d'un partenariat conclu avec l'ARH. Si les résultats du dispositif demeurent incertains, la démarche semble néanmoins dessiner une dynamisation de l'organisation de l'offre de soins par un rôle accru des représentants politiques.

2.1 L'affirmation du rôle des élus à la commission exécutive de l'ARH.

L'acte II de la décentralisation a offert un nouvel outil participatif à la région Nord-Pas-de-Calais. L'implication encore imparfaite des élus au sein du nouveau dispositif accompagne un positionnement largement constructif mais aux réflexes parfois partisans.

2.1.1 Une opportunité juridique difficile à concrétiser

La loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales (article 70) a ouvert la possibilité d'une expérimentation, pour une durée de quatre ans, afin de permettre aux régions qui en font la demande de participer au financement et à la réalisation d'équipements sanitaires par le biais d'une convention. En contrepartie, elles se voient

proposer le tiers des sièges (et par conséquent des voix délibératives) à la commission exécutive de l'ARH, à parité avec les représentants de l'État et ceux de l'assurance maladie.

Dès novembre 2004, Daniel Percheron, président du conseil régional du Nord-Pas-de-Calais, propose au bureau de la collectivité de saisir cette opportunité. La perspective de l'expérimentation suscite des questions au sein même de la majorité. Des élus s'interrogent sur le bénéfice réel pour la région et observent l'initiative comme une substitution des collectivités territoriales aux carences de l'État. D'aucuns doutent de la légitimité même d'une entrée dans l'organisation de l'offre de soins. Parallèlement, le décret d'application prévu par la loi tarde à être publié et le conseil régional interprète la prudence de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (Dhos) comme un signe de réticence.

Michel Autès, vice-président de la collectivité, persévère dans la volonté de faire aboutir le projet et ouvre un dialogue avec l'ARH. Un document de travail de la région, daté d'octobre 2005, présente l'éventualité d'une expérimentation comme un « effet levier » et une « avancée démocratique ». Elle permettrait de contraindre l'État à investir davantage dans l'équipement sanitaire grâce à une marge de manœuvre politique renforcée dans la négociation.

L'assemblée régionale approuve en novembre 2005 le principe d'une adhésion au dispositif auquel seuls les élus communistes s'opposent, au motif que l'État est le garant d'un égal accès aux soins sur l'ensemble du territoire. Trois mois plus tard, la région vote un projet de convention avec l'ARH et s'engage à respecter un plan quadriennal d'investissements hospitaliers de 32 millions d'euros.

En décembre 2006, l'agence réserve un avis défavorable à l'entrée des élus dans sa commission exécutive. Les représentants de l'État et de l'assurance maladie justifient leur vote par un imbroglio juridique. Ils avancent que le décret fixant la liste des régions dont la candidature a été retenue pour l'expérimentation n'a pas été publié dans le délai prévu par la loi. En tardant à rendre le texte exécutoire, l'État a peut-être lui-même organisé les conditions du refus. La réticence de la sécurité sociale est surtout fondée sur le décalage jugé excessif entre, d'une part, la participation relativement faible de la région au regard de l'apport de l'assurance maladie et, d'autre part, la répartition paritaire des voix à la commission exécutive. La volonté de la collectivité d'investir exclusivement au profit

d'équipements est également mal vécue, chaque matériel générant un coût de fonctionnement.

Il faudra l'intervention du ministère et un avis positif du Conseil d'État pour que l'ARH finisse par approuver l'expérimentation au début de l'année 2007. Entre temps, la région accroît sa participation de 32 à 48 millions d'euros. La convention du 4 mai 2007 fixant les modalités du dispositif prévoit d'affecter cette somme au financement d'équipements matériels lourds (appareils de dépistage, de diagnostic, de suivi thérapeutique et de traitement des cancers) et au développement de la télémédecine. Le partenariat s'étend à la démographie des métiers de la santé à travers une campagne de promotion des emplois médicaux et non-médicaux et un accompagnement des projets de création de formations spécialisées.

2.1.2 Un travail technique qui n'exclut pas les pesanteurs politiques :

Conformément à la loi, le conseil régional désigne en son sein les nouveaux membres de la commission exécutive au scrutin de liste à la représentation proportionnelle, à la plus forte moyenne, sans panachage ni vote préférentiel. Michel Autès (Les Verts), Cécile Bourdon et Catherine Génisson (Parti socialiste), Carl Lang (Front national), Jean-François Rapin (Union pour un mouvement populaire) et Françoise Thilliez (Parti communiste) sont élus.

Les comptes-rendus de la commission exécutive publiés sur le site de l'ARH témoignent d'un absentéisme important des conseillers régionaux. Depuis la signature de la convention, les huit séances étudiées⁵ enregistrent un taux de présence des élus de 41,67 % (contre 75 % pour les représentants de l'Etat et 62,5 % pour ceux de l'assurance maladie⁶). Parmi les membres du conseil régional, seul Michel Autès a participé à l'ensemble des réunions. Cécile Bourdon a pris part aux travaux de la commission à quatre reprises, soit une fois de plus que Jean-François Rapin et Catherine Génisson (cette dernière a néanmoins donné trois fois un pouvoir à Michel Autès). Françoise Thilliez a participé à deux séances et Carl Lang à aucune. Ainsi, en moyenne, 2,5 conseillers régionaux sont

⁵ 19 juin 2007, 10 juillet 2007, 18 septembre 2007, 16 octobre 2007, 20 novembre 2007, 18 décembre 2007, 19 février 2008 et 18 mars 2008.

⁶ Cette statistique porte sur les membres avec voix délibératives.

présents (contre 4,5 représentants de l'Etat et 3,75 membres de l'assurance maladie⁷). Cette faible participation pourrait s'expliquer par le cumul des mandats ou l'exercice d'une activité professionnelle.

La collectivité et l'ARH ont proposé une formation aux élus afin de les acculturer au système d'organisation sanitaire. Cette étape favorise peut-être aujourd'hui l'inscription des conseillers régionaux dans une démarche constructive et leur participation dynamique aux débats. L'Etat et l'assurance maladie semblent disposés à les intégrer pleinement aux travaux de l'agence même s'ils ne les associent pas à leurs réunions préparatoires à la comex. Le conseil régional s'efforce par conséquent de créer des réunions *ad hoc* avec l'agence (sans y intégrer cependant les présidents de conférences sanitaires de territoire) afin de changer la nature des débats et d'occuper une place centrale. Ce positionnement privilégié dépend pour une grande part des informations mises à la disposition des élus. Ils reçoivent l'ordre du jour de la commission environ deux semaines avant la réunion et les dossiers leur parviennent une semaine auparavant. Ce délai, en nette amélioration en comparaison avec la situation antérieure, est jugé encore trop bref par des membres politiques de la comex. Les critiques émises par les conseillers régionaux traduisent en général un souci d'amélioration du travail effectué. L'opposition systématique n'est pas la règle et le souci de la concertation est évident. Les élus peuvent, le cas échéant, rappeler au directeur de l'ARH la nécessité d'un dialogue.

La particularité des membres du conseil régional tend fréquemment à s'effacer au profit d'une réflexion technique illustrée par des votes unanimes (Etat, assurance maladie et élus) au sujet des demandes, rejets et renouvellements d'autorisations. Le même phénomène peut être observé à propos des transferts d'activité, de l'attribution des crédits et des tarifications. L'adhésion de tous a également caractérisé la conclusion d'avenants aux contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens et à la convention constitutive de l'ARH. Elle a accompagné l'adjonction d'un volet addictologie au Sros. Les approbations du cahier des charges des centres de post-cure psychiatrique, des décisions modificatives de la campagne budgétaire des établissements de santé antérieurement sous dotation globale, des conséquences prévues aux termes de la réglementation en cas d'absence de signature des CPOM au 30 juin 2007 ou de la modification du programme de contrôle externe ont été

⁷ Cette statistique porte sur les membres avec voix délibérative.

obtenues grâce à des votes parfaitement harmonieux entre les différents acteurs de la commission. L'adhésion des élus présents ou représentés à la politique budgétaire interne de l'agence est réelle. Ils ont adopté à l'unanimité le compte financier, le résultat et l'affectation de l'exercice 2007. Ils ont tous émis un avis favorable au budget primitif et à la proposition de campagne budgétaire 2008. De manière symbolique, l'unanimité a également prévalu en faveur de la décision modificative du budget de l'ARH qui avait pour objet essentiel d'intégrer les conséquences en termes de recettes et de dépenses de la convention signée avec le conseil régional. Il en va de même en ce qui concerne le programme prévisionnel pour l'année 2008.

Néanmoins, cette large adhésion à la politique de l'agence ne semble pas gommer pleinement les dépendances territoriales et les réflexes politiques des élus membres de la commission. Les prises de parole, comme les votes, peuvent révéler des positions partisans ou idéologiques. Ainsi, un conseiller régional a demandé l'ajout au procès-verbal d'une commission précédente des échanges qui avaient été consacrés aux « effets pervers » de la tarification à l'activité, à ses conséquences jugées « inflationnistes » et à la problématique « de la juste valorisation de certains actes ». Une de ses collègues nous a précisé lors d'un entretien : « Je ne suis pas une technicienne, je suis une élue [...] Je suis même plus une militante politique qu'une élue ». Elle observe par conséquent sa présence à la commission comme un moyen d'informer ses amis politiques des dossiers sensibles afin de « créer des rapports de force ».

La reconversion de la maternité de Condé-sur-l'Escaut en centre périnatal de proximité avec hébergement illustre la logique partisane qui peut parfois s'exprimer. Les élus ont été sensibilisés à ce dossier par les organisations syndicales et ont établi des contacts avec les représentants locaux de leurs différents partis. Au moins un président de groupe au conseil régional a été consulté. Si une élue était convaincue de la viabilité du projet, il semble que les autres conseillers officiellement favorables à cette reconversion ont surtout affiché une posture idéologique ou une démarche de solidarité vis-à-vis de leurs amis politiques territorialement concernés. Cet épisode semble avoir révélé l'expression d'un clivage gauche-droite à la commission, l'élue proche du gouvernement étant le seul conseiller présent à s'être abstenu. Ce dernier a confié que sa position aurait pu être différente si la maternité avait été située sur le territoire de sa commune parce que le rôle d'un homme politique est aussi de « défendre son bout de gras ». Cette formule illustre la contradiction

inhérente à la fonction d' élu à la comex et le déchirement potentiel entre une logique locale et une vision régionale.

Les représentants de la collectivité territoriale n'ont pas pris part au vote consacré aux orientations stratégiques par territoire de santé. Michel Autès avait remarqué l'hétérogénéité des thématiques reprises dans ce travail et s'était interrogé sur la place que l'ARH entendait réserver aux projets médicaux de territoires. Ces derniers sont présentés par la convention du 4 mai 2007 comme « un document d'orientation évolutif permettant de rendre cohérent les projets individuels des établissements et des professionnels de santé ». Les liens entre les conseillers régionaux membres de la commission et les présidents de conférences sanitaires restent à approfondir. Ils permettraient, comme le prévoit le contrat signé avec l'agence, « une optimisation de l'organisation des soins » et l'intégration d' « une démarche globale de santé publique ». Les présidents de CST, qui étaient favorables à l'expérimentation, regrettent l'absence d'articulation entre leurs structures et la comex. Le défaut de concertation avec les conseillers régionaux peut sembler encore plus surprenant. Il n'existe visiblement pas de volonté d'alliance destinée à renforcer le poids des élus dans l'organisation de l'offre de soins. Cette perspective serait pourtant facilitée par une forte prégnance à gauche des acteurs politiques concernés. Cécile Bourdon et Michel Autès se sont également abstenus sur le CPOM consacré à l'hospitalisation à domicile. Ils demandaient une approche différente au niveau territorial afin de mieux comprendre la globalité des problématiques posées et des enjeux.

L'expérimentation en cours n'exclut pas une politique sanitaire autonome de la collectivité territoriale. La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique a permis aux conseils régionaux de définir des objectifs particuliers et de mettre en œuvre les actions correspondantes. Un engagement complémentaire est ainsi développé par le conseil régional. Le budget prévention-santé, qui s'élève à près de 24 millions d'euros en 2008 (soit une augmentation de 20 % par rapport à l'année précédente), finance quatre orientations stratégiques définies par la collectivité lors de la séance plénière du 10 février 2006 : le plan régional de lutte contre les cancers, la prévention, la santé dans les territoires et la coopération décentralisée.

Les deux tiers de cet investissement correspondent en réalité aux obligations de la convention signée avec l'ARH. Le budget 2008 prévoit en effet 15 millions d'euros d'autorisations de programme au titre du seul partenariat avec l'agence, après les

EHESP – Module interprofessionnel de santé publique – 2008

6,5 millions de 2006 et les 12 millions de 2007. L'effort financier devra atteindre 15 millions d'euros l'année prochaine pour respecter l'engagement d'un investissement de 48 millions au cours de la période 2006-2009.

Le plan régional de lutte contre les cancers consomme une grande partie du dispositif budgétaire au profit de l'équipement des établissements, de l'accompagnement des malades et d'un soutien aux porteurs de projets. La création d'un pôle régional de promotion de la santé à Loos, la lutte contre l'obésité, la sensibilisation aux maladies sexuellement transmissibles illustrent l'effort de prévention, défini comme le deuxième axe prioritaire dans la région. La politique d'amélioration de l'offre de soins dans les territoires se traduit par des projets de maison de santé et des incitations à l'installation des médecins libéraux dans les zones déficitaires.

2.2 Le bilan du dispositif traduit la nécessité d'une redynamisation de la démocratie sanitaire dans la région et au niveau national.

Les réformes relatives à la gestion de la politique de santé alternent entre l'affirmation de l'autonomie des collectivités territoriales (accordant un plus large pouvoir à leurs élus) et la recentralisation des compétences. L'expérimentation conduite dans le Nord-Pas-de-Calais reconnaît une place inédite aux conseillers régionaux. Sans disposer d'un recul suffisant pour en tirer des conclusions définitives, il est possible d'établir un premier bilan et d'analyser les pistes de réflexions que ce dispositif apporte sur le rôle des élus au sein des futures agences régionales de la Santé.

2.2.1 Une influence nuancée qui n'exclut pas la montée en puissance de la région comme échelon stratégique.

L'« acculturation » des élus au fonctionnement du système de santé, gage de sa démocratisation politique, n'exclut pas l'affirmation d'autres enjeux tels que la légitimation par le conseil régional des décisions de l'assurance maladie et de l'État ou une récupération politique au profit de la collectivité territoriale. Ce nouveau dispositif positionne néanmoins les élus comme des acteurs importants de l'aménagement du territoire sanitaire et conforte la région comme échelon stratégique de développement des politiques de santé.

La présence de six conseillers régionaux avec voix délibérative au sein de la comex représente, selon l'ensemble de nos interlocuteurs, une porte d'entrée des élus dans l'organisation de l'offre de soins. Cette ouverture du système de santé est d'autant plus intéressante que les acteurs politiques ont encore tendance à « faire peur » à l'assurance maladie et aux représentants de l'État. Le positionnement différent des techniciens du système de santé et des élus peut les conduire à des analyses divergentes. Les représentants politiques locaux véhiculent généralement l'image d'acteurs de proximité plus soucieux des avantages pour leur territoire que de l'intérêt régional. Ceux que nous avons rencontrés, soulignaient qu'il était temps de mettre fin à cette « diabolisation » puisque leur formation, de plus en plus technique, les positionne comme des acteurs responsables.

Paradoxalement, le nouveau rapport de force n'a pas entraîné de rupture dans la politique menée par l'ARH. Tous les acteurs considèrent que ce dispositif, sans modifier leurs propres perceptions de l'organisation de l'offre de soins, fluidifie les relations. Les élus participant à la comex constatent qu'ils maîtrisent mieux les enjeux de la politique de santé. Les problématiques techniques d'autorisation et de réglementation leur sont désormais plus familières. Leur présence au sein de l'instance décisionnelle représente une source d'informations précieuse sur les questions sanitaires locales et notamment les dossiers politiques. Le détachement d'un fonctionnaire du conseil régional auprès du directeur de l'ARH témoigne de l'institutionnalisation des relations entre la collectivité et l'agence.

Dans le cadre de l'expérimentation, les élus, représentants des citoyens, participent à la construction d'une acception plus politique de la démocratie sanitaire. Cette évolution n'est pas approuvée par l'ensemble des conseillers régionaux. Une des élus nous confiait sa crainte de devenir « un alibi pour les décisions de l'État et de l'assurance maladie ». L'implication du personnel politique dans le processus décisionnel les rend co-auteurs des solutions retenues et limite par voie de conséquence leur capacité d'opposition. Le nouveau système responsabilise les acteurs de la politique de santé et légitime les choix arrêtés. Une telle conséquence n'est pas neutre pour des élus dépendants de logiques partisans, à la fois positionnés comme défenseurs de l'offre de soins de proximité et garants d'une stratégie régionale.

La collectivité territoriale retire cependant un avantage à sa participation en ayant la possibilité de communiquer sur les actions menées par l'ARH. Certains de nos

interlocuteurs s'inquiètent d'ailleurs de cette capacité de « récupération ». Tout apport financier du conseil régional fait l'objet d'un affichage de la collectivité permettant une identification des fonds. Les supports d'informations utilisés par la région sont là pour en témoigner. Ils ne précisent généralement ni le point de vue éventuellement divergent de l'opposition ni le financement apporté par les autres acteurs. Cette politique de communication est difficilement acceptée par les représentants de l'assurance maladie. Ces derniers rappellent que si le conseil régional participe à l'investissement, ils assurent l'apport budgétaire le plus important.

Cette expérimentation accorde une puissance inédite à l'échelon régional et acte peut-être la reconnaissance par l'État de l'existence de fortes disparités entre les territoires. A ce titre, le nouveau dispositif peut s'analyser comme un moyen d'améliorer les politiques d'organisation de l'espace et d'approfondir la régionalisation du système de santé.

L'ensemble des conseillers membres de la comex voient dans cette expérimentation un moyen de promouvoir l'aménagement du territoire. Celui-ci consiste en l'élaboration d'une politique permettant à la fois un accompagnement de proximité et la réduction des inégalités spatiales en termes économiques et sociaux. Les élus sont considérés comme les plus aptes à apporter une plus-value en la matière et puisent dans cette spécificité une légitimité face aux techniciens de l'organisation sanitaire. La conception d'une politique de santé intégrant l'aménagement du territoire devrait permettre d'améliorer l'intervention publique par une meilleure articulation des problématiques sanitaires et sociales. La charte de partenariat du 7 septembre 2006 élaborée entre la région Nord-Pas-de-Calais et ses deux conseils généraux, témoigne de cette volonté. Elle associe les différents acteurs dans un souci de concordance des politiques menées par les départements dans le domaine social et par la région dans l'organisation sanitaire.

Nos interlocuteurs voient dans cette expérimentation un renforcement de la régionalisation du système de santé mais n'observent pas ses conséquences de la même manière. Si les élus souhaitent contribuer aux choix effectués au sein de l'agence, ils insistent sur la nécessité de maintenir un financement centralisé au niveau national. Ils s'opposent à la mise en place d'un système de gestion de la politique sanitaire sur le modèle italien. La crainte d'une nouvelle décentralisation, non compensée par des moyens financiers équivalents, demeure présente. L'association des régions de France s'est d'ailleurs, à l'origine, opposée à l'expérience pour cette raison. Elle considérait que le coût des

politiques de santé était trop élevé pour être assumé par les collectivités et craignait l'institutionnalisation d'un financement régional. Les représentants de l'ARH et de l'assurance maladie estiment, pour leur part, que l'un des objectifs de l'expérimentation est d'amener les régions à s'investir dans la politique sanitaire et par conséquent à contribuer à la réduction du déficit des comptes sociaux.

2.2.2 Les réflexions en cours, notamment sur les ARS, pourraient offrir un positionnement renforcé aux élus.

La participation de Dominique Deroubaix, directeur de l'ARH, au groupe de travail consacré à la rédaction du texte fondateur des ARS, traduit sans doute l'originalité de la démarche conduite dans la région et les pistes de réflexions qu'elle est susceptible d'offrir. Selon nos interlocuteurs, la mise en place de ces nouvelles structures ne doit pas remettre en cause l'expérimentation en cours et les spécificités régionales méritent d'être prises en considération.

André Flajolet, député et conseiller régional UMP du Nord-Pas-de-Calais, dans son rapport relatif aux politiques de prévention, propose l'élaboration d'une convention d'objectifs et de moyens entre le conseil régional du Nord-Pas-de-Calais et l'État dans le domaine de la réduction des inégalités territoriales de santé. Le partenariat comporterait un volet préventif en direction de la nutrition mais aussi un aspect organisationnel orienté vers la mise sur pied de communautés de santé. Ces dernières rassembleraient des équipes médicales et paramédicales aux missions sanitaires diversifiées (soins, hospitalisation à domicile, accompagnement de la fin de vie...) et complémentaires de la politique préventive définie par les élus locaux. La cohésion du système se trouverait renforcée par le recours à la contractualisation entre les collectivités territoriales et avec les associations de proximité.

Ce rapport émet aussi des propositions sur le champ de compétences des futures ARS. Il suggère qu'elles s'organisent en partenariat avec les conseils régionaux. Elles reposeraient sur deux socles. D'une part, une dimension de solidarité nationale qui intégrerait un droit d'accès égal aux soins et à la prévention. D'autre part, la prise en compte des spécificités territoriales en incluant les conseils généraux et régionaux dans le processus décisionnel, en partenariat avec les groupements régionaux de santé publique. Chaque ARS disposerait ainsi d'une enveloppe d'intérêt général et une autre d'intérêt régional que les élus

utiliseraient afin de répondre aux spécificités de leurs territoires. Un tel projet, fortement inspiré de l'expérimentation conduite dans le Nord-Pas-de-Calais, accorde une place importante aux élus locaux.

La perspective des ARS conforte l'émergence de la région comme échelon stratégique de choix et de développement des politiques de santé. L'objectif de ces futures agences est, comme l'expose le rapport Attali, « de fluidifier les parcours de soins, de rationaliser les investissements et les moyens et de mettre en cohérence les politiques de santé conduites sur le territoire pour éviter les redondances, responsabiliser clairement les acteurs et régler au bon niveau les éventuels conflits ».

Les réflexions en cours réservent une place inégale aux élus. Le rapport Ritter, publié en janvier 2008, insiste sur la territorialisation des politiques de santé mais ne se prononce pas quant à leur participation à l'instance décisionnelle des futures ARS. Il préconise cependant l'adaptation de l'offre sanitaire et sociale aux spécificités et aux besoins locaux (notamment à travers les projets de territoire). La mission Larcher évoque de son côté l'idée d'un renforcement du rôle des acteurs politiques dans l'organisation des soins. L'évolution des règles de gouvernance interne à l'hôpital se traduirait par la transformation du conseil d'administration en un conseil de surveillance, doté d'un président choisi par les élus et les personnes qualifiées. Parallèlement, la composition et les missions des conférences de territoire seraient revues afin de mieux associer les collectivités aux projets de santé locaux.

Le rapport Bur est plus audacieux sur la place des élus dans l'organisation de l'offre de soins. Il considère que « la réforme annoncée du pilotage territorial du système de santé constitue une occasion historique de renforcer la démocratie sanitaire ». A l'instar de nos interlocuteurs, il regrette la trop large composition des conférences de territoire qui empêche l'appropriation des enjeux par ses membres. Le fonctionnement des CST est, selon lui, encore trop dépendant de la personnalité des présidents. L'association des acteurs politiques aux fonctions stratégiques du pilotage de l'offre de soins repose sur une double légitimité : celle d'utilisateur et celle de représentant des collectivités. Par conséquent, « les élus ne sauraient être cantonnés à la CRS. Ils doivent avoir une place au plus près des instances décisionnelles de l'ARS ». Les présidents de région, de conseil général, de conférence territoriale de santé, ou encore des parlementaires, devraient être associés aux instances de pilotage du système sanitaire. Le rôle des maires, dans cette réorganisation, ne

doit pas se limiter à la gestion d'un établissement de santé mais s'étendre aux problématiques de restructurations hospitalières.

Conclusion

Le rôle des élus du Nord-Pas-de-Calais dans l'organisation de l'offre de soins repose sur un positionnement subtil, associant à la fois le pragmatisme et la logique politique, le partenariat et le rapport de force, la contractualisation avec l'État et le souci de l'autonomie, l'action informelle et l'évolution institutionnelle.

Les indicateurs de santé préoccupants ont justifié une implication en deux temps des élus du conseil régional : d'abord par une politique de subventions d'équipements et de prévention, ensuite par un dispositif expérimental au sein de la commission exécutive de l'ARH. La collectivité illustre ainsi sa propension à un dialogue constructif avec les autres acteurs de la vie sanitaire.

En revanche, la remise en cause du processus d'élaboration du Sros III et le refus d'entrer au sein du GRSP ont révélé des élus plus militants. Les conseillers régionaux et les présidents de conférences sanitaires de territoire revendiquent une prise en compte spécifique des besoins de la population.

L'émergence des acteurs politiques comme partenaire et contre-pouvoir peut sembler déconcertante et favorise les contradictions. La région accepte d'investir 48 millions d'euros au sein de la comex mais refuse de financer le GRSP. Elle appelle à un renforcement du rôle des élus sans nouer un partenariat solide avec les présidents de conférences sanitaires de territoire.

Le conseil régional affine son engagement au fil du temps en utilisant les instruments juridiques traditionnels et les dispositifs expérimentaux. Il s'efforce de devenir un acteur incontournable de l'organisation de l'offre de soins sans disposer des leviers essentiels pour y parvenir. Son action reste très encadrée par l'État et l'assurance maladie qui disposent ensemble de la majorité des voix à la comex. Si les dépendances partisans et territoriales de ses élus ne s'expriment que faiblement, elles tranchent néanmoins avec l'approche technique des autres membres de la commission exécutive.

La capacité d'influence du conseil régional pourrait probablement s'accroître grâce à la construction d'une complémentarité (aujourd'hui très insuffisante) avec les présidents de conférences sanitaires de territoire. Les deux structures partagent le souci d'une meilleure

répartition spatiale de l'offre de soins. Néanmoins, des logiques différentes sont à l'œuvre. Si la collectivité inscrit sa réflexion à l'échelle régionale, chaque CST se préoccupe d'intérêts plus locaux.

L'ensemble des acteurs de l'organisation de l'offre de soins témoigne un souci d'apaisement après les fortes divergences exprimées lors de l'élaboration du Sros III. La convention conclue entre le conseil régional et l'ARH illustre le dialogue méfiant mais réel qui prévaut désormais. Il n'est pas certain que l'expérimentation en cours, au-delà des soupçons de récupération politique par les uns et les craintes de légitimation d'une logique sanitaire jugée imparfaite par les autres, apporte une plus-value réelle à la collectivité territoriale. Cette dernière poursuit un effort financier engagé depuis longtemps sans apparaître réellement en mesure de peser dans des débats techniques ou de constituer une majorité à la comex. L'originalité du dispositif repose davantage sur l'institutionnalisation du conseil régional au sein de l'agence. Cette innovation offre une piste de réflexion dans la perspective des futures ARS. Si l'intégration des élus dans un système de gouvernance démocratisait le système de pilotage de l'offre de soins, elle pourrait leur faire perdre une capacité d'indignation et de revendication.

Bibliographie

Références juridiques :

- (1) Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière ;
- (2) Loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales, art. 69 à 71 ;
- (3) Loi organique relative aux lois de finances (Lolf) n° 2001-692 du 01 août 2001 ;
- (4) Ordonnance no 96-344 du 24 avril 1996 portant mesures relatives à l'organisation de la sécurité sociale ;
- (5) Décret n° 83-32 du 21 janvier 2003 relatif aux CPER;
- (6) Décret n° 2006-400 du 3 avril 2006 fixant la liste des régions retenues pour participer à l'expérimentation prévue par l'article 70 de la loi n°2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales ;
- (7) Circulaire n° 101/DHOS/O/2004/ du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des Sros de troisième génération ;
- (8) Circulaire DGS/SD1 n° 2004-454 du 24 septembre 2004 relative à la mise en place de la démarche d'élaboration du plan régional de santé publique ;
- (9) Circulaires DIACT des 23 mars 2006 et 14 avril 2006 relatives à la préparation des CPER ;
- (10) Circulaire du Premier ministre en date du 6 mai 2006 relative à la préparation des CPER et à l'élaboration de la stratégie de l'Etat;
- (11) Convention du 4 mai 2007 fixant les modalités de la participation de la région Nord-Pas-de-Calais à l'expérimentation prévue à l'article 70 de la loi n°2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales.

Articles de presse :

- (12) *La santé et le débat démocratique*, 50-51°Nord, Les petits dossiers de l'observatoire régional de la santé Nord-Pas-de-Calais, n°17, Lille, 2005
- (13) *Bassin minier, environnement et santé*, 50-51°Nord, Les petits dossiers de l'observatoire régional de la santé Nord-Pas-de-Calais, n°17, Lille, 2008
- (14) CADEAU, E., *Région et démocratie sanitaire : quels rapports ?*, Revue Générale de Droit Médical, n°9, éd. Les Etudes Hospitalières, Bordeaux, 2003, p. 5-30,

- (15) De FORGES, J.M., *la réforme hospitalière de 1991*, Revue de Droit sanitaire et social, 27 (4), oct.-déc. 1991 ;
- (16) De FORGES, J.M., *Le volet hospitalier de la réforme de la protection sociale de 1996*, Revue de Droit sanitaire et social, 32 (4), oct.-déc. 1996 ;
- (17) De FORGES, J.M., *La prétendue simplification du système hospitalier du 4 septembre 2003*, Revue de Droit sanitaire et social, 40 (1), juin-mars 2004 ;
- (18) DEMEULEEMEESTER, R., *Evaluation et bilan, dossier Politiques et programmes régionaux de santé*, ADSP n° 46, la Documentation française, Paris, mars 2004, p. 44-47 ;
- (19) HERMANT, M.J., *Le Nord-Pas-de-Calais, laboratoire d'expérimentations en santé publique*, Contact Santé, n° 199, Lille, déc. 2004, p. 4-5 ;
- (20) LONCLE, P. SCHAËTZEL, F., *Nord-Pas-de-Calais, une tradition d'intervention locale*, Problèmes politiques et sociaux, n° 895, La Documentation française, Paris, déc. 2003, p. 41-42 ;
- (21) LONCLE, P. SCHAËTZEL, F., *Décentralisation culturelle en Nord-pas-de-Calais, quel partage du pouvoir normatif*, Problèmes politiques et sociaux, n° 895, La Documentation française, déc. 2003, Paris, p. 71 ;
- (22) LOTTIN, J.J., *La promotion de la santé, histoire naturelle d'un concept, vitalité et avenir d'une pratique*, Contact Santé, n° 199, Lille, déc. 2004, p. 16-17 ;
- (23) PERICARD, B., *Pour une régionalisation du système de santé en 2025*, Gestions Hospitalières, Vitry-sur-Seine, déc. 2007, p. 731-738 ;
- (24) SABERAN H., *Dans le Nord - Pas-de-Calais, urgence sanitaire et médecins déserteurs*, Libération, Paris, mars 2004 ;
- (25) SCHWEYER, F.-X., *La régulation régionale du système hospitalier : pilotage par l'Etat ou territorialisation ?*, Politiques et management public, vol. 16, n° 3, Paris, sept. 1998, p. 43-65 ;
- (26) VILLENEUVE, P., *Les institutions de santé ; les perspectives d'un renouveau de l'action publique dans le secteur sanitaire*, Revue Générale de Droit Médical, numéro spécial, Les Etudes Hospitalières, Bordeaux, 2005, p. 31-42.
- (27) VIREL, B., *À quand un « traitement inégalitaire » ?*, Dossier santé : les suites, La Voix du Nord, Lille, 10 juillet 2007
- (28) VIREL, B., *André Flajolet : « En matière de santé, il faudra un jour avoir le courage de mettre le paquet »*, La Voix du Nord, Lille, 2 avril 2008
- (29) VIREL, B., *Daniel Percheron : « On ne cédera jamais »*, La Voix du Nord, Lille, 2 avril 2008

(30) VIREL, B., *Bilan : L'atlas de la santé vient de sortir : le même bilan accablant pour la région*, La Voix du Nord, Lille, 2 avril 2008

(31) VIREL, B., *Santé : la région reste toujours à la traîne*, La Voix du Nord, Lille, 5 avril 2008

Rapports :

(32) *Les Sros de troisième génération : un état des lieux en 2007*, Etude réalisée par le laboratoire de recherche LAPSS, EHESP, Rennes, déc. 2007

(33) *Pour une régionalisation du système de santé en 2025, Offre, régulation et acteurs : essai de prospective*, Commissariat Général au Plan, novembre 2005

(34) *Régionalisation du système de santé : nouvelles perspectives*, Module Interprofessionnel de Santé Publique, groupe n° 18, ENSP, 2002

(35) AUTÈS, M., *La santé des habitants, un enjeu permanent pour le Nord-Pas-de-Calais*, séance plénière du 10 février 2006, Rapport d'orientation présenté par le vice-président du conseil régional Michel Autès, délégué à la prévention et à la santé.

(36) BUR, Y., Rapport d'information déposé par la commission des Affaires culturelles, familiales et sociales en conclusion des travaux de la mission sur les agences régionales de santé, février 2008

(37) LARCHER, G., Rapport de la Commission de concertation sur les Missions de l'hôpital, 2007, 102 p.

(38) RITTER, P., Rapport sur la création des Agences Régionales de Santé, janvier 2008

Communiqué de presse :

(39) *Les élus locaux socialistes et verts du Nord-Pas-de-Calais membres des conférences sanitaires de territoire défavorables au projet de schéma régional d'organisation sanitaire (Sros) – 8 février 2005*

(40) *Nord-Pas-de-Calais : le rendez-vous manqué de la démocratie sanitaire*, Association des régions de France, Lille, 19 septembre 2007

Divers :

(41) Carte des territoires de santé : 4 bassins de vie et 15 zones de proximité

(42) Extraits du Sros III de la région Nord-Pas-de-Calais ; préambule, introduction et liste des thématiques traitées ;

(43) PV des commissions exécutives de l'Agence régionale d'hospitalisation du Nord-Pas-de-Calais.

Sites internet :

(44) <http://orsnpdc.org>

(45) www.insee.fr

(46) www.fnors.org

(47) www.c-mh.org/textes/RapportLarcher.pdf

(48) www.arh5962.fr

(49) www.nordpasdecalsais.fr

(50) www.lavoixdunord.fr/dossiers/sante/enquete_region/reactions.phtml#haut

Long rapport réalisé par ce quotidien à la suite d'une enquête menée dans la région et contenant les interviews de nombreuses personnalités politiques de la région (mars 2007).

(51) www.nord-pas-de-calais.sante.gouv.fr

(52) www.urcam.fr

Atlas de la santé en Nord-Pas-de-Calais – 2008