



Pour une organisation garante d'une politique de santé équitable et concertée à l'échelle régionale Et pour une démocratie en santé vivante en Normandie

Préambule

Les politiques de santé et d'autonomie constituent l'un des piliers du pacte républicain. Elles engagent la cohésion sociale, l'égalité de l'ensemble des citoyens devant l'accès aux services favorables à leur santé, accès aux soins et aux accompagnements mais aussi aux actions de prévention et de promotion de leur santé. Elles engagent également la confiance entre institutions publiques, professionnels et société civile.

La Normandie dispose aujourd'hui d'un écosystème riche : acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, collectivités, usagers, associations et institutions coopèrent depuis plusieurs années dans un cadre structuré autour de l'Agence régionale de santé.

Le débat national sur l'évolution des **Agences régionales de santé** invite à interroger leur rôle, leur gouvernance et leur articulation avec les territoires.

Dans ce contexte, la Normandie souhaite porter une position claire :

La réforme ne doit pas fragiliser ce qui fonctionne, mais renforcer l'équité territoriale, la concertation et la capacité d'action publique.

Une politique de santé efficace repose sur trois principes indissociables :

- Une **gouvernance claire**,
- Une **équité territoriale réelle**,
- Une **démocratie en santé active et reconnue**.

1. Une organisation garante de l'équité territoriale

L'égalité d'accès à la santé constitue une responsabilité républicaine fondamentale.

Les politiques de santé ne peuvent dépendre uniquement des capacités financières ou des choix locaux des territoires. L'expérience des politiques sociales départementalisées montre que des écarts significatifs peuvent apparaître dans l'accès aux droits et aux accompagnements.

Exemple concret

Dans plusieurs politiques déjà fortement territorialisées, comme :

- La **protection de l'enfance**,
- L'accompagnement des personnes en situation de **handicap**,
- Les politiques relatives aux personnes vieillissantes (fragilisation et perte d'autonomie).

On observe aujourd'hui des différences importantes d'accès aux services et d'intensité d'accompagnement entre départements et cela même en dehors des moyens disponibles par les collectivités territoriales. Des écarts sont constatés sur certaines politiques publiques à moyens équivalents.

Ces disparités interrogent la capacité collective à garantir une égalité réelle des citoyens devant les politiques publiques.

L'organisation régionale doit être :

- **Le garant régional de l'équité territoriale,**
- **Le pilote stratégique des politiques de santé et d'autonomie,**
- **L'acteur capable d'organiser une péréquation entre les territoires.**

Cela suppose :

- **Un socle national clair,**
- **Une stratégie régionale forte,**
- **Des adaptations territoriales encadrées.**

Sans cette articulation, le risque est celui d'une fragmentation progressive des politiques de santé et une aggravation des inégalités sociales et territoriales de santé.

2. Une gouvernance claire pour éviter dilution et centralisation

Les échanges menés au niveau régional font apparaître un double risque :

- Une **multiplication des centres de décision**, qui diluerait les responsabilités ;
- À l'inverse une **centralisation excessive**, déconnectée des réalités de terrain.

La santé et l'autonomie nécessitent un **équilibre subtil entre stratégie nationale, pilotage régional et intelligence territoriale.**

Exemple : l'expérience de la crise Covid

La crise sanitaire a montré que :

- Une centralisation trop forte peut produire des décisions inadaptées aux réalités locales ;
- Une multiplication des décideurs pourrait rendre la gestion de crise illisible.

En Normandie, plusieurs acteurs soulignent que l'articulation entre **pilotage régional et déclinaisons territoriales** a permis des ajustements rapides et une coopération efficace entre institutions et acteurs de terrain.

Cette capacité d'adaptation territoriale constitue un acquis précieux qu'il faut développer, d'une manière générale, et en particulier pour la gestion des situations de crise qui ont vocation à se multiplier du fait des conséquences du changement climatique couplées à l'accélération du vieillissement de notre population. L'anticipation de ces situations constitue par ailleurs un enjeu majeur et même un impératif.

3. Une démocratie en santé réelle et active

La démocratie en santé n'est pas un simple outil de gouvernance.

Elle constitue un **principe structurant reconnu par la loi**, permettant de faire dialoguer :

- **Élus,**
- **Représentants des usagers,**
- **Professionnels,**
- **Acteurs associatifs,**
- **Institutions publiques.**

La **Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA)** représente l'un des rares espaces où ces acteurs peuvent partager les diagnostics et être force de propositions.

Une inquiétude forte

Les débats actuels suscitent plusieurs préoccupations :

- La possible **fin de l'élection interne des présidences de CRSA**,
- Une présidence de droit confiée à un élu ou à un représentant de l'État.

Une telle évolution serait contradictoire avec l'esprit même de la démocratie en santé, qui repose sur l'indépendance et le pluralisme.

Une démocratie vivante suppose

- Des **instances réellement participatives** avec une composition reflétant véritablement la diversité des parties-prenantes et permettant le croisement des approches et des regards,
- Une **prise en compte effective des avis**,
- Des **réponses argumentées des pouvoirs publics**.

Aujourd'hui, force est de constater que certains avis des instances sont **peu suivis d'effets ou sans retour explicite**, ce qui fragilise la confiance dans ces dispositifs perçus de ce fait comme peu utiles. Cette perception conduit malheureusement à des formes de désengagements des différentes parties-prenantes.

4. Reconnaître la place de la société civile et des acteurs de terrain

Les politiques de santé se construisent dans la durée et dans la proximité.

Les représentants des usagers, les associations, les établissements, les professionnels sont :

- Les **premiers observateurs des besoins**,
- Les **acteurs quotidiens de l'accès aux soins, aux accompagnements, à la prévention et à la promotion de la santé**,
- Des **contributeurs essentiels à l'innovation sociale et sanitaire**.

Pourtant, les annonces récentes sur l'évolution des politiques de santé évoquent encore trop rarement la place de la société civile organisée.

Exemple normand

La Normandie dispose d'initiatives partenariales structurantes :

- Coordination ARS – collectivités territoriales sur **l'attractivité des métiers du soin et de l'accompagnement** et la mise en œuvre de la **stratégie régionale en matière d'investissement**,
- Dynamiques territoriales associant **collectivités territoriales, acteurs de terrain et institutions publiques**, à l'image du cadre régional de déploiement des Contrats locaux de santé normands et de la charte partenariale sur l'accès aux soins de premier recours.
- **La charte régionale d'accès aux soins**, illustre depuis 2008 une coordination unique en France entre collectivités, professionnels de santé et institutions de santé (ARS, CPAM...).

Ces coopérations ont nécessité **du temps, de la confiance et de la stabilité institutionnelle**.

Une réforme précipitée pourrait fragiliser ces dynamiques.

5. Améliorer l'existant plutôt que reconstruire entièrement le système

La CRSA de Normandie ne défend pas un statu quo

Plusieurs améliorations concrètes peuvent être mises en œuvre :

Renforcer la lisibilité de l'action publique

- Clarifier les responsabilités entre État, ARS, collectivités, usagers et acteurs du terrain,
- Mieux articuler stratégies nationales et déclinaisons territoriales, avec une réelle prise en compte des dynamiques existantes sur les territoires afin de progressivement compléter, amender, renforcer l'action, sans bousculer inutilement les acteurs de terrain seuls garants en bout de chaîne de la mise en œuvre de ces stratégies.

Donner un réel pouvoir aux instances de démocratie en santé

- Suivre systématiquement les avis rendus,
- Disposer d'une réponse argumentée des autorités publiques,
- Être associées en amont des réformes.

Stabiliser l'environnement des acteurs

- Donner de la visibilité sur les règles et orientations stratégiques à moyen et long terme,
- S'inscrire dans la continuité des projets engagés (autorisations, CPOM, investissements),
- Permettre un dialogue structuré avec les différents acteurs, notamment la société civile.

6. Inscrire les politiques de santé dans le temps long

Les transformations nécessaires du système de santé se jouent sur plusieurs décennies.

Les enjeux majeurs sont connus :

- Démographie médicale,
- Santé mentale,
- Vieillesse de la population,
- Prévention et promotion de la santé,
- Attractivité des métiers du soin et de l'accompagnement...

Ces défis ne peuvent être relevés que dans une **stratégie stable, lisible et concertée**.

Une réforme institutionnelle conduite dans un calendrier trop rapide risquerait de créer de l'instabilité sans améliorer les politiques publiques voire en les fragilisant, avec un risque accru concernant les stratégies de prévention-promotion de la santé, grandes oubliées des réflexions en cours.

Conclusion

Pour une réforme utile et démocratique

La CRSA de Normandie et les acteurs de la démocratie en santé appellent à une évolution des politiques de santé fondée sur :

- **Une organisation régionale forte dans son rôle de garant de l'équité territoriale,**
- **Une gouvernance claire et lisible,**
- **Une démocratie en santé indépendante et vivante,**
- **Une réelle reconnaissance des acteurs de terrain et de la société civile,**
- **Une approche inscrite dans le temps long.**

La santé et l'autonomie dans toutes leurs dimensions ne peuvent être gouvernées uniquement par des logiques administratives, institutionnelles ou politiques.

Elles doivent s'appuyer sur une **co-construction permanente entre l'État, les collectivités et la société civile**, au service des populations sur tous les territoires normands.