



HAL
open science

La régionalisation sanitaire : réflexions sur un processus inabouti

Christopher Chatfield

► **To cite this version:**

Christopher Chatfield. La régionalisation sanitaire : réflexions sur un processus inabouti. Droit. Université de Lille, 2018. Français. NNT : 2018LILUD014 . tel-02140436

HAL Id: tel-02140436

<https://theses.hal.science/tel-02140436>

Submitted on 27 May 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

ComUE Lille Nord de France

Thèse délivrée par

L'Université de Lille

N° attribué par la bibliothèque

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|

THÈSE

Pour obtenir le grade de Docteur en Droit public

Présentée et soutenue publiquement par

Christopher CHATFIELD

Le 21 septembre 2018 à 15h00

La régionalisation sanitaire : réflexions sur un processus inabouti

JURY

Directeur de thèse : Madame Johanne SAISON-DEMARS, Professeur des universités,
Université de Lille.

Membres du jury :

- Monsieur Benoît APOLLIS**, Maître de conférences des universités,
Université de Rennes 1.
- Monsieur Emmanuel AUBIN**, Professeur des universités, Université de
Poitiers, Rapporteur.
- Madame Cécile CASTAING**, Maître de conférences des universités,
HDR, Université de Bordeaux, Rapporteur.
- Madame Stéphanie DAMAREY**, Professeur des universités, Université
de Lille.
- Madame Stéphanie RENARD**, Maître de conférences des universités,
Université Bretagne Sud.

REMERCIEMENTS

Voilà, c'est fini. Je n'aurai bientôt plus à répondre à la sempiternelle question de l'avancement de ma thèse. Car oui, voilà, elle est finie ; pour autant que ce genre d'exercice puisse jamais l'être.

Travail solitaire, la rédaction d'une thèse n'en reste pas moins une aventure collective. Si être doctorant demande pas mal de patience et de courage, côtoyer l'un de ces individus étranges en nécessite peut-être encore plus. En effet, le doctorat, on ne se le fait pas imposer, mais on l'impose aux autres. Alors, merci à eux.

Mes premiers remerciements vont aux membres du jury qui ont accepté d'être présents pour ce moment important de la vie d'un jeune chercheur : Monsieur Benoît Apollis, Monsieur le Professeur Emmanuel Aubin, Madame Cécile Castaing, et Madame Stéphanie Renard.

Je remercie bien entendu Madame le Professeur Johanne Saison-Demars pour sa disponibilité et sa réactivité dans la direction de mes travaux. Je remercie également Monsieur le Professeur Patrick Meunier, ainsi que l'ensemble des équipes du CRDP, de l'ERDP et de l'école doctorale.

J'adresse également ma sincère reconnaissance à l'ANRT ainsi qu'à la Région Nord - Pas de Calais. J'ai une pensée particulière pour Cécile Bourdon, Patrick Banneux, Manuelle Milhau et les collègues du service santé, le « chef » au premier rang d'entre eux.

Mes pensées vont également à Danièle Vanberkel.

Je remercie le Professeur Paul Frimat, ainsi que mes actuels collègues, et tout particulièrement mes deux colocataires de bureau, Céline et Camille, pour leur soutien, leurs relectures, et leurs encouragements répétés jusqu'au harcèlement.

Je remercie également ma famille et mes pauvres parents, qui ont assumé plus que leur part dans mon choix incongru de faire une thèse. Soyez rassurés : vos heures de relecture et de corrections ne sont plus que de lointains cauchemars. En ce qui concerne les relectures, Audrey – car la politesse ça ne se discute pas – , merci à toi.

Je tiens également à saluer mes amis, à qui, et certainement afin de les conserver, je n'ai jamais trop parlé de mes travaux. Ils connaissaient leur existence – ils savaient et ne pourront pas nier – mais ont toujours eu la délicatesse de ne pas trop les mentionner. Jamais ils n'ont jugé, ou alors sans me le dire, ce qui démontre beaucoup d'empathie, ou, à tout le moins, de correction. Bien entendu, s'ils ont contribué à ralentir l'avancement de mes travaux, ils ont également permis de les rendre supportables, en m'en éloignant de temps à autre. Qu'ils en soient mille fois remerciés. Désormais, me voilà disponible, pour tout. Nous ne nous étions rien dit de spécial il y a 6 ans, mais, tout de même : attendez-moi.

Et enfin, merci à Sabine, surtout, sans qui tout cela serait certainement resté au stade de *work in progress*.

SOMMAIRE

INTRODUCTION GENERALE.....	15
PARTIE 1. LES COLLECTIVITES TERRITORIALES FACE A LA REGIONALISATION DE L'ADMINISTRATION SANITAIRE	41
TITRE 1. LA REGIONALISATION DE L'ADMINISTRATION SANITAIRE : UN ABOUTISSEMENT LOGIQUE POUR UN SECTEUR ORIGINAL	43
<i>Chapitre 1. La région : cadre naturel d'une action publique renouvelée.....</i>	<i>45</i>
<i>Chapitre 2. La régionalisation de l'administration sanitaire</i>	<i>131</i>
TITRE 2. LA PLACE DES COLLECTIVITES TERRITORIALES DANS LA REGIONALISATION DE LA SANTE : UNE OPPORTUNITE DE PASSER DU STRAPONTIN AUX LOGES ?.....	197
<i>Chapitre 1. Des collectivités partenaires des politiques de santé, mais dépourvues de réelles compétences.....</i>	<i>199</i>
<i>Chapitre 2. L'action sanitaire de la Région NPDC : les prémisses d'une décentralisation de la santé ?.....</i>	<i>249</i>
PARTIE 2. LA REGIONALISATION SANITAIRE FACE A LA DECENTRALISATION ...	301
TITRE 1. LA DECENTRALISATION : UNE PERSPECTIVE POUR LA SANTE ?	303
<i>Chapitre 1. La décentralisation : une perspective pour la République française ?.....</i>	<i>305</i>
<i>Chapitre 2. A la recherche d'une légitimité supérieure de l'Etat à l'égard de l'administration de la santé.....</i>	<i>363</i>
TITRE 2. ANALYSE PROSPECTIVE POUR UNE DECENTRALISATION SANITAIRE	407
<i>Chapitre 1. Décentralisation et santé : éclairages internationaux</i>	<i>409</i>
<i>Chapitre 2. Pour une décentralisation incrémentale de la régulation sanitaire régionale</i>	<i>465</i>
BIBLIOGRAPHIE	525

Principales abréviations

AJCT	Actualité juridique des collectivités territoriales
AJDA	Actualité juridique, droit administratif
ARH	Agence régionale de l'hospitalisation
ARS	Agence régionale de santé
Art.	Article
Ass. Nat.	Assemblée nationale
Ass. Plén.	Assemblée plénière
BO	Bulletin officiel
C.A.A.	Cour administrative d'appel
C.C.	Conseil constitutionnel
C.E.	Conseil d'Etat
Cass. civ.	Cour de cassation, chambre civile
Cass. soc.	Cour de cassation, chambre sociale
CESDH	Convention européenne de sauvegarde des droits de l'Homme
CGCT	Code général des collectivités territoriales
CHRU	Centre hospitalier régional universitaire
CJUE	Cour de Justice de l'Union européenne
CNP	Conseil national de pilotage des ARS
Comm.	Commentaires
Concl.	Conclusions
CPOM	Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens

CRSA	Conférence régionale de la santé et de l'autonomie
CSP	Code de la santé publique
CSS	Code de la sécurité sociale
D.	Décret
DGARS	Directeur général de l'ARS
éd.	Edition
EPA	Etablissement public administratif
Fasc.	Fascicule
FIR	Fonds d'intervention régional
HPST	Hôpital Patients Santé Territoires (loi)
Ibid.	Même ouvrage, à la même page
Id.	Même ouvrage
In	Dans
Infra	Ci-dessous
JCP	Jurisclasseur périodique (La semaine juridique)
JCP A	JCP Administrations et Collectivités territoriales
JCP G	JCP édition Générale
JDSM	Journal de droit de la santé et de l'Assurance maladie
JOCE	Journal officiel des Communautés européennes
JORF	Journal officiel de la République française
JOUE	Journal officiel de l'Union Européenne
L.	Loi
L.G.D.J	Librairie Générale de Droit et de Jurisprudence
n°	Numéro

NPDC	Nord-Pas de Calais
NPM	<i>New Public Management</i>
Obs.	Observations
Op. cit.	Opere citato (dans l'ouvrage précité)
ONDAM	Objectif national de dépenses d'Assurance maladie
ORDAM	Objectifs régionaux de dépenses d'Assurance Maladie
PIB	Produit intérieur brut
PRS	Projet régional de santé
PUF	Presses universitaires de France
R.	Règlement
RDP	Revue de droit public
RDS	Revue droit et santé
RDSS	Revue de droit sanitaire et social
Rec.	Recueil Lebon
RFAP.	Revue française d'administration publique
RFASS.	Revue française des affaires sociales
RFDC	Revue française de droit constitutionnel
RGDM	Revue générale de droit médical
s.	Suivant
Supra	Ci-dessus
TA.	Tribunal administratif
UE	Union européenne
V.	Voir
vol.	Volume

Note de l'auteur : afin de fluidifier l'écriture, et donc, la lecture, les termes de « région », « département » et « commune » apparaissant dans ce texte, lorsqu'ils en réfèrent aux collectivités territoriales éponymes, débutent par une majuscule.

à Adé,

INTRODUCTION GENERALE

« Pour moi je tiens que, hors de Paris, il n’y a pas de salut pour les honnêtes gens. »

Mascarille, dans « Les précieuses ridicules », Scène IX

Molière, 1659¹

1. « Y a-t-il chez tous les hommes un bien plus grand que la santé ? »². A l’antique question – certes, rhétorique – posée par Platon dans le Gorgias, il convient encore aujourd’hui de répondre par la négative.

En effet, à l’heure où les réformes politiques marchent d’un même pas vers la réduction de la dette et la diminution des dépenses publiques et sociales, les Français n’en restent pas moins persuadés que si la santé a bien entendu un coût, ils restent prêts à l’assumer. C’est en tout cas l’avis exprimé par 94% des répondants à un sondage Odoxa d’octobre 2017³, considérant que la santé doit constituer une priorité de financement et d’investissement.

A l’exception notable des états généraux de la santé, organisés dans le cadre de la révision des lois de bioéthique⁴, la santé, sujet *a priori* cher aux Français, apparaît pourtant comme

¹ MOLIERE, « Les précieuses ridicules », Le livre de poche, Paris, 2015, p. 52.

² PLATON, « Gorgias », Prés. et trad. par Monique Canto-Sperber, GF Flammarion, Barcelone, 2018, p. 136.

³ ODOXA, Sondage Baromètre santé 360, L’hôpital de demain, 16 octobre 2017.

Source :

<http://www.odoxa.fr/sondage/barometre-sante-360-francais-lhopital-de-demain/>

Consulté le 15/05/18

⁴ Institués par la Loi du 7 juillet 2011 relative à la bioéthique, et organisés sous l’égide du Comité consultatif national d’éthique, les derniers états généraux ont eu lieu en 2018. Pour autant, dans la plupart des cas, ces états généraux n’ont pas pour vocation de s’intéresser à l’organisation du système de santé, mais plutôt de débattre de l’acceptation sociale des dispositions envisagées. En 2018, les débats étaient principalement organisés autour de la gestation pour autrui et de la procréation médicalement assistée. Ces sujets ont principalement été traités d’un

relativement absente du débat public. Ainsi, un autre sondage indiquait que 76 % des questionnés regrettaient que cette thématique ne soit que trop rarement évoquée dans les débats politiques et électoraux⁵. Ce résultat semble d'ailleurs s'inscrire en cohérence avec les résultats du sondage Odoxa de 2017, dans lequel les répondants étaient 67% à penser que la question de la santé était mal prise en compte par les pouvoirs publics⁶.

2. Ce sentiment est par ailleurs renforcé par l'impression, exprimée dans un sondage Harris Interactive de 2017, « qu'en termes de santé, toutes les régions françaises ne se valent pas »⁷ : d'une région à l'autre, 82% estimaient que les délais d'attente étaient différents pour obtenir un rendez-vous avec un professionnel de santé, 77% que les proportions de professionnels de santé pratiquant le dépassement d'honoraires variaient, 66% que les tarifs liés aux soins dentaires différaient, et 62% en pensaient de même au sujet des soins optiques.

3. S'il est possible de relativiser la pertinence scientifique de ces différents sondages, il n'en demeure pas moins qu'au-delà de la répétition de résultats peu ou prou identiques, ils semblent détenir une part de vérité. A tel point que la Stratégie Nationale de Santé 2018-2022 – ou SNS –, document de cadrage de la politique de santé produit par le Gouvernement, indique sans détours que « notre pays reste marqué par de fortes inégalités sociales et territoriales de santé »⁸.

point de vue médical, ainsi que de points de vue éthiques et sociétaux. Or, ces aspects ne seront pas présents dans nos propos.

Loi n° 2011-814 du 7 juillet 2011 relative à la bioéthique, JORF n°0157 du 8 juillet 2011 p. 11826.

⁵ ODOXA, Sondage Baromètre santé 360, La place de la santé dans le débat public et électoral, 14 novembre 2016.

Source :

<http://www.odoxa.fr/sondage/place-de-sante-debat-public-electoral-grande-absente-constitue-priorite-majeure/>
Consulté le 15/05/18

⁶ ODOXA, Sondage Baromètre santé 360, L'hôpital de demain, *op.cit.*

⁷ HARRIS INTERACTIVE, « Place de la santé : l'observatoire », septembre 2017.

Source :

http://harris-interactive.fr/opinion_polls/barometre-de-la-sante-vague-1/
Consulté le 15/05/18

⁸ Source :

http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_de_presse_sns2017_18092017.docx.pdf
Consulté le 15/05/18

Il est à noter que cette phrase est issue d'une version antérieure à la version finale, rédigée de cette manière : « Notre pays reste marqué par de fortes inégalités sociales et territoriales d'accès aux dispositifs de prévention et de promotion de la santé et à l'offre de soins, que cet accès soit limité par des obstacles financiers ou par l'insuffisance d'offre ».

4. Dès lors, il convient de se demander qui pilote aujourd’hui notre système de santé. En fonction de la réponse qui sera apportée à cette première interrogation, il sera ensuite temps de s’interroger sur les questions suivantes : qui devrait le piloter ? Pour lutter contre les inégalités territoriales et renforcer le débat public et politique autour des questions de santé, les territoires eux-mêmes occupent-ils – ou devraient-ils occuper – une place renforcée dans ce pilotage ?

5. A ce sujet, le sondage Odoxa d’octobre 2017 nous précise que 77 % des répondants considèrent que les Régions devraient jouer un rôle plus important dans la gouvernance du système de santé⁹. Et alors que le président de la République Emmanuel Macron appelait au Sénat, en juillet 2017, à faire accepter la « différenciation de l’action publique dans les territoires »¹⁰ comme « prix de [l’] égalité des chances »¹¹, pour que la France puisse « avec pragmatisme revisiter [certaines] politiques publiques afin d’y injecter davantage de liberté pour les territoires »¹², les questions du pilotage de la régulation sanitaire régionale, et de sa place dans le débat public, apparaissent comme des sujets d’une brûlante actualité.

MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, « Stratégie nationale de santé 2017-2022 », Dossier de presse, p. 33.

Source :

http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_de_presse_sns2017_18092017.docx.pdf

Consulté le 15/05/18

⁹ ODOXA, Sondage Baromètre santé 360, L’hôpital de demain, *op.cit.*

¹⁰ Discours d’Emmanuel Macron au Sénat lors de la conférence des territoires, 18 juillet 2017.

Source :

<http://www.elysee.fr/declarations/article/discours-d-emmanuel-macron-au-senat-lors-de-la-conference-des-territoires/>

Consulté le 15/05/18

¹¹ *ibid.*

¹² *ibid.*

§1. Délimitation du sujet

6. S'intéresser à la question de la régulation sanitaire régionale impose d'opérer un léger retour en arrière. Ce rapide voyage dans le temps nous conduira dans un premier temps à l'année 2009.

7. Après examen de mille neuf cent soixante-douze amendements, un passage en commission mixte paritaire, et une décision du conseil constitutionnel en date du 16 juillet 2009¹³, la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite loi HPST, sera finalement promulguée le 21 juillet 2009¹⁴.

Ce « texte de tous les records »¹⁵, adopté « après un très long processus législatif »¹⁶ qui conduira à gonfler considérablement¹⁷ le projet de loi original éponyme, déposé le 22 octobre 2008¹⁸, « constitue un bouleversement majeur au sein du paysage sanitaire français »¹⁹ et entend marquer l'aboutissement annoncé d'un processus de régionalisation du pilotage du système de santé engagé au milieu des années 1990.

8. L'un des éléments central de ce texte, constituant « sûrement la plus grande innovation de ce projet de loi »²⁰, réside dans la création des agences régionales de santé, ou ARS. Pour

¹³ CC, Décision n° 2009-584 DC du 16 juillet 2009, JORF n°0167 du 22 juillet 2009, p. 12244.

¹⁴ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, JORF n°0167 du 22 juillet 2009, p. 12184.

¹⁵ ROLLAND Jean-Marie, MILON Alain, « Rapport fait au nom de la commission mixte paritaire chargée de proposer un texte sur les dispositions restant en discussion du projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires », Ass. nat., n° 1739, Sénat, n°463, juin 2009, p. 9.

¹⁶ COUTY Edouard, KOUCHNER Camille, LAUDE Anne, TABUTEAU Didier (ss. la dir.), « La loi HPST. Regards sur la réforme du système de santé », Presses de l'EHESP, Coll. Droit et Santé, Rennes, 2009, p. 9.

¹⁷ De trente-trois articles le texte finalement voté en comptera cent trente-cinq.

¹⁸ Projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires, présenté au nom de M. François FILLON, premier ministre, par Mme Roselyne BACHELOT-NARQUIN, ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative, Ass. nat. n°1210, enregistré à la Présidence de l'Ass. nat. le 22 octobre 2008.

¹⁹ COUTY Edouard, KOUCHNER Camille, LAUDE Anne, TABUTEAU Didier (ss. la dir.), « La loi HPST. Regards sur la réforme du système de santé », *op.cit.*, p. 11.

²⁰ Jean Pierre Godeffroy, groupe socialiste et républicain, Sénat, compte rendu intégral de la discussion en séance publique du 5 juin 2009.

la ministre en charge de la réforme, ces nouvelles entités doivent répondre à une « triple ambition de simplification, de territorialisation et de responsabilisation »²¹.

Envisagée comme la « clé de voûte »²² du pilotage sanitaire régional, dans toutes ses composantes, la création de l'ARS, « loin de ne constituer qu'une simple réforme administrative » se veut être une véritable « révolution culturelle »²³, jugée nécessaire pour mettre en œuvre « l'indispensable modernisation »²⁴ du système de santé français.

9. Le premier élément de cette « révolution culturelle » réside dans une approche renouvelée des questions relatives à la santé et à leur pilotage. L'objectif est de rompre avec une gestion en tuyaux d'orgues, conduisant à séparer les différentes composantes chromatiques du spectre sanitaire²⁵ : soins ambulatoires et hospitaliers, prévention, médico-social...

Il s'agit, avec les ARS, de « refonder le pilotage territorial du système de santé »²⁶, afin de pallier une gouvernance reposant sur une organisation considérée comme « à bout de souffle »²⁷, tout en « passant d'une logique de soins à une logique de santé »²⁸. Produit de la fusion d'organismes régionaux déconcentrés et des unions régionales des caisses d'assurance

²¹ Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé, Sénat, compte rendu intégral de la discussion en séance publique du 20 mai 2009.

²² Projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires, *op.cit*, Exposé des motifs, p. 22.

²³ Valérie Létard, secrétaire d'État chargée de la solidarité, Sénat, compte rendu intégral de la discussion en séance publique du 12 mai 2009.

²⁴ Projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires, *op.cit*, Exposé des motifs, p. 3.

²⁵ Le terme sanitaire est ici utilisé dans son acception la plus large.

Le Littré en propose la définition suivante : « Qui a rapport à la conservation de la santé publique. ». La santé publique à laquelle nous faisons référence, est celle définie par Charles-Edward Winslow en 1920 :

« La santé publique est la science et l'art de prévenir les maladies, de prolonger la vie et de promouvoir la santé et l'efficacité physiques à travers les efforts coordonnés de la communauté pour l'assainissement de l'environnement, le contrôle des infections dans la population, l'éducation de l'individu aux principes de l'hygiène personnelle, l'organisation des services médicaux et infirmiers pour le diagnostic précoce et le traitement préventif des pathologies, le développement des dispositifs sociaux qui assureront à chacun un niveau de vie adéquat pour le maintien de la santé, l'objet final étant de permettre à chaque individu de jouir de son droit inné à la santé et à la longévité ».

Source :

<https://www.littre.org/definition/sanitaire>, consulté le 25/05/2018

Consulté le 21/05/18

WINSLOW Charles-Edouard, «The untilled fields of Public Health », Science, 1920, p. 23.

²⁶ ROLLAND Jean-Marie, « Rapport fait au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales sur le projet de loi n°1210 portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires – Tome 1 », Ass. nat., n° 1441, enregistré à la présidence le 5 février 2009, p. 43.

²⁷ *ibid.*

²⁸ Martine Billard, groupe gauche démocrate et républicaine, Ass.Nat., compte rendu intégral de la discussion en séance publique du 11 février 2009.

maladie – URCAM –, l'ARS se veut être un « guichet unique » régional chargé de décliner « dans un cadre territorial les objectifs du projet de loi : faciliter l'accès aux soins et l'accès à l'information, décloisonner les soins de ville et ceux dispensés à l'hôpital afin de simplifier le parcours de santé des patients, et développer la qualité et la sécurité du système de santé »²⁹. La volonté du législateur a donc été d'établir un « pilotage unifié au niveau régional »³⁰ des questions sanitaires, en confiant à un acteur unique l'ensemble des leviers nécessaires à l'amélioration de l'état de santé de la population et à la rationalisation du système.

En réalité, l'inspiration est également à chercher du côté de la définition de la santé proposée par l'Organisation Mondiale de la Santé – OMS – en 1948, et désormais bien connue : « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »³¹. Pour la ministre de la santé de l'époque, « cette définition, loin de réduire la santé à la seule absence de maladie », qui « met en avant la nécessité d'adopter une approche globale et multifactorielle de la santé [...] correspond fondamentalement au projet qui a inspiré les ARS : organiser une administration de la santé capable de définir et de conduire une politique globale de santé dans les régions »³².

10. Le second élément de cette révolution annoncée, consiste en l'instauration d'un pilotage régionalisé de la régulation sanitaire. A ce sujet, force est de constater qu'il ressort des débats parlementaires précédant l'adoption de la loi HPST que cette volonté était partagée par l'ensemble du spectre politique. L'idée de confier à des agences installées au niveau régional le soin d'administrer la santé a fait l'objet d'un « consensus »³³ vis-à-vis des parlementaires de tous bords. Il faut également préciser qu'il s'agissait là d'une évolution organisationnelle discutée depuis longtemps, et qui apparaît comme l'aboutissement logique des bouleversements ayant touché le champ du pilotage des politiques publiques comme celui, plus spécifique, de la santé.

²⁹ Extrait du compte rendu du Conseil des ministres du 22/10/2008.

³⁰ Projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires, *op.cit.*, Exposé des motifs, p. 26.

³¹ Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19 juin -22 juillet 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats, et entré en vigueur le 7 avril 1948, Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100

³² Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé, Ass.nat., compte rendu intégral de la discussion de la 2ème séance publique du 9 mars 2009.

³³ Jean-Pierre Godefroy, groupe socialiste et républicain, Sénat, compte rendu intégral de la discussion en séance publique du 5 juin 2009.

En effet, dès 1986, des réflexions se font jour autour d'une réorganisation de la régulation du système *via* la mise en place d'ARS³⁴. En parallèle, la question de la réorganisation de l'administration de la santé occupe progressivement une place de plus en plus importante dans le débat public. Face à ce qu'il est convenu d'appeler le « trou de la sécu », est en effet apparu un consensus politique sur la nécessité de reprendre en main la régulation sanitaire. Car la santé, secteur particulier, présentant une multitude d'acteurs spécifiques, et gérée par les partenaires sociaux au travers de l'assurance maladie, avait fait l'objet d'un relativement discret investissement de l'Etat jusque dans les années 1990.

11. La santé « *compétence étatique* » est en réalité une construction mise en œuvre principalement après la deuxième guerre mondiale, et ayant connu une accélération significative à partir des années 1980. Compagnonnage, initiatives locales – généralement organisées par les Communes – et solidarité privée permettaient jusqu'alors de proposer un minimum d'assistance avant que, par le biais du développement de l'hygiène publique à la fin du XIX^{ème} siècle, l'Etat ne s'intéresse à la question. Pour autant, celui-ci continuera longtemps à se tenir assez éloigné du sujet, se contentant de poser les grands principes sur lequel reposait le système, sans s'investir directement dans sa gestion.

L'apparition et la répétition de crises sanitaires³⁵, associées aux difficultés économiques liées tant au modèle de financement – basé sur les cotisations sociales, et donc sur les revenus du travail impactés par les difficultés économiques des années 1980 – qu'à l'augmentation de l'espérance de vie et qu'aux coûts induits par le progrès des techniques médicales, vont conduire les décideurs politiques à réinvestir le champ de la santé afin de renforcer la régulation et le contrôle des dépenses. Car si « en 1950 les dépenses de santé représentaient en France 3% du produit intérieur brut »³⁶, elles dépassent aujourd'hui les 11%³⁷. Dès lors, la volonté de les contrôler, tout en réalisant les objectifs d'égalité d'accès aux soins, et en maintenant un niveau de protection suffisant, relève de la gageure.

³⁴ HUMBERT René, « Une décentralisation du système de santé », La Documentation française, Paris, 1986, et COMMISSARIAT GENERAL DU PLAN, « Pour une régionalisation du système de santé en 2025. Offre, régulation et acteurs : essai de prospective », Le Plan, Paris, 2005.

³⁵ L'affaire du sang contaminé, ou encore la crise de la vache folle par exemple.

³⁶ LOPEZ Alain, « Réguler la santé », Presses de l'EHESS, 2013, Rennes, p. 5.

³⁷ Source :

Drees

<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ve-3.pdf>

Consulté le 22/05/18

Pour ce faire, vont être appliquées à la santé certaines des méthodes utilisées généralement dans la réforme de l'appareil d'Etat, marquée par deux tendances fortes : la régionalisation et la diffusion, au sein de l'administration, des idées du « *new public management* ». Cette approche gestionnaire, prône un rapprochement des méthodes entre secteurs public et privé. Elle aura notamment pour effet de développer le phénomène *d'agencification*, tendant à confier à des structures disposant d'une personnalité morale propre et d'une autonomie renforcée, le pilotage de sujets auparavant gérés directement par l'Etat.

12. A ce point de notre développement, il convient de préciser certaines notions, et notamment la régionalisation, qui peut recouvrir deux réalités distinctes.

13. En ce qu'elle concerne l'organisation interne d'un Etat, la régionalisation est généralement admise comme le processus entraînant la décentralisation d'une partie des responsabilités assurées par lui vers le niveau régional. La décentralisation³⁸ est en général comprise et schématisée de façon monolithique comme le processus qui voit l'Etat se décharger de certaines de ces prérogatives, au profit, en général, des collectivités territoriales. Cependant, du point de vue des sciences politiques, ce terme recouvre plusieurs processus débouchant à « l'accroissement des attributions et de l'autonomie d'acteurs périphériques par rapport au niveau central »³⁹. Selon la typologie⁴⁰ traditionnellement retenue, il est possible de dégager quatre formes de décentralisation : la privatisation, la délégation, la déconcentration et la dévolution.

La privatisation est le processus consistant en un transfert de responsabilités détenues par un opérateur public vers un opérateur privé.

La délégation est quant à elle bien connue des publicistes, à travers notamment la notion de service public. Elle peut se définir comme le transfert de responsabilités de gestion dans un domaine, et pour des fonctions spécifiques, à des organisations agissant en marge de l'administration centrale.

³⁸ Nous voulons dire par « généralement », qu'il s'agit de l'acception la plus largement diffusée et non la définition scientifique.

³⁹ POLTON, Dominique. « Décentralisation des systèmes de santé : un éclairage international », RFAS, 2004, n°4, p. 267.

⁴⁰ Typologie de Dennis A. Rondinelli in RONDINELLI Donizetti Herculano, « Decentralization in developing countries : a review of recent experiences », World Bank staff working paper, n°581, World Bank, 1983.

La déconcentration renvoie au processus débouchant sur le transfert de responsabilités à des niveaux territoriaux inférieurs à l'Etat au sein des gouvernements centraux. Par exemple, c'est le mode de processus par lequel le préfet tire son pouvoir. Dans ce cas, il ne s'agit donc pas véritablement d'un transfert de compétences, mais d'un aménagement dans le mode d'exercice de celles-ci : les décisions sont prises à l'échelon local par une autorité soumise directement aux orientations décidées à l'échelon central. En somme, selon l'expression d'Odilon Barrot, « c'est le même marteau qui frappe, mais on a raccourci le manche ».

Enfin, la dévolution, ou décentralisation politique, consiste à confier des pouvoirs politiques à des gouvernements territoriaux autonomes. C'est le processus débouchant à la création de collectivités territoriales autonomes telles que les Communes, les Départements ou les Régions. Par commodité, et parce que c'est en France l'appellation la plus largement utilisée, nous utiliserons dans nos développements le terme de décentralisation pour nous référer à la dévolution.

14. La régionalisation renvoie également à un autre processus, consistant lui en un transfert de responsabilités et de pouvoirs des Etats vers des espaces géographiques plus grands, regroupant d'autres Etats. Il s'agit là d'une matérialisation particulière du phénomène de mondialisation. Cependant la régionalisation renvoie à des mécanismes plus organisés, d'un point de vue juridique, et engageant des liens de droit forts entre les Etats d'une région du monde qui décident de s'associer. L'illustration la plus emblématique de ce type de régionalisation est certainement la construction européenne, et donc, l'Union européenne.

15. Ces deux types de régionalisation sont des éléments essentiels de compréhension des reconfigurations des Etats modernes ayant jalonné le XXème siècle. En effet, la plupart des Etats, selon des modalités distinctes, s'y sont engagés. Avec, peut-être, un peu de retard par rapport à la majorité d'entre eux – en ce qui concerne son organisation interne – la France s'y est elle aussi engagée.

16. La réforme de l'Etat français se trouve ainsi au confluent de ce double mouvement de régionalisation, interne et externe. Ce contexte invite à repenser la dialectique entre l'Etat et les territoires. Car les régionalisations semblent de plus en plus échapper à la volonté de

l'Etat, et l'on peut se demander si « le niveau central reste en France le relais nécessaire de toutes les politiques territoriales et la clef de voûte d'équilibre territorial des pouvoirs »⁴¹ ; et ce pour deux raisons.

Tout d'abord, la construction européenne se présente comme un processus d'intégration progressive invitant mécaniquement à un transfert de plus en plus important des prérogatives de l'Etat vers l'ensemble régional ; et même si les soubresauts de l'histoire peuvent laisser croire à la réversibilité du phénomène, il nous semble que, sur le long terme, ce soit vers une intégration de plus en plus grande que se dirigent les Etats européens.

Ensuite, le cas de l'Union européenne témoigne également des implications directes ou indirectes que peut avoir ce type de régionalisation externe sur l'organisation des Etats, et donc, par ricochet, sur leur régionalisation interne. Assez vite, l'Europe a en effet développé une politique régionale, orientée vers le développement des Régions des Etats membres. Or, cette politique implique et installe un dialogue entre l'Europe et les échelons inférieurs des Etats. Ces derniers deviennent dès lors des partenaires directs, et se voient renforcés : soit par les Etats eux-mêmes, qui tentent ainsi de proposer des interlocuteurs aux instances européennes, soit mécaniquement, par l'action de ces échelons infra-étatiques, qui se structurent peu à peu et s'émancipent de l'orbite étatique.

17. Cette grille de lecture des régionalisations permet de comprendre les grandes tendances ayant abouti à la structuration de l'espace régional français. En effet, il est possible de constater que la politique régionale européenne verra posée « dès la fin des années 1970 [...] ses bases théoriques »⁴². Or, c'est dans le même temps que se renforcera en France une régionalisation interne, située au confluent des mécanismes de déconcentration, incarnée par la figure du préfet de région, et de décentralisation, avec l'installation de la Région en tant que collectivité territoriale à part entière au début des années 1980. C'est ainsi un pas de deux de la régionalisation qui est observable en France, un tango de la réforme territoriale, au tempo dicté en apparence par l'échelon central : « dans la mesure où il est le seul à pouvoir juridiquement réaliser les réformes territoriales, l'Etat pourrait développer une stratégie consistant à réformer, dans un premier temps, les collectivités territoriales, selon ses propres

⁴¹ BRISSON Jean-François, « Les transferts de compétences de l'Etat aux collectivités locales », *Droit Administratif*, n°4, étude 8, 2008.

⁴² DREVET Jean-François, « Histoire de la politique régionale de l'Union européenne », Belin, Paris, 2008, p. 257.

objectifs, avant d'engager une adaptation, dans un second temps, de ses propres services déconcentrés ; et inversement. Dans l'un ou l'autre cas de figure, le premier chantier préfigure le second. Autrement dit, selon les circonstances, « la réforme de l'Etat précède ou suit celle des collectivités territoriales »⁴³. Cependant, si l'Etat, et, plus précisément, le législateur et le constituant, disposent de la maîtrise juridique sur les deux processus, il apparaît en général que l'installation de collectivités territoriales est précédée par la mise en place d'un échelon déconcentré dans les mêmes limites géographiques⁴⁴. En réalité, la déconcentration précède la décentralisation. Et même, la déconcentration apparaît comme une première étape vers la décentralisation. Car les deux processus, s'ils présentent certaines similitudes, répondent à des motivations essentielles distinctes : quand la déconcentration a principalement vocation à rendre plus efficace l'action publique, la décentralisation a principalement vocation à la rendre plus démocratique. La réforme territoriale peut être envisagée, de ce point de vue comme un processus évolutif composé d'étapes successives, tendant vers une décentralisation de plus en plus large, et donc vers une démocratisation de plus en plus affirmée.

18. Par ailleurs, il est également possible de remarquer qu'il est très difficile de revenir sur les libertés locales acquises. En somme, contester, remettre en cause, ou supprimer un échelon de collectivité n'est pas chose aisée. Le débat récurrent, et particulièrement vivace depuis le début du XXIème siècle, sur la disparition envisagée d'un échelon de collectivité – en général, le Département – en témoigne : la collectivité territoriale départementale n'aura jamais été vraiment sous la menace d'aucun projet de loi.

19. Ainsi, la dynamique générale du droit de la réforme territoriale ne semble pas être celle d'un retour en arrière, mais plutôt d'une conquête progressive de marges de manœuvre des collectivités territoriales aux dépens de l'échelon central. Cette dynamique est soutenue par la dialectique particulière se tissant entre global et local, ainsi que par les mécanismes juridiques sur lesquels elle s'appuie. A ce point de nos développements, et à titre d'exemple, nous citerons le principe de subsidiarité. D'inspiration européenne, ce principe s'est peu à peu

⁴³ TRAORE Seydou, « L'autre réforme, la réforme de l'Etat », AJCT, 2016, p. 76.

⁴⁴ Le cas des Communes, plus spécifique, et précédant même la question de l'Etat moderne ne sera pas ici directement abordé.

intégré au droit interne français et joue un rôle non négligeable dans les mécanismes de recomposition des responsabilités et pouvoirs territoriaux.

20. En ce qui concerne le secteur sanitaire, si l'intervention de l'Etat a été assez tardive, c'est bien avec les méthodes expérimentées dans les autres domaines de l'action publique qu'elle s'est réalisée.

L'ARS constitue même, à bien des égards, le prototype d'une nouvelle manière de piloter l'action locale. Structure *sui generis*, en marge de l'appareil déconcentré de l'Etat, elle prolonge et inaugure un mouvement de recomposition de l'administration sur des bases renouvelées s'inspirant des approches développées par les sciences de gestion et principalement par le *new public management*.

Avec l'ARS, structure forte et centrale de l'administration sanitaire régionale, on souhaite également installer un homme fort : le directeur général de l'ARS, ou DGARS. Ce dernier a vocation à devenir, selon le rapporteur du texte à l'Assemblée nationale, « un véritable aménageur du territoire en matière de santé »⁴⁵. L'objectif est ainsi de donner une marge de manœuvre aux territoires, et de les responsabiliser. La volonté affichée par la ministre de la santé est, d'opérer, avec cette loi, une « responsabilisation »⁴⁶ des acteurs régionaux, « car il s'agit de donner plus de responsabilités au niveau local, non seulement aux ARS, qui auront de réelles marges de manœuvre, mais également aux différents acteurs du système de santé » ; et la ministre d'ajouter que « la création des ARS offre l'occasion d'un incontestable renforcement de la démocratie sanitaire »⁴⁷.

21. Or, précisément, pour nombre de parlementaires, c'est ce point qui fera débat. Certains s'interrogent en effet sur la mission précise des ARS : « doivent-elles définir la politique de santé qu'elles mettent en œuvre ou décliner, à l'échelon régional, la politique de santé décidée

⁴⁵ Jean-Marie Rolland, rapporteur, Ass.nat., commission des affaires culturelles et sociales, Séance du mercredi 21 janvier 2009.

⁴⁶ Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé, Sénat, compte rendu intégral de la discussion de la séance publique du 20 mai 2009.

⁴⁷ *ibid.*

à l'échelon national ? »⁴⁸. Cette interrogation met en évidence une réelle tension entre les objectifs affichés par la loi HPST et leurs traductions concrètes.

22. Après avoir réalisé et partagé le constat de la pertinence du niveau régional pour administrer et réguler le système sanitaire, une question reste : s'agira-t-il de déconcentrer sa gestion ou de la décentraliser ? En d'autres termes, s'agira-t-il de véritablement confier ces missions au niveau régional, ou simplement d'aménager leur centralisation ?

23. Si certains fustigent « une véritable nationalisation »⁴⁹, et un projet de loi « trop marqué par la centralisation »⁵⁰, nombreuses, en tout cas, sont les voix s'étonnant du peu de place accordée aux collectivités territoriales. Les nouvelles agences sont perçues comme « des structures technocratiques »⁵¹, témoignant d'une « étatisation [...] écartant [...] les collectivités territoriales »⁵². Et, en effet, leur place demeure limitée. C'est notamment le cas de la Région : des élus ont d'ailleurs appelé à « affirmer explicitement la présence des conseils régionaux »⁵³ dans les organes de direction de l'ARS.

24. Au-delà de la seule question de la place accordée aux élus régionaux dans la nouvelle structure, la volonté pour certains des élus de la Nation d'associer les collectivités territoriales s'explique également par l'investissement réalisé par certaines d'entre elles dans le domaine

⁴⁸ Yves Daudigny, groupe socialiste et républicain, Sénat, compte rendu intégral de la discussion de la séance publique du 20 mai 2009.

⁴⁹ Guy Fischer, groupe communiste, républicain, citoyen et des sénateurs du parti de gauche, Sénat, compte rendu intégral de la discussion de la séance publique du 20 mai 2009.

⁵⁰ Jean-Pierre Chevènement, groupe du rassemblement démocratique et social européen, Sénat, compte rendu intégral de la discussion de la séance publique du 20 mai 2009.

⁵¹ François Autain, groupe communiste, républicain, citoyen et des sénateurs du parti de gauche, Sénat, compte rendu intégral de la discussion de la séance publique du 20 mai 2009.

⁵² Martine Billard, groupe gauche démocrate et républicaine, Ass.nat., compte rendu intégral de la 2^{ème} discussion en séance publique du 11 février 2009.

⁵³ Marcel Rogemont, groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche, Ass.nat., commission des affaires culturelles familiales et sociales du jeudi 5 février 2009.

Il sera également l'auteur d'un amendement visant ce qu'au moins un tiers des représentants des collectivités territoriales au sein du conseil de surveillance des ARS soit issu du conseil régional.

de la santé. Lors des débats parlementaires, sera notamment cité l'exemple, « peut-être iconoclaste »⁵⁴, de la Région Nord-Pas de Calais⁵⁵.

De fait, dès son origine, et alors même que les Régions ne disposent pas de compétences particulières en matière sanitaire, le Nord-Pas de Calais s'est engagé assez tôt sur cette thématique. Pour le conseil régional, cette intervention, justifiée par le mauvais état de santé de la population, était envisagée comme un préalable nécessaire à la bonne poursuite des missions qui lui étaient confiées. Le développement économique et social du Nord-Pas de Calais était pensé, par ses élus, comme conditionné à l'état de santé de la population⁵⁶. Mais si la Région Nord-Pas de Calais – nous le verrons – est certainement celle qui a poussé le plus loin son investissement dans le secteur sanitaire, elle est loin d'être la seule à l'avoir fait. Pour autant, ces expériences locales concrètes n'auront finalement pas pesé lourd au moment de l'adoption de la loi HPST, et les conseils régionaux ne verront pas leur position renforcée dans l'architecture sanitaire régionale résultant de la réforme. Il serait possible d'en dire autant, d'ailleurs, des Communes et Départements, qui, même s'ils disposent de certaines prérogatives en matière sanitaire, n'ont pas vu leurs attributions évoluer avec la régionalisation sanitaire opérée par la loi HPST.

25. Pourtant, en se basant notamment sur les enseignements de l'exemple nordiste, l'intervention des collectivités territoriales pourrait conduire à poser les prémices d'une « action commune »⁵⁷ en santé, associant structures dépendantes de l'échelon central, et structures décentralisées. Cela permettrait de jeter les bases d'une nouvelle gouvernance locale, amenant à repenser une action publique locale se présentant « de plus en plus comme une co-production associant les institutions de gouvernement et les représentants des groupes

⁵⁴ Catherine Génisson, groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche, Ass .nat., compte rendu intégral de la troisième discussion en séance publique du jeudi 19 février 2009.

⁵⁵ Désormais dénommée Région Hauts de France. Elle regroupe depuis le 1^{er} janvier 2016 les anciennes Régions Nord-Pas de Calais et Picardie.

⁵⁶ Il s'agit là d'une approche assez similaire, en fin de compte, à celle ayant présidé à la mise en place des ARS. En somme, la santé est envisagée comme étant la résultante de différents facteurs économiques, sociaux...tout comme la condition de réussite des politiques économiques et sociales.

⁵⁷ *A ce propos v. BRIANT (de) Vincent, « L'action commune en droit des collectivités territoriales. Contribution à l'étude des compétences exercées en commun par l'Etat et les collectivités territoriales », Préface de Jean-Bernard Auby, Logiques juridiques, L'Harmattan, Paris, 2009.*

d'intérêts locaux »⁵⁸. Et, de ce point de vue, si, pour Sébastien Segas, l'élu n'apparaît « plus comme un décideur dépositaire d'un intérêt général supérieur opposable aux intérêts particuliers des groupes sociaux mais comme un animateur remplissant une fonction de médiation »⁵⁹, l'élu local pourrait lui constituer le ferment efficace d'une remédiation réussie entre le central et le local. Elle serait le premier pas vers une différenciation territoriale mise en œuvre « pour servir une plus grande démocratie territoriale »⁶⁰, et, surtout, pour se donner les moyens de poursuivre les efforts dans le sens d'une plus grande égalité territoriale ; car, comme le formule Jacques Caillosse, « puisque l'égalité juridique entre les territoires est génératrice de réelles inégalités, on crée sous contrôle des inégalités juridiques destinées à préparer le retour de l'égalité réelle »⁶¹.

26. Cette reconfiguration de la gouvernance locale nécessite de repenser l'articulation des responsabilités entre « le Territoire et les territoires »⁶² : « par la force des choses et du droit qui les encadre, la décentralisation ne se veut-elle pas incitation à la recherche d'une gouvernance territoriale toujours mieux adaptée aux singularités des découpages administratifs de l'espace ? Dans le même temps cette politique développe d'autres exigences à l'égard de l'Etat : de ce dernier, elle attend qu'il continue d'affirmer, au-dessus des territoires désormais décentralisés, un Territoire unique et unifié, en surplomb des précédents qu'il informe et traverse par ailleurs »⁶³. De notre point de vue, ce n'est pourtant pas cette voie qui aura été privilégiée dans la réforme de la régulation sanitaire régionale. De plus, l'apparent renforcement de la régionalisation par l'adoption de la loi du 7 août 2015 portant nouvelle organisation territoriale de la République – dite loi NOTRe⁶⁴ – qui a entraîné un

⁵⁸ SEGAS Sébastien, « Chapitre 8. L'élu animateur : savoirs de la bonne gouvernance territoriale et légitimation d'un nouvel ordre politique local », in PASQUIER Romain, SIMOULIN Vincent, WEISBEIN Julien, « La gouvernance territoriale . Pratiques, discours et théories », Postface de Patrick Le Galès, LGDJ, Lextenso éditions, Paris, 2013, p. 225.

⁵⁹ SEGAS Sébastien, « Chapitre 8 : l'élu animateur : savoirs de la bonne gouvernance territoriale et légitimation d'un nouvel ordre politique local », *op.cit.*, p. 226.

⁶⁰ CAILLOSSE Jacques, « Propos conclusifs. La décentralisation : la liberté au détriment de l'égalité », in, BENETTI Julie (ss. la dir. de), « Les collectivités territoriales et le principe d'égalité », L'Harmattan, Paris, 2016, p. 218.

⁶¹ *id.*, p. 222.

⁶² Le Territoire est ici envisagé comme étant celui de l'Etat, les territoires, étant ceux qui le composent (régions, départements, communes...)

CAILLOSSE Jacques, « Propos conclusifs. La décentralisation : la liberté au détriment de l'égalité », *op.cit.*, p. 216.

⁶³ *ibid.*

⁶⁴ Loi n° 2015-991 du 7 août 2015 portant nouvelle organisation territoriale de la République, JORF n°0182 du 8 août 2015, p. 13705.

processus de fusion des Régions, faisant d'elles des acteurs politiques de taille, pourrait conduire à rebattre les cartes ainsi distribuées par la loi HPST.

27. Ainsi, l'architecture sanitaire régionale actuelle présente selon nous un paradoxe : elle est fondée sur la conviction que l'échelon régional est l'échelon pertinent pour organiser la nécessaire régulation du système, sans pour autant qu'y soient associées pleinement les collectivités territoriales s'y implantant. Cela, nous le verrons, apparaît antinomique avec certains des ressorts, outils, et dynamiques juridiques de la décentralisation, comme de la réforme de l'action publique locale.

Ce choix risque de se confronter à la montée en puissance de la santé comme question politique, ainsi qu'à l'aspiration à une véritable démocratisation de ces sujets.

Dès lors, la régionalisation sanitaire, telle qu'issue de la loi HPST, nous apparaît être un processus inabouti.

28. Maintenant que notre sujet a été délimité, et avant d'entrer plus avant dans les développements qui viendront appuyer les hypothèses présentées ci-dessus, il est essentiel d'apporter au lecteur quelques précisions méthodologiques et théoriques concernant nos travaux.

§2. Cadre théorique de notre étude

29. Tout travail de recherche s'inscrit, de manière implicite ou explicite, dans un cadre théorique particulier, propre à la discipline académique à laquelle il a trait. S'agissant ici de recherches de droit, et plus spécifiquement de droit public portant sur la manière dont est organisée, entre institutions politiques, la répartition de certaines compétences, il nous semble nécessaire de préciser, au préalable, dans quel environnement théorique nous nous situons. En effet, les intrications entre les sphères juridiques et politiques ont inévitablement un impact sur l'angle d'approche adopté, et il est dès lors important de préciser la manière dont le droit, et la recherche juridique, sont ici envisagés.

30. De plus, d'un point de vue herméneutique, savoir *qui parle* nous apparaît aussi nécessaire que de savoir *d'où il parle*. Cela est d'autant plus le cas que nos recherches ont, pour partie, été réalisées dans le cadre particulier d'une convention de recherche pour l'action publique et sociétale⁶⁵. Au surplus, les conceptions personnelles de l'auteur ont, elles aussi, bonne part dans l'orientation prise par un sujet qui se sera offert à lui autant qu'il l'aura construit.

Ces deux aspects – le cadre théorique et les conditions matérielles de la recherche – ont inévitablement eu une influence tant sur la manière dont les recherches ont été menées, que sur celle dont elles sont ici présentées.

31. En ce qui concerne la science juridique, la théorie pure du droit d'Hans Kelsen est sans doute celle ayant irrigué le plus largement le XX^{ème} siècle. Comme son appellation programmatique le laisse deviner, sa théorie se veut « épurée de toute idéologie politique et de tous éléments ressortissant aux sciences de la nature »⁶⁶. L'auteur autrichien rejetait ainsi les réflexions des penseurs de son temps ayant entraîné la théorie juridique dans une approche holistique, qui « sans aucun esprit critique, [...] a mêlé science du droit d'une part,

⁶⁵ Convention CRAPS.

⁶⁶ KELSEN Hans, « Préface de la première édition », in « Théorie pure du droit », Traduction de la 2^{ème} éd., Bruylant, LGDJ, Paris, 1962., p. 3.

psychologie, sociologie, éthique et théorie politique d'autre part »⁶⁷. Et même si Hans Kelsen reconnaît lui-même qu' « un tel amalgame peut s'expliquer par le fait que le second groupe de sciences se rapporte à des objets qui sont assurément en relation étroite avec le droit »⁶⁸, et qu'à ce titre, « la théorie pure du droit n'ignore ni ne songe à nier cette relation »⁶⁹, il n'en demeure pas moins que sa construction théorique a cherché « à éviter un syncrétisme de méthodes qui obscurcit l'essence propre de la science du droit »⁷⁰. Cette approche, si elle permet d'envisager de manière systémique les grands enjeux du droit et des constructions juridiques, ne nous semble cependant pas être suffisante pour appréhender les relations qu'entretiennent entre elles, dans un contexte juridique donné, les différentes institutions politiques d'un pays. Le droit, tout le droit, mais rien que le droit n'est pas suffisant pour comprendre l'action publique ; et cela n'est pas non plus suffisant pour comprendre le droit dans laquelle elle est contenue.

32. Ainsi, « si Kelsen a eu le mérite d'affirmer la spécificité de la règle de droit, il a eu tort de n'en retenir, pour la science juridique, que l'élément formel, normatif, abandonnant à d'autres disciplines extra- ou méta-juridiques, le souci du contenu des normes. Or une théorie générale du droit, vue sous l'angle philosophique, doit être capable de rendre compte non seulement de l'élément formel ou normatif, mais du contenu du droit, d'autant plus que, en l'espèce, fond et forme ne sont pas sans réagir souvent l'un sur l'autre »⁷¹.

Par ailleurs, au-delà des relations et incidences qu'entretiennent fond et forme dans un contexte juridique, l'étude de droit ne peut se résumer, à notre sens, à l'étude de la norme elle-même, prise dans son double aspect de fond et de forme, mais doit également s'atteler à s'intéresser à la puissance performative de la norme, c'est-à-dire à ses effets concrets, et à la manière dont elle est amenée à s'incarner.

33. De plus, si la règle de droit est « la loi d'un groupe, dont elle traduit les conditions d'existence et les exigences de vie sur le double plan de la constitution du groupe et de la

⁶⁷ KELSEN Hans, « Théorie pure du droit », *op.cit.*, p. 9.

⁶⁸ *ibid.*

⁶⁹ *ibid.*

⁷⁰ *ibid.*

⁷¹ DABIN Jean, « Préambule », in « Théorie générale du droit », Dalloz, coll. Philosophie du droit, Paris, 1969, p. 11.

direction de ses membres »⁷², c'est bien qu'elle conduit à créer un mouvement, une dynamique, qui, bien que contenus en eux-mêmes dans la norme, permettent, parfois, de la dépasser. En somme, même si « la loi marque un arrêt du droit »⁷³, celle-ci n'est rien de plus que la cristallisation d'un compromis social opéré à un moment donné ; pour autant, ni la société ni la pratique du droit ne se trouvent, elles, figées par cette cristallisation.

Au contraire, alors que le droit, par sa manifestation la plus tangible qu'est le texte juridique, revêt un aspect statique, il n'en reste pas moins en mouvement, et invite à refaçonner les rapports entre institutions, au prisme de l'interprétation possible des textes, comme à celui de leur pratique même par ceux dont ils encadrent, limitent, ou autorisent l'action.

34. Notre étude devra dès lors s'arrimer à une théorie du droit en mouvement, qui s'approche plus de celle de l'Ecole libre du droit⁷⁴, dont François Gény est le fondateur. S'éloignant des méthodes d'analyse du droit se limitant à une exégèse des textes, les membres de ce courant de pensée prônent une libre recherche scientifique associant d'autres disciplines, telles que l'économie, la philosophie ou la politique. Pour eux, « le droit, c'est avant tout le droit vivant et spontané, celui qui est le produit direct de l'organisation de la société »⁷⁵. Le juriste nancéien opère par là une « opposition entre les sources formelles qui représentent l'élément statique du droit, et les sources réelles qui constituent l'élément dynamique »⁷⁶.

35. S'inscrivant dans cette même veine, Michel Troper⁷⁷ viendra prendre le relais de cette analyse du droit en s'inscrivant dans une perspective pragmatique et réaliste du droit. Avec la théorie réaliste française, ou théorie de l'interprétation, Michel Troper propose « une théorie factuelle »⁷⁸ appréhendant « son objet en tant qu'être et non en tant que devoir-être »⁷⁹.

⁷² *id.*, p. 21.

⁷³ ROUBIER Paul, « Théorie générale du droit. Histoire des doctrines juridiques et philosophie des valeurs sociales », Préface de David Deroussin, 2ème éd, Dalloz, Paris, 2005, p. 74.

⁷⁴ A ce propos, v. GENY François, « Méthodes d'interprétation et sources du droit positif », LGDJ, Paris, 1919, 2 vol.

⁷⁵ ROUBIER Paul, *op.cit.*, p. 76.

⁷⁶ *id.*, p. 78.

⁷⁷ TROPER Michel, « Une théorie réaliste de l'interprétation », in TROPER Michel « La théorie du droit, le droit, l'Etat », PUF, Leviathan, 2001, p. 74.

⁷⁸ MAGNON Xavier, « Théorie(s) du droit », Ellipses, 2008, p. 147.

⁷⁹ *ibid.*

Proposant de s'inscrire dans une logique « non normative »⁸⁰, cette approche s'éloigne encore un peu plus de l'opposition entre *sein* et *sollen*, sur laquelle est fondée la théorie pure du droit d'Hans Kelsen. Cette lecture permet d'éclairer autrement le phénomène juridique : « à la logique de ce qui doit être s'imposerait la force de ce qui est »⁸¹. D'un point de vue épistémologique, il s'agit ici de proposer une distinction entre la science du droit, qui « décrit les normes en vigueur »⁸², et la dogmatique juridique qui « cherche à établir quelles sont les normes applicables »⁸³. Pour Michel Troper, c'est en passant par l'interprétation des textes que l'on s'approche de la réalité de ce qu'est le droit.

Dans ce cadre théorique, l'interprétation est celle du juge : « l'idée que l'interprétation est un acte de volonté conduit à reconnaître au juge, [...] un pouvoir considérable »⁸⁴ car « si interpréter c'est déterminer la signification d'un texte et si cette signification n'est pas autre chose que la norme exprimée par le texte, c'est l'interprète qui détermine la norme. Celle-ci n'est pas réellement posée par l'auteur du texte interprété, le législateur par exemple, mais par l'interprète authentique [...]. C'est pourquoi il résulte de la théorie réaliste classique que s'il y a une cour souveraine, le véritable législateur n'est pas le Parlement, mais l'interprète de la loi. Prolongeant le raisonnement on pourrait dire que le véritable constituant n'est pas l'auteur de la Constitution initiale, mais la cour constitutionnelle »⁸⁵. Dès lors, comme le résume l'auteur, c'est [...] bien l'interprétation [...] et donc l'application [...] qui peuvent conférer [...] la signification objective de normes »⁸⁶.

36. Ainsi, cette approche s'inscrit « dans un courant pragmatique qui vise à n'identifier le droit que là où il se situe réellement »⁸⁷, et invite à se tourner « du côté des opérateurs

⁸⁰ TROPER Michel, « Entre science et dogmatique », la voie étroite de la neutralité », in AMSELEK Paul (ss. la dir. de), « Théorie du droit et science », PUF, Leviathan, 1994, p. 319.

⁸¹ MAGNON Xavier, « Théorie(s) du droit », *op.cit.*, p. 148.

⁸² TROPER Michel, « Entre science et dogmatique », *op.cit.*

⁸³ *ibid.*

⁸⁴ TROPER Michel, « Interprétation », in RIALS Stéphane, ALLAND Denis (ss. la dir. de), « Dictionnaire de la culture juridique », PUF, coll. Quadrige, Paris, 2003, p. 846.

⁸⁵ *ibid.*

⁸⁶ TROPER Michel, « Le problème de l'interprétation et la théorie de la supra-légalité constitutionnelle », in « Recueil d'études en hommage à Charles Eisenmann », Avant-propos de Marcel Waline, Cujas, Paris, 1975, p. 143.

⁸⁷ MAGNON Xavier, « Théorie(s) du droit », *op.cit.*, p. 22.

juridiques »⁸⁸ pour le trouver. Et c'est à ce point que nous nous éloignerons quelque peu, pour nos travaux, de la théorie développée par Michel Troper.

Au-delà de la figure du juge, le droit est également façonné, avant toute chose, par les *opérateurs juridiques*, c'est-à-dire, en réalité, par les destinataires de la norme. Car la *primo-interprétation* des textes est d'abord le fait de ceux à qui la norme est destinée. Le juge n'apparaît - quand il apparaît - qu'une fois qu'un litige est porté à sa connaissance. Ce qui fait le droit, au fond, c'est sa pratique, plutôt que son contenu.

37. De ce point de vue, nous adopterons la posture prônée par le courant de plus en plus porteur du pragmatisme juridique, entendu comme « l'attitude intellectuelle des juristes qui se consacrent au droit en action, aux résultats et aux conséquences du droit, qui se focalisent sur les faits juridiques plutôt que sur les fictions, les abstractions ou les idéaux juridiques, qui privilégient les pratiques juridiques aux textes juridiques, qui considèrent que le droit est ce qu'il fait, qui donc se concentrent sur les effets du droit »⁸⁹.

Comme l'écrivait le doyen Carbonnier, « dans le divorce du fait et du droit, c'est le droit qui a tort »⁹⁰, et nous tenterons dès lors de réconcilier les deux afin de proposer une lecture des processus et des textes juridiques organisant les rapports de nos institutions politiques, en prenant en compte la manière concrète dont les institutions elles-mêmes les envisagent et les mettent en œuvre. L'action publique, sera ainsi considérée comme un élément de la définition du droit, en ce qu'elle conditionne son application, tout comme elle influe sur son contenu même, en le privant ou non de sa fonction performative.

38. Plus largement c'est l'évolution des méthodes même de l'action publique qui doit être mise en question. Selon Boris Barrault, les nouvelles méthodes d'intervention de l'Etat que sont, entre autres⁹¹, l'évaluation, la participation et la contractualisation, la corégulation, la souplesse, l'adaptabilité et la réactivité, ainsi que la subsidiarité, apparaissent comme les

⁸⁸ *ibid.*

⁸⁹ BARRAUD Boris, « Le pragmatisme juridique », L'Harmattan, Bibliothèques de droit, Paris, 2017, p.15

⁹⁰ CARBONNIER Jean, « Flexible droit. Pour une sociologie du droit sans rigueur », LGDJ, 8^{ème} éd., 1995, p.36

⁹¹ L'auteur cite l'évaluation, la participation et la contractualisation, la corégulation, la subsidiarité, la souplesse, l'adaptabilité et la réactivité, l'éducation et la transparence, l'ouverture, et la modernisation technologique BARRAUD Boris, « Le pragmatisme juridique », *op.cit.*, p. 202.

« principes d'une légistique pragmatique »⁹². Or, ce sont précisément ces vecteurs que l'on observe actuellement à l'œuvre dans l'action de l'Etat. D'ailleurs, le Conseil d'État et le Secrétariat général du Gouvernement, dans leur guide légistique, incitent, eux aussi, les auteurs de textes juridiques à « s'interroger d'abord sur l'utilité et l'efficacité de leur projet de réglementation »⁹³, en s'interrogeant notamment sur « les conditions à réunir pour assurer l'effectivité du nouveau dispositif »⁹⁴ envisagé. Le développement des études d'impact dans le processus législatif et réglementaire témoigne lui aussi de cette tendance. Nous le constatons, c'est donc bien le processus de création de la norme qui se trouve directement affecté par cette approche pragmatique.

39. Mais, finalement, la meilleure méthode d'évaluation de la performativité du droit, demeure l'observation de ses traductions concrètes sur le terrain ; car « la vie du droit, c'est son application »⁹⁵. En d'autres termes, le droit n'est pas autant ce que ces auteurs ont voulu, que ce que ces acteurs en font.

40. Le droit que nous tenterons d'observer ici sera donc un droit en mouvement, façonné par ces acteurs et travaillé par la pratique. Dans cette perspective évolutive, nous observerons également les effets que les outils juridiques peuvent avoir sur le droit lui-même ainsi que sur son application. Il apparaît en effet indéniable que « le droit est le reflet et le moteur du changement social »⁹⁶ car « le droit détermine les changements sociaux qui déterminent le droit »⁹⁷. Ainsi engagé dans un processus itératif, le droit, même cristallisé, même statique, induit un mouvement, une direction, que la pratique des textes permet, souvent *a posteriori*, de déterminer.

Mais certaines dispositions statiques entraînent dans leur sillage des effets dynamiques ; les principes juridiques apparaissent dès lors comme autant de ressorts sur lesquels le changement prend son élan.

⁹² *id.*, p. 202.

⁹³ CONSEIL D'ETAT, SECRETARIAT GENERAL DU GOUVERNEMENT,, « Guide de légistique », 3^{ème} éd., La Doc. française, Paris, 2017, p. 3.

⁹⁴ *id.*, p. 13.

⁹⁵ POUND Roscoe, « The Scope and Purpose of Sociological Jurisprudence », Harvard Law Review 1911, vol. XXIV, p. 591, cité par BARRAUD Boris, « Le pragmatisme juridique », *op.cit.*, p.202, p. 183.

⁹⁶ CHEVALLIER Jacques, « Le regard de Jacques Chevallier », RIEJ, 2013, n° 70, p. 60.

⁹⁷ *ibid.*

41. A notre sens, cela est d'autant plus vrai en ce qui concerne la décentralisation et les outils juridiques la fondant. Elle apparaît, à cet égard, comme un processus juridique évolutif mû par une inertie contenue dans le droit la mettant en œuvre et la travaillant. Cette réflexion pourra d'ailleurs être étendue plus largement au processus de globalisation dont les mécanismes sont, de ce point de vue, similaires. Ces deux processus agissent comme deux vecteurs opposés et symétriques de recomposition de l'action de l'Etat, s'alimentant l'un l'autre, et répondant à des logiques similaires. Dans un cas comme dans l'autre, il s'agit en effet d'identifier le niveau territorial le plus pertinent pour piloter, organiser et mener certains pans de l'action publique. Le droit l'organisant doit ensuite transcrire ce constat factuel.

42. Il sera dès lors possible de réfléchir à des modes de relations entre Etat et territoires un peu différentes. De cette façon il sera permis d'appréhender les formes de gouvernance modernes de l'action publique locale. Nous nous efforcerons de dépasser la position du juriste « qui aujourd'hui demeure indifférent aux discours de la gouvernance »⁹⁸. Or, si elle « ne peut que provoquer un certain malaise dans la communauté des juristes, dans la mesure même où [elle] s'inscrit dans un mouvement général de déconstruction de schémas intellectuels qui appartiennent à une sorte de prêt à penser juridique »⁹⁹, la gouvernance autorise dans un « même mouvement la recomposition des modes de pensée juridique et la création d'un nouvel outillage juridique »¹⁰⁰. Et, « en advenant [...] ne démontre-t-elle pas que les modèles et les catégories du discours juridique composent un vaste système de représentation idéologique de la réalité dont il importe de s'émanciper pour rendre compte de ce qu'est vraiment l'action publique aujourd'hui »¹⁰¹ ?

43. C'est ainsi entre pragmatisme, théorie de l'interprétation, théories invitant à une approche pluridisciplinaire de l'étude du droit, et réflexions sur la gouvernance, que se situeront nos travaux.

⁹⁸ CAILLOSSE Jacques, « Chapitre 1. Questions sur l'identité juridique de la gouvernance », in PASQUIER Romain, SIMOULIN Vincent, WEISBEIN Julien, « La gouvernance territoriale . Pratiques, discours et théories », *op.cit.*, p. 32.

⁹⁹ *id.*, p. 34.

¹⁰⁰ *id.*, p. 32.

¹⁰¹ *id.*, p. 35.

Nous tenterons de nous maintenir sur la ligne de crête reliant le droit à son application concrète pour identifier et mieux comprendre les mécanismes présidant à la régionalisation sanitaire, tout en essayant d'en tirer des enseignements sur la manière dont se joue, aujourd'hui, la décentralisation.

44. Afin de clarifier la manière dont nous aborderons cette analyse, nous apporterons également au préalable quelques précisions méthodologiques sur nos travaux.

§3. Précisions méthodologiques

45. Bien entendu, nos recherches s'appuieront en priorité sur l'analyse des dispositifs juridiques encadrant la santé et son pilotage, comme, plus largement, la réforme territoriale et l'action des collectivités territoriales.

46. Afin de mieux comprendre la philosophie de ces différents textes notre analyse se fondera sur les débats et rapports parlementaires, ainsi que sur les documents d'évaluation des politiques publiques produits par l'administration, les organismes de sécurité sociale, et par la Cour des comptes.

47. Nous nous appuierons également sur les productions prétoriennes, sur la doctrine juridique et sur les travaux de droit précédemment développés sur ces sujets. Cependant, il nous faudra élargir notre corpus aux productions scientifiques issues d'autres disciplines : politique, économique, sciences de gestion, histoire et géographie.

48. Par ailleurs, nos travaux ayant été menés dans le cadre d'une convention CRAPS conclue avec la Région Nord-Pas de Calais, nous nous pencherons plus avant sur le cas particulier de cette ancienne Région. Nos travaux seront donc enrichis de documents internes à la Région. Une attention particulière sera également portée aux débats organisés au sein de

la collectivité¹⁰². Néanmoins, afin de maintenir le cadre national de notre étude, nous nous pencherons également sur les actions menées par les autres Régions, ainsi que sur la manière dont celles-ci ont été organisées, afin de les comparer à celles du Nord-Pas de Calais. Plus largement, nous nous intéresserons à la parole portée par les Régions, notamment au sein de l'Association des Régions de France.

49. Une revue de la littérature juridique et politique internationale en la matière nous sera également nécessaire pour esquisser l'ébauche d'une comparaison internationale, dans les limites du sujet que nous avons préalablement défini.

50. Maintenant que ces différentes précisions d'usage ont été apportées, nous allons pouvoir présenter la manière dont s'articuleront nos propos.

§4. Annonce et justification du plan

51. Nous essaierons ainsi de faire de la santé un laboratoire d'observation du processus de régionalisation. Cela nous permettra de vérifier notre lecture dynamique du mouvement de décentralisation, tout en esquissant quelques pistes d'évolutions possibles de la répartition des responsabilités en matière d'administration de la santé.

52. Le cadre théorique dans lequel nous avons décidé de nous inscrire a également guidé la manière dont nous construirons nos développements. Nous avons ainsi fait le choix d'analyser et de commenter, dans un premier temps, les transformations empiriques apparues dans le champ sanitaire : en somme, la régionalisation sanitaire, *telle qu'elle est*. Nous tenterons ensuite de confronter ces éléments empiriques à une théorie de la décentralisation que nous dessinerons dans un second temps. Dès lors, nous nous efforcerons de proposer une régionalisation de la santé *telle qu'elle devrait être*.

¹⁰² A l'occasion des mandatures 2004-2010 et 2010-2015.

53. Pour cela, nous observerons, dans un premier temps, la manière dont s'est développée la régionalisation en matière sanitaire. A cette fin, il sera au préalable nécessaire de dessiner les contours de la régionalisation, en ce qu'elle a traversé l'ensemble de l'organisation de l'Etat. Une fois ce processus analysé, nous nous intéresserons à la place qu'occupent aujourd'hui les collectivités territoriales dans le pilotage du système de santé. Le cas de la Région Nord-Pas de Calais fera l'objet d'une étude approfondie, afin d'identifier les arguments juridiques et politiques ayant fondé son intervention originale dans le secteur sanitaire, tout comme la manière dont elle a pu trouver à s'incarner. (1^{ère} Partie)

Ces développements nous permettront de confronter les observations empiriques de la régionalisation avec l'approche théorique évolutive de la décentralisation qui sera précisée dans une deuxième partie. Nous tenterons d'identifier par la suite les éventuels blocages théoriques qui justifieraient le maintien, dans sa forme actuelle, de la régionalisation sanitaire. Enfin, nous essaierons, en nous appuyant sur quelques expériences étrangères de décentralisation des politiques sanitaires, d'envisager ce que pourrait être, en France, une véritable décentralisation sanitaire. (2^{ème} Partie).

Partie 1. Les collectivités territoriales face à la régionalisation de l'administration sanitaire

54. Entamée au milieu des années 1990, la territorialisation de la régulation sanitaire a conduit à faire de la région le cadre principal de sa mise en œuvre. Ce faisant, le secteur de la santé a suivi le mouvement général de régionalisation qu'ont connu au XX^{ème} siècle nombre de pays occidentaux et, plus particulièrement, européens. Ainsi, pour comprendre les mouvements observables dans le secteur de la santé, il apparaît essentiel de s'intéresser au préalable à la manière dont s'est constitué et structuré en France ce processus de régionalisation. Dans cette première partie nous adopterons donc une posture d'observateur, afin de démêler et analyser les dynamiques identifiables au prisme de constats empiriques. Il s'agira dès lors de présenter comment, concrètement s'est organisé le processus de régionalisation, ainsi que la manière dont il a touché le secteur de la santé (Titre 1).

55. Une fois cette première étape réalisée nous nous intéresserons à la place que ce processus de territorialisation a laissé aux collectivités territoriales. Car, celles-ci jouent et ont un rôle à jouer en matière de santé, dont nous préciserons le périmètre. Pour ce faire nous nous appuierons sur la place que les textes encadrant l'administration sanitaire leurs laissent.

Mais puisqu'il s'agira ici d'adopter une posture empirique, cela ne suffira pas. Au-delà de la place que leur accordent les textes, nous verrons quel rôle les collectivités ont pu prendre, ainsi que les conséquences de la régionalisation sanitaire auront pu avoir sur leur investissement.

Même si nous ne limiterons pas nos observations à ce cas, nous nous intéresserons pour cela à l'exemple particulier de la Région Nord-Pas de Calais. Cette collectivité a en effet développé

et investi le champ de la santé par le biais de modalités assez originales. Cela a eu pour conséquence de développer une parole régionale propre. L'étude de la Région Nord-Pas de Calais permettra également de mieux appréhender la manière dont la régionalisation de la santé a pu prendre en compte les différences territoriales, pour s'y adapter ou non.

Titre 1. La régionalisation de l'administration sanitaire : un aboutissement logique pour un secteur original

56. La création en 2009, par la loi HPST¹⁰³, des Agences Régionales de Santé – ARS – marquera un temps important dans la régionalisation des politiques de santé. Cette nouvelle structure, originale, à bien des égards, dans le paysage administratif français, est en effet un pas décisif vers une territorialisation et une rénovation des politiques publiques sanitaires.

Cependant, cette régionalisation est avant tout celle de l'appareil étatique ; faite par lui, et en cohérence avec ses orientations. Les ARS, les missions qui leur sont assignées et la manière dont elles sont structurées, constituent ainsi l'aboutissement d'un mouvement de régionalisation ne se limitant pas au secteur sanitaire, mais irriguant l'intégralité de la rénovation de l'appareil administratif du pays. En un sens, elles sont la conclusion logique de ce mouvement.

57. Mais les ARS en constituent également l'étape suivante, à tel point que le secteur de la santé, d'abord très en retard dans son administration, et n'ayant fait l'objet des attentions de l'Etat que tardivement, pourrait préfigurer certaines des futures évolutions que seront amenées à connaître les institutions en charge de l'animation et de la définition des politiques territoriales.

58. Ainsi, avant de nous pencher sur la manière dont s'est construite la régionalisation du système de santé (Chapitre 2), il convient, pour mieux la comprendre et en saisir les enjeux et

¹⁰³ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, *op.cit.*

lignes de force, de s'intéresser au phénomène même de régionalisation ainsi qu'à la manière dont celui-ci a trouvé à se retranscrire, afin de faire de la région le cadre de référence dans lequel s'inscrivent désormais les politiques publiques (Chapitre 1).

Chapitre 1. La région : cadre naturel d'une action publique rénovée

59. La région a aujourd'hui le vent en poupe. Qu'il s'agisse de la circonscription administrative ou de la collectivité territoriale, le niveau régional est désormais l'échelon incontournable de l'organisation institutionnelle française.

Ainsi, la régionalisation apparaît comme l'une des clés de lecture, le fil rouge, de l'évolution institutionnelle administrative du pays. En effet, bien que s'inscrivant dans un Etat unitaire, la régionalisation, comprise dans sa double dynamique de déconcentration et de décentralisation, est devenue, au cours du XXème siècle une composante essentielle de la rénovation de l'appareil administratif. C'est en effet au sein de la région que se sont inscrits les grands enjeux de la modernisation de l'action publique, dont la régionalisation est d'ailleurs l'une des manifestations.

60. Cependant, avant de s'appesantir plus avant sur les choix concrets opérés en la matière par les pouvoirs publics français depuis 1964 (Section 2), il semble essentiel de s'attarder sur les ressorts ayant précédé à la consécration de ce geste institutionnel. La montée en puissance des régions françaises, survivances des Provinces de l'Ancien Régime dont elles sont les lointaines petites cousines, s'est d'abord appuyée sur un ressort identitaire avant d'être accompagnée par l'administration française, voyant en elles un espace pertinent pour envisager une planification efficace du pays. L'essor des régions a ensuite été largement encouragé par la construction européenne, dont les velléités fédéralistes originelles ont contribué à mettre en valeur cet échelon spécifique, particulièrement en ce qui concerne la Région – collectivité territoriale – (Section 1).

Section 1. Les piliers de la régionalisation

61. Poussé par les peuples, organisé par les administrations, le phénomène de régionalisation a également largement bénéficié du mouvement de construction européenne pour se développer. Il s'est ainsi appuyé dans un premier temps sur les toujours vivaces, selon les territoires, revendications identitaires locales et réclamant de faire entendre leur voix dans la gestion des affaires locales. C'est ensuite l'Etat qui va l'encourager, en organisant au niveau régional un chantier majeur du XXème siècle : la planification.

62. On le voit, la montée en puissance de la région a été portée par des facteurs endogènes – identitarisme et planification (§1) – , avant d'être encouragée par un facteur exogène – la construction européenne (§2).

§1. Les facteurs endogènes

63. C'est d'abord par l'identité et par la culture, que les « Provinces » connaîtront une nouvelle aube. Ce réveil se transformera en revendication politique, en désir démocratique de prise en main par les peuples de leur destin (A). Ce phénomène sera relayé, à partir de l'entre-deux-guerres, par la diffusion, dans l'appareil d'Etat, des concepts issus de l'aménagement du territoire (B).

A. Le régionalisme : l'identité comme vecteur de revendication politique

64. La Révolution française portait en son cœur les principes d'égalité. Frontispice de notre construction constitutionnelle, l'article premier¹⁰⁴ de la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen achèvera de convaincre les plus sceptiques. Mais la victoire des jacobins a conduit à pousser plus avant cette recherche d'égalité, pour tendre vers un égalitarisme prompt à transformer la Nation en une masse de citoyens indifférenciée disposant de droits identiques, et dont les particularités locales, linguistiques, ou encore corporatistes¹⁰⁵, « rejetées dans le camp de l'archaïsme et de l'obscurantisme »¹⁰⁶ sont amenées à s'effacer au profit d'un projet national et patriotique niant corps intermédiaires et communautés spécifiques. En somme, « après les privilèges de la noblesse et du Clergé, on immola ceux des provinces et des villes »¹⁰⁷ au nom d'une concentration nécessaire au projet d'unité politique et « d'intégration sociale des individus à travers le principe d'égalité »¹⁰⁸.

65. Ce « récit territorial républicain de l'uniformité et de l'indivisibilité »¹⁰⁹ commencera à être mis en question à partir de la fin du XIX^e siècle. A ce moment, le clivage centre/périphérie se présente peu à peu comme un élément important d'analyse des mouvements de recomposition étatiques en Europe de l'Ouest¹¹⁰.

66. C'est d'ailleurs précisément à cette période qu'apparaît en France le terme même de « régionalisme »¹¹¹. Dans un premier temps, c'est dans le but de défendre et promouvoir la

¹⁰⁴ « Les hommes naissent et demeurent libres et égaux en droits. Les distinctions sociales ne peuvent être fondées que sur l'utilité commune ».

¹⁰⁵ La loi le Chapelier du 14 juin 1791, proscrit les corporations.

¹⁰⁶ PASQUIER Romain, « Le pouvoir régional. Mobilisations, décentralisation et gouvernance en France », Presses de Sc.Po., Condé-sur-Noireau, 2012, p. 55.

¹⁰⁷ MARTIN Henri, « Histoire de la France populaire », Librairie Furne, Paris, T.3, 1890, p. 395.

¹⁰⁸ OHNET Jean-Marc, « Histoire de la décentralisation française », Librairie générale française, La flèche, 1996, p. 64.

¹⁰⁹ PASQUIER, *op.cit.*, p. 49.

¹¹⁰ Voir à ce propos ROKKAN Stein, URWIN Derek, « The politics of territoriality identity. Studies in european regionalism, Sage, Londres, 1983.

¹¹¹ Jean-Charles Brun accorde toutefois la paternité du terme à Berluç-Perussis, poète provençal membre du Félibrige qui l'aurait utilisé en 1874.

culture et les idiomes locaux que des mouvements se font jour. Fleurissent ainsi quelques initiatives locales dont la plus marquante est celle du Félibrige¹¹² en Provence, dans le courant des années 1850, portée par un groupe de poètes mené par Frédéric Mistral¹¹³, et entendant restaurer et codifier la langue provençale.

Jules-Charles Brun, membre du Félibrige lui-aussi, tentera par la suite de transformer l'essai culturel en projet politique, en créant la Fédération régionale française¹¹⁴ qui revendique, dès 1901, dans son programme¹¹⁵, « la gestion des affaires de la région par la région ».

Mais Jules-Charles Brun n'est pas le seul chantre du fédéralisme et de la régionalisation. Il s'inscrit dans la lignée de penseurs politiques plus connus, et à l'opposé de l'échiquier politique, que sont Maurras¹¹⁶ et Proudhon. Tous deux ont en effet promu une décentralisation conçue comme un fédéralisme qui ne dit pas son nom. Pour Brun, qui l'analyse de cette manière, il s'agit de garder en tête que « beaucoup de fédéralistes admettent des étapes intermédiaires »¹¹⁷ ; cette imprécision notionnelle ne modifiant en rien l'objectif final poursuivi, car « toute décentralisation, qu'on le veuille ou non, tend au fédéralisme »¹¹⁸.

67. Il convient d'ailleurs de remarquer que l'idée fédéraliste, bien que peu relayée de nos jours, a longtemps été présente en France. L'expérience de La Fédération¹¹⁹ semble de ce point de vue être la plus intéressante. Créée en 1944 sur l'initiative d'un groupe de militants de droite, la Fédération – Centre d'études institutionnelles pour la réforme de la société

¹¹² Fondé le 21 mai 1845, le Félibrige est aujourd'hui une association loi 1901 toujours active. Son action s'étend également à la promotion de la langue d'Oc.

A ce sujet, voir LA SALLE DE ROCHEMAURE Felix, « Régionalisme et Félibrige », Imprimerie Moderne, Aurillac, 1911. et GIOCANTI Stéphane « Provençalisme ou décentralisation : le cas du Félibrige », in *Décentraliser en France*, colloque du Centre, Ed. F.X ; de Guilbert, 2003.

¹¹³ « Si vous allez à Athènes, honorez les dieux. Si vous franchissez le seuil du temple régionaliste, honorez Frédéric Mistral ». L'expression de Jean-Charles Brun témoigne de l'importance de Frédéric Mistral comme précurseur du régionaliste. Cité par Florence Galli-Dupis :

Source :

<http://www.garae.fr/spip.php?article333>

Consulté le 22/03/2016

¹¹⁴ Dont il sera le délégué général jusqu'à sa mort en 1946.

¹¹⁵ « Appel de la Fédération régionaliste française », 1901.

¹¹⁶ Lui aussi Félibrige.

¹¹⁷ « Appel de la Fédération régionaliste française », 1901.

¹¹⁸ « Appel de la Fédération régionaliste française », 1901.

¹¹⁹ Pour approfondir le sujet se référer à GREISLAMMER Alain, « Les mouvements fédéralistes en France », Paris, Presses de Sc. Po, 1974. et PASQUIER Romain, « La régionalisation française revisitée : fédéralisme, mouvement régional et élites modernisatrices (1950-1964) », *Revue française de science politique*, 2003/1 Vol. 53, p. 101.

française – prône la doctrine du fédéralisme intégral, qui promeut une répartition assez simple des fonctions et des responsabilités entre échelons territoriaux : «ce qui est communal à la commune, ce qui est régional à la région, ce qui est national à la nation.»¹²⁰. Cette proposition, dont la construction n'est pas sans rappeler la célèbre maxime de Félix Gras¹²¹, félibrige lui aussi, et qui sonne plutôt à nos oreilles actuelles comme un mantra d'inspiration droitière, n'a pourtant pas empêché la Fédération d'entretenir des relations avec un assez large spectre partisan, à l'exception des communistes, et comptera de 7 500 à 8 000 membres à son apogée, au milieu des années 1950. La structure animera également une revue mensuelle – *Fédération, Le Bulletin fédéraliste* ou *XXe siècle fédéraliste*¹²² – ainsi qu'une maison d'édition – *les éditions du Portulan* –, dont la première publication, en 1947, sera *Paris et le désert français*, de Jean-François Gravier, ouvrage qui, nous le verrons par la suite, sera déterminant dans l'entreprise de déconcentration administrative initiée à partir des années 1960. La Fédération constituera également en province un réseau de permanents et d'adhérents dans le but de structurer des comités régionaux d'expansion regroupés autour d'une Conférence nationale des comités régionaux d'études pour la mise en valeur de la France, créée en 1952, qui s'équipera en 1956 d'un Institut français des économies régionales¹²³. Prospérant sur les problématiques naissantes d'aménagement et de développement économique des territoires, ces regroupements d'élites locales, économiques et politiques, désignent la centralisation administrative comme un facteur de sous-développement économique, et réclament une place dans la production des politiques publiques. Il en existe 170 en 1958 et ils s'imposent peu à peu comme l'interlocuteur privilégié de l'Etat dans la politique de planification et d'aménagement du territoire¹²⁴. L'expérience bretonne du Comité d'études et de liaison des intérêts bretons – CELIB –, fondé par Joseph Martray, correspondant de la Fédération, en 1950, est certainement la plus emblématique ; à son apogée, au milieu des années 1960, il comptera comme membres

¹²⁰« La Fédération », n°39, 1948.

¹²¹« J'aime mon village mieux que ton village ; j'aime ma Provence mieux que ta province ; j'aime ma France par-dessus tout ! ».

¹²² Publiée de janvier 1947 à octobre 1956.

¹²³ Qui publie les « Cahiers de l'expansion régionale ».

¹²⁴cf. ANTOINE Serge, « L'aménagement du territoire et l'expansion régionale », *Études et documents*, 5, 1958, p. 1. et TESSIER Jacques, « Les comités régionaux d'expansion économique et leur conférence nationale », *La Rev. adm.*, 1955, PUF, p. 593.

Ces structures, ancêtres des CESER, seront officiellement agréées par un décret du 11 décembre 1954, pris en application de la loi-cadre du 14 août 1954, autorisant le gouvernement de Pierre Mendès-France « à mettre en œuvre un programme d'équilibre financier, d'expansion économique et de progrès social » et prévoyant à cette fin l'institution d'une « organisation régionale, départementale ou locale chargée de mettre au point le développement économique local dans le cadre du Plan ».

« l'ensemble des parlementaires bretons, les quatre conseils généraux, 1 200 Communes, dont les maires des grandes villes bretonnes, les syndicats paysans, l'ensemble des syndicats ouvriers – CGT, CFDT, FO, CFTC – , les organisations patronales, les chambres de commerce et d'industrie, les chambres de métier, les universités et les associations de défense de la culture et de la langue bretonne »¹²⁵.

68. Il n'est d'ailleurs pas étonnant que la Bretagne ait connu une bonne pénétration des questions fédéralistes ainsi qu'une affirmation vigoureuse du désir de la part de ses élites de participer à la production des politiques publiques. Cette région n'avait déjà pas manqué de prendre le train de la résurgence régionale culturelle du milieu du XIX^{ème} siècle. La « question bretonne »¹²⁶ témoigne ainsi de la pertinence de l'analyse de Louis Quéré¹²⁷, qui identifie cinq périodes de fortes revendications régionales : une première, située au milieu du XIX^{ème} siècle, et fondée sur une renaissance traditionaliste culturelle et linguistique, une deuxième, à la fin du XIX^{ème}, construite sur une critique politique de l'Etat centralisateur, une troisième, d'inspiration d'extrême droite à l'entre-deux-guerres, une quatrième période, au début des années 1950 focalisée sur le développement économique régional, et enfin une cinquième, à la fin des années 1960 reposant sur un renouveau culturel et le « réveil de minorités nationalistes actives mixant revendications économiques et politiques »¹²⁸. Ravivé par l'échec du référendum de 1969 sur la régionalisation et la réforme du Sénat¹²⁹, le régionalisme politique, en retrait depuis la deuxième guerre mondiale, va alors réapparaître. Certaines régions, Bretagne et Corse en tête¹³⁰, se dotent de partis régionalistes allant jusqu'à réclamer l'autonomie politique. Ces partis, loin d'apparaître comme des expériences folkloriques, savent, pour certains, s'appuyer sur une structure efficace, comme c'est le cas du Parti national basque, « dont l'appareil devrait faire pâlir d'envie tant le PS que l'UMP français »¹³¹.

¹²⁵PASQUIER Romain, « La régionalisation française revisitée : fédéralisme, mouvement régional et élites modernisatrices (1950-1964) », *op.cit.* p. 113.

¹²⁶ Il est fait ici référence à l'ouvrage de DULONG Renaud, « La question bretonne », Anthropos, 1975.

¹²⁷QUERE Jean, « Jeux interdits à la frontière : essai sur le régionalisme », *op.cit.*

¹²⁸OHNET Jean-Marc, « Histoire de la décentralisation française », *op.cit.* p. 153.

¹²⁹ Référendum sur « le projet de loi relatif à la création de régions et à la rénovation du Sénat » du 27 avril 1969.

¹³⁰ Mais l'on pourrait également citer la « Ligue savoisiennne », ou « Alsace d'abord ! ». Quinze régions métropolitaines accueillent aujourd'hui des mouvements indépendantistes, aux capacités d'influences inégales. Une fédération des partis régionalistes et autonomistes a même été créée en 1994.

¹³¹SEILER Daniel-Louis, « Les partis régionalistes », Actes sud/La pensée de midi, 2007/2, n° 21, p. 51.

69. Mais au-delà des partis locaux, un parti national, Europe Ecologie-Les Verts¹³², prône lui-aussi aujourd'hui un « fédéralisme différencié »¹³³ et dispose d'une « Commission Régions et fédéralisme ». Le parti s'est aussi fortement engagé pour la reconnaissance des langues régionales¹³⁴, démontrant une nouvelle fois le fort lien entre défense des identités locales et aspiration à l'autonomisation politique des territoires.

70. Cette résurgence des mouvements régionalistes et autonomistes ne s'est évidemment pas limitée à la France et s'est diffusée à travers toute l'Europe de l'ouest, selon des degrés divers, et bien souvent à une intensité supérieure à ce qu'a connu l'Hexagone. Dans les systèmes politiques de pays comme l'Espagne, l'Italie, la Belgique, la Roumanie ou le Royaume-Uni, ses partis jouent d'ailleurs un rôle « majeur et pérenne »¹³⁵ intensifiant leur influence à mesure que l'on s'approche du niveau régional.

En Espagne, le Parti nationaliste basque dirige ainsi la communauté autonome du Pays Basque ; c'est également le cas de la Navarre, dirigée par les régionalistes modérés de l'Union du Peuple Navarrais. D'autres Régions autonomes, la Catalogne par exemple connaissent elles aussi un parti régionaliste ou autonomiste fortement implanté. Les événements des années 2017 et 2018 ont d'ailleurs largement contribué à renforcer la défiance entre Madrid et Barcelone. Le référendum controversé sur l'indépendance de la Catalogne du 1^{er} octobre 2017, suivi du vote de l'indépendance le 27 octobre par le Parlement catalan¹³⁶, ont conduit à

¹³² Parti français dont la culture européenne est la plus développée.

¹³³ Cette notion sera discutée dans la partie II.

Le fédéralisme différencié est ici envisagé comme une évolution de la clause générale de compétence, et doit être ici compris comme une « dévolution constitutionnelle aux collectivités locales d'un certain nombre de compétences précisément énumérées accompagnées d'une véritable autonomie fiscale et normative pour les mettre en œuvre, et d'autre part, dans ce cadre constitutionnel, la possibilité de faire varier au niveau régional la distribution de ces compétences, leur échelon de prise en charge et les formes d'organisation territoriale en fonction de spécificités locales (démographiques, géographiques, historiques, économiques, culturelles, etc.). »

Source :

<http://www.novo-ideo.fr/Pour-un-federalisme-differencie>

Consulté le 22/04/16

¹³⁴ Source :

<http://regions-federalisme.eelv.fr/langues-de-france-pour-une-loi-cadre/>

Consulté le 22/04/16

¹³⁵SEILER Daniel-Louis, « Les partis régionalistes », *op.cit.*, p.49.

¹³⁶ La résolution adoptée par le Parlement catalan déclarait constituer « la République catalane, comme Etat indépendant et souverain de droit, démocratique et social ».

Source :

ce que le gouvernement espagnol prononce sa dissolution ainsi que la destitution de Carles Puigdemont, son président élu. Suivront d'autres épisodes rocambolesques : fuite de Carles Puigdemont à Bruxelles, poursuites à l'encontre d'une partie de l'exécutif catalan pour rébellion, et mise sous tutelle de la Catalogne¹³⁷.

Au Royaume-Uni, le Sinn Fein en Irlande du Nord, le Parti national écossais, et le Plai Cymru gallois sont très bien implantés dans les nations constitutives composant le Royaume-Uni. L'organisation déjà fédéralisée du système britannique n'empêche cependant pas le Royaume-Uni d'être toujours concerné par des revendications indépendantistes, comme en témoigne l'organisation, le 18 septembre 2014, d'un référendum¹³⁸ sur l'indépendance de l'Ecosse souhaité par Alex Salmond, l'ancien premier ministre écossais, membre du Scottish National Party – SNP. Et même si l'issue du référendum¹³⁹ a confirmé l'intégration de l'Ecosse au Royaume-Uni, *l'europhobie* des Ecossais pourrait attiser leur souhait de voir s'organiser un nouveau référendum sur le sujet à la suite du « *Brexit* », qui a vu le Royaume-Uni se positionner pour un retrait de l'Union européenne. En tout cas, cela n'a pas manqué de relancer les demandes d'une plus grande autonomie, en réclamant un statut similaire de celui de l'Irlande du Nord¹⁴⁰.

L'Angleterre elle-même, jusqu'alors peu concernée par les revendications régionalistes, a récemment annoncé¹⁴¹ que serait reconnu un régime juridique spécifique de protection des identités et de la langue des habitants du comté des Cornouailles.

https://www.lemonde.fr/europe/article/2017/10/27/catalogne-mariano-rajoy-demande-la-destitution-de-l-executif-regional_5206748_3214.html

Consulté le 15/05/2018

¹³⁷ Avec l'aval du Sénat espagnol.

¹³⁸ Référendum organisé en vertu de l'Edinburgh Agreement du 15 octobre 2012, signé entre Alex Salmond et David Cameron, premier ministre du Royaume-Uni. Il s'agira du troisième référendum sur la question, après ceux du 1er mars 1979 et du 11 septembre 1997.

¹³⁹ 55,3 % des suffrages exprimés en faveur du « non » contre 44,7% pour le « oui ». Le fort taux de participation, qui s'élève à 84,59% témoigne là aussi de la forte mobilisation des habitants sur la question.

¹⁴⁰ *Source* :

https://www.challenges.fr/monde/brexit-l-ecosse-veut-avoir-le-meme-statut-que-l-irlande-du-nord_518724

Consulté le 13/05/2018

¹⁴¹ Danny Alexander, secrétaire au trésor, a déclaré le 24 avril 2014 que "Cornish people have a proud history and a distinct identity. I am delighted that we have been able to officially recognise this and afford the Cornish people the same status as other minorities in the UK. ».

Traduction: « le peuple des Cornouailles possède une identité propre et une histoire dont il est fier. Je suis satisfait que nous ayons été capables de le reconnaître officiellement et de leur offrir un statut identique à celui dont bénéficient d'autres minorités du Royaume-Uni ».

Source :

<http://www.cornishassembly.org/CornishMinoritiesStatusPressRelease24iv14.pdf>

Consulté le 17/05/18

71. Comme nous l'avons vu précédemment à propos du Félibrige, ces mouvements, ces partis, ne peuvent être appréhendés selon une grille de lecture classique articulée autour d'un axe droite-gauche. Comme le souligne Daniel-Louis Seiler, la réussite de ces mouvements dépend d'ailleurs de leur capacité à dépasser les clivages politiques pour proposer des « fronts »¹⁴² au service d'une « cause »¹⁴³ commune : la défense de l'identité et de la spécificité régionale, ainsi que la volonté de participer au processus de décision politique – de manière plus ou moins intense, oscillant de la co-gestion à l'autonomie.

Le site « eurominority »¹⁴⁴ dénombre cent dix « minorités européennes »¹⁴⁵, dont onze sont en « recherche d'autonomie », incluant l'Alsace, la Bretagne, et la Savoie, onze en « forte recherche d'autonomie », et douze en « recherche d'indépendance » dont la Corse, la Flandre et le Pays Basque.

72. Mais, sans aller, en règle générale, jusqu'à revendiquer l'autonomie politique, les Français affichent un réel attachement à leur région. « En dépit de tous les déplacements, déracinements et brassages, il y a toujours l'Auvergne et les Auvergnats, la Bretagne et les Bretons »¹⁴⁶ déclarait le Général de Gaulle en 1969. Les conclusions d'une enquête¹⁴⁷ menée

¹⁴²SELLER Daniel-Louis, « Les partis régionalistes » *op.cit.* p. 51.

¹⁴³*ibid.*

¹⁴⁴ *Source* :

<http://www.eurominority.eu/version/fra/minority-alpha-list.asp>

Consulté le 12/05/2018

¹⁴⁵ Devant l'incapacité des partenaires européens à aboutir à une proposition faisant consensus, et afin d'éviter tout blocage, la notion de « minorité nationale », présente dans la CESDH et la Convention-cadre pour la protection des minorités nationales, n'a cependant pas été définie par ces textes. Toutefois, une recommandation de l'assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe n°1201 en date du 1^{er} février 1993, portant « Proposition de protocole additionnel à la CESDH concernant les personnes appartenant à des minorités nationales » définit dans son article 1 la minorité nationale comme « un groupe de personnes dans un État qui : a. résident sur le territoire de cet État et en sont citoyens ; b. entretiennent des liens anciens, solides et durables avec cet État ; c. présentent des caractéristiques ethniques, culturelles, religieuses ou linguistiques spécifiques ; d. sont suffisamment représentatives, tout en étant moins nombreuses que le reste de la population de cet État ou d'une région de cet État ; e. sont animées de la volonté de préserver ensemble ce qui fait leur identité commune, notamment leur culture, leurs traditions, leur religion ou leur langue. ». Cette définition, inspirée de celle proposée par Francesco Capotorti dans une « étude des droits des personnes appartenant aux minorités ethniques, religieuses et linguistiques » de 1979 rédigée à la demande de la sous-commission de la lutte contre les mesures discriminatoires et de la protection des minorités de l'ONU, est, depuis la recommandation du 8 juin 2005 prise par le Parlement européen « sur la protection des minorités et les politiques de lutte contre les discriminations dans l'Europe élargie (2005/2008(INI)) » celle devant être admise au sein de l'Union Européenne. `

Pour approfondir le sujet, cf. PLASSERAUD Yves, « l'Europe et ses minorités », PUG, Grenoble, 2012.

¹⁴⁶ Entretien du 1er avril 1969 avec Michel Droit.

en 1999 par l'Observatoire Interrégional du Politique¹⁴⁸ sur l'intensité de l'attachement des Français à leurs régions vont dans ce sens et démontrent que, hors Ile de France, une majorité des sondés indique éprouver un fort attachement à leur région d'origine¹⁴⁹. Sur la question de l'identité, une enquête¹⁵⁰ européenne menée en 2009 en Alsace et en Bretagne pour la France dans le cadre du projet Citizenship After Nation-State (CANS), montre que 18% des Alsaciens appréhendent leur identité comme plus régionale que nationale, et 42% comme autant nationale que régionale. Pour la Bretagne, ces chiffres s'élèvent respectivement à 25% et 50%. Les chiffres observés dans les deux régions françaises, sont assez proches de ceux observés en Allemagne, mais tout de même inférieurs à ceux observés dans quelques régions abritant un fort courant indépendantiste, comme l'Ecosse ou la Catalogne.

73. Ainsi, même si la France ne ressemble ni à l'Espagne des communautés autonomes, ni au Royaume-Uni des nations constitutives, et que certains considèrent qu'elle a pour l'instant été tenue à l'écart du « puissant mouvement régionaliste ayant parcouru l'Europe »¹⁵¹, le constat de l'absence de réelle « fibre régionaliste »¹⁵², convient d'être nuancé.

Source :

<http://fresques.ina.fr/de-gaulle/fiche-media/Gaulle00282/entretien-avec-michel-droit.html>.

Consulté le 12/05/2018

¹⁴⁷ OIP, « Enquêtes interrégionales des phénomènes politiques », CDSP, 1999.

¹⁴⁸ Créé en 1985 en partenariat avec les conseils régionaux, par Sc. Po. et le CNRS, l'Observatoire Interrégional du Politique est un centre public d'expertise et de recherche, était chargé de suivre les opinions publiques régionales, les représentations de la nouvelle institution régionale, les ancrages identitaires qu'elle était susceptible de développer et l'image des politiques publiques que le législateur lui avait confiées. Il a cessé ses activités en 2004.

¹⁴⁹ Avec, par exemple, des résultats atteignant 58,1% en Nord Pas de Calais, 65% en Bretagne et 78, 3% en Corse (et respectivement, de 87,5%, 92,5%, et 98,5%, en additionnant les résultats indiquant un attachement et un fort attachement).

¹⁵⁰Le projet Citizenshipafter Nation-State (CANS) est un programme « Eurocore » soutenu par la Fondation européenne pour la science. Il a été coordonné par le professeur Charlie Jeffery de l'Université d'Édimbourg de 2008 à 2010. L'hypothèse principale de ce projet est celle d'une possible régionalisation de la citoyenneté analysée en termes de participation politique et de solidarité économique et sociale. Dans cette perspective, des enquêtes d'opinion publique ont été réalisées simultanément dans quatorze régions de cinq États de l'Union Européenne (Allemagne, Autriche, Espagne, Grande-Bretagne, France) en 2009, à partir de questionnaires administrés par téléphone, sur la base d'échantillons de 900 individus par région. L'enquête française a été financée par la Région Bretagne, la Région Alsace et l'Université de Rennes-1. Cité par PASQUIER Romain, « Le pouvoir régional. Mobilisations, décentralisation et gouvernance en France », *op.cit.*

¹⁵¹BALLADUR Edouard, « Comité pour la réforme des collectivités locales. Il est temps de décider. Rapport au Président de la République », La doc. fr., Paris, p. 17.

¹⁵²PERRIN Bernard, « L'ère des métropoles », AJDA, 2013, p. 433.

« Ni véritable nationalisme, porteur de conflit, ni vraie résignation à un statut de simple témoignage pittoresque et modeste »¹⁵³, le régionalisme « à la française » ne dépasse cependant, à quelques exceptions¹⁵⁴, que rarement le champ de la revendication culturelle et identitaire pour aboutir sur celui de l'autonomie politique, se maintenant ainsi dans une sorte d'entre-deux, de « régionalisme ordinaire »¹⁵⁵, acceptant sa double appartenance identitaire, régionale et nationale.

74. Si cela est sans nul doute la résultante des grands idéaux ayant inspiré la construction de l'organisation administrative depuis la Révolution, et de la tradition jacobine du pays, c'est aussi certainement que les aspirations indépendantistes naissant, de ci de là, ont pu être contenues, apaisées, par la mise en œuvre de l'autre principal ressort de la régionalisation, pour le cas Français du moins, contrôlée et commandée en l'espèce par l'Etat et son administration: l'aménagement du territoire.

B. L'aménagement du territoire : le choix d'un cadre de référence régional

75. La structuration de l'appareil administratif français, aura longtemps été caractérisée par un très fort centralisme. Même si certains, Tocqueville en tête, prônaient une décentralisation ou une déconcentration, il aura fallu attendre le début du XXème siècle pour voir cet état de fait évoluer.

76. C'est d'abord la géographie universitaire qui fera le constat de l'extrême centralisation du pays et de ses implications. Si les travaux du Comité de Nancy¹⁵⁶ avaient déjà, en 1865,

¹⁵³PASQUIER Romain, « Le pouvoir régional. Mobilisations, décentralisation et gouvernance en France », *op.cit.*, p. 112.

¹⁵⁴ Hors DOM-TOM on pourrait ici aborder le sujet de la Corse ou certaines expériences, comme celle de l'Alsace de l'entre-deux-guerres.

¹⁵⁵PASQUIER Romain, « Le pouvoir régional. Mobilisations, décentralisation et gouvernance en France », *op.cit.*, p. 82.

¹⁵⁶ S'inscrivant dans la tradition lorraine de contestation du pouvoir parisien, incarnée notamment par Auguste-Prosper-François Guerrier de Dumast (1796_1883), le Comité est composé par dix-neuf intellectuels et hommes

pointé du doigt l'hypertrophie parisienne et réclamé une décentralisation articulée autour du département, Paul Vidal de la Blache, fondateur de l'école géographique française initie une nouvelle manière d'appréhender l'espace français, basée sur la synthèse régionale, à travers son ouvrage, le Tableau de la Géographie de la France¹⁵⁷, publié en 1903¹⁵⁸. Précisément, il s'agit pour lui de s'extraire d'une lecture géographique conditionnée par le découpage départemental, et d'analyser des régions-provinces ou des régions-naturelles faisant sens. Partant du constat que « l'histoire d'un peuple est inséparable de la contrée qu'il habite »¹⁵⁹, Vidal de la Blache, membre de la Fédération Régionaliste de France, entend également revisiter le lien entre géographie et histoire¹⁶⁰. Selon l'auteur, la non-organisation de la « vie régionale » empêche la France de s'adapter à la compétition internationale ; une organisation efficace et pertinente doit donc être trouvée au niveau régional. Il propose ainsi un découpage en dix-sept régions¹⁶¹ ancrées sur une grande ville, envisagée comme nœud de liaison, propre à « substituer l'esprit commercial à l'esprit administratif dans la conduite des affaires régionales »¹⁶².

77. En 1903, parallèlement à la redécouverte universitaire de la question régionale, Etienne Clémentel, alors député, porte lui-aussi une parole régionale fondée sur les idéaux défendus par la Fédération Régionaliste et le Programme de Nancy. Au surplus, il ajoute à ces réflexions un pan économique, présent également chez Vidal de la Blache, et considère que les besoins économiques modernes sont favorables à la décentralisation. Pour Etienne Clémentel, c'est précisément le « fondement économique » du mouvement régionaliste qui le

politiques lorrains. Il publie en 1865 un Programme prônant une décentralisation reposant sur le trio commune-canton-département.

cf. CAROMELLE Eliane, « Le « projet de Nancy » et la question de la décentralisation administrative à la fin du Second Empire », Mémoire de Maîtrise, Nancy II, UFR Histoire, 1968.

¹⁵⁷ VIDAL DE LA BLACHE Paul, « Tableau de la géographie de la France (1903) », Paris, La Table ronde, 1995

¹⁵⁸ Peu avant, en 1898, Pierre Foncin, Professeur de géographie lui aussi, proposera un découpage administratif du territoire fondé sur treize grands ensembles s'appuyant, comme le Comité de Nancy, sur le regroupement de Départements.

A ce sujet voir FONCIN Pierre ; « Questions du temps présent. Les pays de France, projet de fédéralisme administratif », Armand Colin, 1898.

¹⁵⁹ VIDAL DE LA BLACHE Paul, « Tableau de la Géographie de la France », Librairie Hachette, 1908, avant-propos.

Source :

http://fr.wikisource.org/wiki/Tableau_de_la_Géographie_de_la_France

Consulté le 08/04/16

¹⁶⁰ Qui peut être ici envisagé comme le « récit territorial » abordée par Romain Pasquier dans ses travaux.

¹⁶¹ A l'exclusion de l'Alsace-Lorraine.

¹⁶² DUMONT Gérard-François, « Les régions et la régionalisation en France », Ellipses, coll. Transversales, Paris, p. 21.

rend « irrésistible », il convient dès lors de « briser l'absurde centralisation qui étouffe toutes les énergies vitales, toutes les activités productives du pays »¹⁶³.

Devenu ministre du Commerce, Etienne Clémentel va tenter en 1917 d'amorcer une régionalisation inspirée des idées de La Blache. La circulaire du 25 août 1917, adressée aux 149 chambres de commerce, rappelle la possibilité de regroupement qui leur est offerte, sous réserve d'autorisation ministérielle, par les articles 18 et 24 de la loi du 9 avril 1898¹⁶⁴. La circulaire est accompagnée d'un « projet de division de la France en régions économiques » au nombre de dix-sept¹⁶⁵. Le préambule¹⁶⁶ reprend les thèses de la Blache, en affirmant que « les régions naissent pas leur centre et non par leur périphérie » et doivent être agencées autour de « capitales provinciales (...) données par l'Histoire et la Géographie »¹⁶⁷. Minée par des conflits opposants ministères, élus et chambres de commerce sur la question du siège d'implantation des groupements¹⁶⁸, l'expérience s'avèrera peu concluante. Régions nodales à vocation économique, sans personnalité juridique, administrées par un comité régional réunissant les représentants de chambres de commerce, les régions Clémentel auront toutefois conditionné à bien des égards les évolutions ultérieures de l'échelon régional¹⁶⁹.

En 1938, le Ministre du commerce Fernand Gentin propose un nouveau projet de découpage régional, fondé également sur le modèle Clémentel. Le décret du 28 septembre 1938¹⁷⁰ fixe ainsi dix-neuf régions, auxquelles viendra s'ajouter une vingtième par décret du 20 mars

¹⁶³Rapport, fait au nom de la commission du Budget chargée d'examiner le projet de loi portant fixation du Budget général de l'exercice 1904, (Ministère de l'Intérieur), par M. Clémentel député.

Cité par BELLON Christophe, « Étienne Clémentel et l'organisation administrative de la France (1903) . Rapport parlementaire sur le budget du ministère de l'Intérieur, Parlement[s] », Revue d'histoire politique, L'Harmattan, 2013, n° 20, p. 127.

¹⁶⁴ Loi du 9 avril 1898 sur les chambres de commerce.

¹⁶⁵ Quinze groupements économiques seront créés par un arrêté ministériel du 5 avril 1919. Ils seront vingt et un en 1921.

¹⁶⁶ Rédigé par Henri Hauser.

¹⁶⁷ Cité par MASSON Jean-Louis, « Provinces, départements, régions, l'évolution des circonscriptions administratives de la fin de l'Ancien Régime à nos jours », Thèse de droit public, éd Fernand Lanore, Paris, 1984, p. 445.

¹⁶⁸ MASSON Jean-Louis, « Provinces, départements, régions, l'évolution des circonscriptions administratives de la fin de l'Ancien Régime à nos jours », *op.cit.*, p. 16.

¹⁶⁹ C'est également sur ce modèle que seront découpées les régions touristiques formées par les fédérations de syndicat d'initiative.

Par ailleurs, il convient de noter que douze découpages régionaux différents coexistent à la fin de la 3^{ème} République (20 régions économiques, 14 agricoles, 11 d'inspection du travail, 25 judiciaires, 16 postales, 18 d'armement, 15 académiques, 17 religieuses, 20 sanitaires, 20 militaires, et 22 ressorts de Conseils de préfecture) cf. BAZOCHE Maud, « Département ou Région, les réformes territoriales de Fénélon à Jacques Attali », L'Harmattan Paris, 2002, p. 166.

Il conviendrait d'y ajouter les régions touristiques, les régions d'assurance, ainsi que les régions radiophoniques.

¹⁷⁰Décret du 28 septembre 1938 relatif à l'organisation des régions économiques, JORF n°228, 29 septembre 1938, p. 11352.

1939¹⁷¹, chacune organisée autour d'un « centre administratif » faisant figure de capitale régionale.

78. En parallèle de ces projets gouvernementaux, il est également possible de relever quelques propositions émanant de parlementaires. Ainsi, Jean-Patrick Hennessy dépose, le 6 mai 1913, une proposition de loi d'inspiration économique prévoyant la suppression des départements au profit de l'arrondissement et d'une nouvelle assemblée régionale élue sur des listes professionnelles. Le préfet exerce la fonction d'exécutif régional. Etienne Rognon dépose, le 24 octobre 1916, une proposition visant à fusionner les départements en trente-deux régions. Le 12 juillet 1917, Paul Peytral émet une autre proposition de loi prévoyant un découplage des échelles territoriales en fonction des processus d'affectation du pouvoir territorial : dans ce modèle l'arrondissement et la région sont des circonscriptions déconcentrées, la Commune et le Département des circonscriptions décentralisées. L'idée régionaliste est ici aussi empreinte d'une lecture économique, les intérêts de la région devant être représentés par un conseil économique composé de représentants des conseils généraux et des organismes professionnels.

79. Si la deuxième guerre mondiale viendra mettre à bas ces projets, c'est en réalité le gouvernement de Vichy qui s'emparera le premier sérieusement de la question de la régionalisation. Dès le 11 juillet 1940, le Maréchal Pétain déclare lors d'un discours radiodiffusé que « des gouverneurs seront placés à la tête des grandes provinces françaises » et qu'ainsi « l'administration sera à la fois concentrée et décentralisée »¹⁷². La déclaration du maréchal lance un large débat sur la régionalisation : périmètre des provinces, fonction de ces structures, sort du département... Prenant également part au débat, le Professeur Joseph Barthélémy¹⁷³ se fait l'apôtre d'une déconcentration visant à restaurer l'Etat tout en protégeant les départements considérés comme « une circonscription taillée à dimension

¹⁷¹ Décret du 20 mars 1939, JORF n°69, 21 mars 1939

¹⁷² Source :

<http://la-guerre-au-jour-le-jour.over-blog.com/article-11281119.html>

Consulté le 14/05/2016

¹⁷³ Qui rejoindra un peu plus tard le Gouvernement de Vichy en tant que ministre de la Justice, du 27 janvier 1941 au 26 mars 1943.

humaine et implantée dans la vie française »¹⁷⁴. Pour le célèbre constitutionnaliste, il s'agit de « réorganiser ou plutôt de ressusciter l'autorité dans l'Etat (...) et aucunement de décentraliser »¹⁷⁵. Néanmoins, il est tout de même envisagé d'expérimenter en Provence un « conseil provincial » qui ne verra pas le jour mais réapparaîtra dans l'article 40 du projet de constitution de 1943¹⁷⁶.

La volonté initiale de Pétain reste donc bien présente tout au long du régime, mais c'est uniquement le projet de déconcentration qui verra le jour, à travers la loi du 19 avril 1941 portant création de préfets régionaux¹⁷⁷. Portée par Yves Bouthillier, alors ministre de l'économie et des finances, la réforme vise à « constituer un relais vivant entre l'action gouvernementale élaborée sur une étude analytique des données de l'économie et de la vie française » à travers « un organisme souple, libéré des rigidités administratives, et prêt à s'adapter aux situations les plus diverses »¹⁷⁸. Maintenus dans un premier temps par le Gouvernement Provisoire de la République Française, les préfets et les préfetures régionales, emportés par le nécessaire flot de l'épuration, disparaîtront en 1946.

80. La fin de la guerre, associée à la nécessité de faire table rase de la parenthèse Vichyssoise, remettent l'unité nationale au centre des préoccupations, et viennent interrompre ces premières tentatives de régionalisation. Cependant, la première moitié du siècle aura permis de dégager les bases de ce que sera l'aménagement du territoire régional à la française. La région est alors envisagée comme un territoire économique articulé autour d'un pôle urbain fort, et devant être administré localement pour gagner en efficacité. Les éléments constitutifs de ce que Jean Louis Quermonne a le premier appelé « *régionalisme fonctionnel* »

¹⁷⁴ DREYFUS François-Georges, « Vichy – théorie et pratique de la régionalisation » in « Décentraliser en France. Idéologies, histoire et prospective », coll. Combats pour la liberté de l'esprit, Paris, 2003, p. 231.

¹⁷⁵ BARTHELEMY Joseph, « Provinces pour construire la France de demain », Grasset, 1941.

¹⁷⁶ L'article prévoit la mise en place d'un « conseil provincial » formé pour deux-tiers de membres élus par les conseils départementaux et pour un tiers par des membres nommés par le gouvernement sur la proposition du gouverneur parmi les représentants élus des organisations professionnelles et corporatives, et parmi les élites de la province.

¹⁷⁷ Quatre régions sont créées : Région d'Orléans, composée des Départements du Loiret, d'Eure-et-Loir, du Loir-et-Cher, de l'Indre (partie occupée) et du Cher (partie occupée), Région de Rennes, comprenant les Départements d'Ille-et-Vilaine, des Côtes-du-Nord (aujourd'hui Cotes-d'Armor), du Finistère et du Morbihan, Région d'Angers, composée des Départements du Maine-et-Loire, de la Loire-Inférieure (aujourd'hui Loire-Atlantique), de la Mayenne, de la Sarthe et de l'Indre-et-Loire (partie occupée), Région de Poitiers, composée des Départements de la Vienne (partie occupée), des Deux-Sèvres, de la Vendée, de la Charente-Inférieure (aujourd'hui Charente-Maritime) et de la Charente (partie occupée).

¹⁷⁸ BOUTHILLIER Yves, « Le drame de Vichy. Tome 2. », Plon, 1951, p. 265.

sont posés : restera à les mettre en œuvre.

81. La nécessité d'organiser le territoire national transparait malgré tout dès l'après-guerre à travers la création en 1946 du Commissariat Général au Plan¹⁷⁹, et du service Aménagement du Ministère de la Reconstruction et de l'urbanisme¹⁸⁰ (MRU), créé en 1944. « Paris ou le désert Français », le plaidoyer de Gravier, viendra accélérer ce processus¹⁸¹. Même si l'ouvrage sera peu diffusé à sa sortie¹⁸², les thèses¹⁸³ de Gravier trouveront un relais institutionnel, et une structuration pour les mettre en œuvre, via le ministre de la reconstruction et de l'urbanisme, Eugène Claudius-Petit, qui les reprend dans son rapport « Pour un plan national d'aménagement du territoire » présenté en février 1950 en conseil des ministres¹⁸⁴. Le ministre saisit l'occasion pour définir l'aménagement du territoire, entendu comme « la recherche dans le cadre géographique de la France, d'une meilleure répartition des hommes, en fonction des ressources naturelles et des activités économiques »¹⁸⁵. Une

¹⁷⁹Le CGP est transformé en 2006 en Centre d'analyse stratégique (CAS), puis en Commissariat général à la stratégie et à la prospective (CGSP) en 2013.

¹⁸⁰Le MRU a été créé en octobre 1944 par le GPRF du général de Gaulle. Il regroupe les services de la Délégation générale à l'équipement national (DGEN) et de ceux du Commissariat technique à la reconstruction immobilière (CTRI). Il évolue en 1955 en ministère de la reconstruction et du logement (MRL) puis, en 1966, en ministère de l'Équipement.

¹⁸¹ Le débat autour de la réforme de l'organisation territoriale de l'Etat a toutefois toujours été présent, même si les idées, parfois divergentes, portées par certains auteurs ne trouvent pas encore d'écho.

Nous citerons par exemple DEBRE Michel, « La mort de l'État républicain », Gallimard, Paris, 1947. tandis qu'est publié la même année CLOSON Francis-Louis « La région : cadre d'une administration moderne », Berger-Levrault, Paris, 1947.

Alors que Closon promeut l'idée d'une déconcentration à l'échelle régionale. Debré, qui envisage la Région comme une menace pour l'unité du pays, plaide pour la constitution de grands Départements.

¹⁸² Il connaîtra cependant un fort succès à sa réédition en 1958, allant jusqu'à devenir la « bible des hauts fonctionnaires de l'administration gaulliste chargée de l'aménagement du territoire », in PASQUIER Romain, « La régionalisation française revisitée : fédéralisme, mouvement régional et élites modernisatrices (1950-1964) », *op cit.*

¹⁸³ Le géographe y dénonce les graves inégalités régionales de développement économique entre les régions françaises, provoquées par la macrocéphalie parisienne, et défend une « décentralisation » qui est en fait une déconcentration menée par un Etat planificateur et centralisé. Il propose d'organiser la répartition des moyens de production sur l'ensemble du territoire français en s'appuyant sur un développement des axes de transports.

Après une cinquantaine d'années, l'ouvrage a récemment connu une remise en cause. Nous citerons par exemple Bernard Marchand pour qui il s'agit d'un texte « non seulement polémique, mais partial, très marqué politiquement, et fort peu sérieux: au total, un pamphlet qui n'a rien de scientifique » in MARCHAND Bernard, « La haine de la ville : « Paris et le désert français » de Jean-François Gravier », in L'information géographique, Vol. 65, n°3, 2001, p. 234. Plus récemment : POLESE Mario, SHEARMUR Richard, TERRAL, Laurent. « La France avantagée : Paris et la nouvelle économie des régions », Odile Jacob, 2014.,

¹⁸⁴ Il faut noter que, la loi n° 48-471 du 21 mars 1948 portant autorisation de dépenses sur l'exercice 1948 et majoration de droit, crée huit Inspecteurs Généraux en Mission Extraordinaire (I.G.A.M.E.), chargés de coordonner, au sein de treize circonscriptions l'action de l'autorité de police et de l'armée lorsqu'il est fait appel à elle pour le maintien de l'ordre. Ainsi, seize ans avant l'introduction du préfet de région, les « igames » représentent la première autorité régionale coordinatrice.

¹⁸⁵ CLAUDIUS-PETIT Eugène, « Pour un plan national d'aménagement du territoire ».

direction de l'aménagement du territoire verra le jour, puis les comités régionaux d'expansion, héritiers du CELIB¹⁸⁶ se verront accordés un agrément, avant qu'un décret¹⁸⁷ du 30 juin 1955 ne vienne créer des régions économiques de programme. Un arrêté ministériel du 6 décembre 1956 définira vingt-deux régions métropolitaines¹⁸⁸, qui ne correspondaient pas pour la « première fois (...) aux anciennes limites provinciales »¹⁸⁹, mais renvoient à un découpage rationnel inspiré de la logique planificatrice, et opéré par le biais d'un regroupement de départements.

82. Le général de Gaulle, qui dès 1944 appelait de ses vœux la mise en place d'une économie dirigée¹⁹⁰ viendra conforter « l'ardente obligation »¹⁹¹ de planification.

Celle-ci doit s'inscrire dans le cadre des régions économiques de programme, transformées par un décret du 7 janvier 1959¹⁹² en « circonscriptions d'action régionale » abritant chacune d'elles une conférence interdépartementale. Cette dernière réunit les préfets sous la présidence d'un préfet coordonnateur, chargé, après consultation des comités régionaux de développement, d'émettre un avis sur les plans régionaux de développement. Le périmètre de ces circonscriptions sera fixé par le décret du 2 juin 1960¹⁹³. Réalisé lui-aussi à partir des

Source :

http://fr.wikisource.org/wiki/Pour_un_plan_national_d%27aménagement_du_territoire

Consulté le 12/05/2018

¹⁸⁶v *infra* 67.

Ces structures initient un co-développement des politiques publiques.

¹⁸⁷ Décret n° 55-873 du 30 juin 1955 relatif à l'établissement de programmes d'action régionale. Il est également connu sous le nom de « décret Pflimlin », en référence au ministre des finances et des affaires économiques signataire du texte.

¹⁸⁸ La Corse est intégrée dans une Région « Provence et Corse », mais le décret prévoit qu'elle fera l'objet d'un programme séparé. Préfigurant ce qui interviendra ultérieurement, le texte prévoit que les Régions Rhône et Alpes pourront faire l'objet d'un programme commun. La paternité du découpage reviendrait à Jean Vergeot, alors commissaire général adjoint au Plan.

¹⁸⁹ DELEBARRE Michel, « Rapport fait au nom de la commission spéciale sur le projet de loi relatif à la délimitation des régions, aux élections régionales et départementales et modifiant le calendrier électoral », Sénat, n°658, 2014, p. 19.

¹⁹⁰ Lors du discours du 1^{er} octobre 1944 à Lille.

¹⁹¹ Allocution du 8 mai 1961

<http://fresques.ina.fr/de-gaulle/fiche-media/Gaulle00072/allocution-du-8-mai-1961.html>

Consulté le 12/05/2018

¹⁹² Décret n°59-171 du 7 janvier 1959 portant harmonisation des circonscriptions administratives de la France métropolitaine en vue de la mise en oeuvre des programmes d'action régionale, JORF 11 janvier 1959, p. 761.

¹⁹³ Décret n°60-516 du 2 juin 1960 portant harmonisation des circonscriptions administratives, JORF 3 juin 1960, p. 5007.

Le découpage reste celui de 1956 à quelques exceptions : les Régions Alpes et Rhône sont fusionnées, le Département des Basses-Pyrénées (aujourd'hui Pyrénées-Atlantiques) passe de la Région Midi-Pyrénées à l'Aquitaine et les Pyrénées-Orientales de Midi-Pyrénées au Languedoc-Roussillon.

départements, sur le modèle de celui de 1956, ce découpage restera en vigueur jusqu'en 2015. Avec ces deux textes, les régions apparaissent non seulement comme le territoire d'implantation du programme économique mais également comme une subdivision administrative¹⁹⁴ : la région, entité déconcentrée, est née.

83. L'ADN de la région française est ainsi posé : cadre territorial à vocation économique, devant permettre une meilleure gestion publique en rapprochant le décideur de l'administré. Mais malgré quelques poussées régionalistes qui, nous l'avons vu, ont contribué à amorcer le chantier de la déconcentration administrative qui sera lancé à partir de 1964¹⁹⁵, celui du développement de la « démocratie territoriale »¹⁹⁶ reste encore à l'arrêt. Et si Gérard Marcou propose de définir la régionalisation comme « le processus par lequel s'opère la construction d'une capacité d'action autonome ayant pour objet de promouvoir un territoire, infra-national mais supra-local, par la mobilisation de son tissu économique, et le cas échéant des ressorts identitaires des solidarités locales et régionales ainsi que par le développement de son potentiel », force est de constater que ces éléments ne sont pas encore tous réunis¹⁹⁷. Les pages du roman de la régionalisation devront encore être tournées, découvrant opposants et adjouvants. La construction européenne fait assurément partie de la deuxième catégorie de protagonistes.

¹⁹⁴ Chaque administration pouvait toutefois définir des unités administratives couvrant plusieurs régions ou, limitées à un espace infrarégional, à la condition que celui-ci s'inscrive dans le cadre régional.

¹⁹⁵ *v. supra* 127.

¹⁹⁶ MADIOT Yves, « Vers une territorialisation du droit », RFDA, 1995, p. 950.

¹⁹⁷ MARCOU Gérard, « La régionalisation en Europe, rapport du Groupement de Recherches sur l'Administration Locale », Univ. Paris I, 1999, Paris, p. 12.

§2. Les facteurs exogènes : l'Europe comme vecteur de développement

84. « Le droit de l'UE n'a pas vocation à intervenir directement sur les structures, l'organisation, le fonctionnement ou les compétences des collectivités territoriales »¹⁹⁸ ; l'UE reconnaît ainsi le principe de l'autonomie institutionnelle des états membres »¹⁹⁹. Ce principe, issu de la jurisprudence communautaire²⁰⁰, n'a pourtant pas empêché l'Union Européenne d'influer, de par les politiques qu'elle a pu développer, ainsi que par les relations politiques qu'elle a pu entretenir, sur la structuration administrative et institutionnelle de ses membres. Ce faisant, elle a accéléré et soutenu le phénomène de régionalisation observé en Europe (A), tout en faisant des Régions des partenaires de son action (B).

A. Un phénomène de régionalisation accompagné par la montée en puissance de la politique régionale européenne

85. La prise en compte de la question régionale apparaît dès l'origine du projet européen. La conférence de Messine de 1955²⁰¹ et le rapport Spaak²⁰² qui y fait suite préconisent la mise en place d'un fonds de réadaptation des travailleurs ainsi que d'un fonds d'investissement européen chargé d'accompagner le développement des régions les moins favorisés.

¹⁹⁸ ALLEMAND Roselyne ; « Propos introductifs » in ALLEMAND Roselyne (ss. la dir. de), « Les effets du droit de l'Union européenne sur les collectivités territoriales », L'Harmattan, Paris, 2011, p. 15.

¹⁹⁹ ALLEMAND Roselyne, *op.cit.* p. 15.

²⁰⁰ LA CJCE a ainsi affirmé dans l'arrêt « Klaus Kone » du 1^{er} juin 1999 que le droit communautaire n'impose aux Etats membres « aucune modification de la répartition des compétences et des responsabilités entre les collectivités publiques qui existent sur leur territoire ». La Cour avait déjà pu affirmer, dans les arrêts « International Fruit company » et « Produktschap voor Groenten en Fruit » du 15 décembre 1971, que « lorsque les dispositions du traité ou des règlements reconnaissent des pouvoirs aux Etats membres en leur imposant des obligations, aux fins de l'application du droit communautaire, la question de savoir de quelle façon l'exercice de ces pouvoirs et l'exécution de ces obligations peuvent être confiés par les Etats à des organes déterminés relève du système constitutionnel de chaque Etat ».

²⁰¹ La conférence réunit du 1^{er} au 3 juin 1955, les ministres des Affaires étrangères des six pays fondateurs de la CEE (Pays-Bas, Italie, Luxembourg, France, Belgique, RFA).

²⁰² Comité intergouvernemental créé par la conférence de Messine. Rapport des chefs de délégation aux ministres des Affaires étrangères, Bruxelles, Secrétariat, 21 avril 1956.

Si le Traité de Rome²⁰³ ne retient finalement pas ces propositions, le terme de « *région* » est néanmoins présent dans le texte. L’alinéa 5 du préambule dispose en effet que les signataires se montreront « soucieux de renforcer l’unité de leurs économies et d’en assurer le développement harmonieux en réduisant l’écart entre les différentes régions et le retard des moins favorisés ». La volonté politique de cohésion régionale, en germe, trouvera sa première incarnation par la création de deux fonds, non spécifiquement dédiés au développement régional : le Fonds Social Européen²⁰⁴ et le Fonds Européen d’Orientation et de Garantie Agricole²⁰⁵.

86. Dans un premier temps, les objectifs affichés dans le rapport Spaak ne dépasseront pas le cap de l’intention. La Commission européenne tente pourtant de porter le projet, mais se heurte à la réticence des Etats membres. Des initiatives voient tout de même le jour. La Commission réunit en décembre 1961 une conférence²⁰⁶ sur les économies régionales réunissant plus de deux cents délégués des régions européennes. C’est dès cette date que l’Europe fera le choix de s’appuyer sur le niveau régional, ou infra-national de premier niveau²⁰⁷, pour développer sa politique régionale. Les conclusions de cette conférence alimenteront les travaux de la Commission et déboucheront sur la rédaction d’un mémorandum sur la mise en place d’une politique régionale, présenté en mai 1965 au Conseil de l’Europe. Allant plus loin, la Commission crée en 1967 une direction générale de la politique régionale. L’intention est là, confirmée, entretenue, mais le développement régional reste une compétence des Etats, et la Communauté européenne n’engage pas de chantier spécifique.

87. Ce sont les différentes vagues d’élargissement, à partir des années 1970, qui viendront

²⁰³ Traité instituant la CEE du 25 mars 1957. Texte fondateur de la construction européenne, son préambule pose son objectif principal : « établir les fondements d’une union sans cesse plus étroite entre les peuples européens ». Il devient Traité sur le fonctionnement de l’Union européenne le 1^{er} décembre 2009, à l’entrée en vigueur du Traité de Lisbonne.

²⁰⁴ Lancé le 11 mai 1960.

²⁰⁵ Créé en 1962, il est remplacé en 2007 par le un Fonds Européen Agricole de Garantie (FEAGA) et un Fonds Européen Agricole pour le Développement Rural (FEADER)

²⁰⁶ A Bruxelles du 6 au 8 décembre 1961.

²⁰⁷ La réflexion s’appuie sur les travaux d’EUROSTAT qui met en place la nomenclature NUTS. Les niveaux 1 et 2 correspondent à ce niveau infra-national.

pousser l'Europe à mettre en œuvre une politique de développement régional active. En 1975, à la suite de la Conférence de Paris de 1972 et du premier élargissement de 1973²⁰⁸, le FEDER est créé. L'objectif du Fonds est de réduire les écarts et déséquilibres de développement entre les régions des Etats membres, en participant au financement de programmes de développement locaux portés par ses mêmes Etats ou par la Commission européenne. En 1980, la politique régionale ne représente cependant toujours que 7,8% du budget communautaire. Par ailleurs, à l'origine, le FEDER apparaît comme « assez peu européen et pas très régional »²⁰⁹. Envisagé en partie par les Etats membres comme un outil de péréquation, ceux-ci disposent d'un quota garanti qu'ils peuvent flécher comme bon leur semble selon des critères propres. Ce sont ces mêmes Etats qui bénéficient directement des versements, l'Europe transférant les fonds aux budgets centraux. De plus, à la demande de certains membres, dont la France²¹⁰, les collectivités sont exclues de la gouvernance du Fonds.

88. Il faudra attendre le milieu des années quatre-vingt pour que la politique régionale s'impose comme une politique majeure, sous l'impulsion de Jacques Delors, président de la Commission, de 1984 à 1994, « préoccupé par l'équilibre entre la fonction du marché [...] et la régulation »²¹¹. En 1987, l'Acte Unique²¹² européen viendra confirmer cette orientation en introduisant un objectif de cohésion économique et sociale ayant pour finalité, via le FEDER²¹³ et la coordination des politiques économiques des Etats, de limiter les contraintes du marché unique afin de « réduire l'écart entre les diverses régions et le retard des régions les moins favorisées »²¹⁴. Comme pour le cas national, la promotion du niveau régional, s'inscrit dans une perspective « d'aménagement du territoire européen »²¹⁵. En 1988, la réforme des

²⁰⁸ Royaume-Uni, Irlande, Danemark.

²⁰⁹ DREVET Jean-François, « Histoire de la politique régionale européenne », Belin, Lassay-les-Châteaux, 2008, p. 56.

²¹⁰ *ibid.*

²¹¹ DELORS Jacques, « Mémoires », Plon, Paris, 2003, p. 235.

²¹² Acte unique européen signé à Luxembourg le 17 février et à La Haye le 28 février 1986, et entré en vigueur le 1er juillet 1987, JOCE 29 juin 1987, n° L 169. [s.l.]. ISSN 0378-7060. "Acte unique européen", p. 1.

²¹³ L'article 130 C dispose que le FEDER est destiné à contribuer à la correction des principaux déséquilibres régionaux dans la Communauté, par une participation au développement et à l'ajustement structurel des régions en retard de développement, et à la reconversion des régions industrielles en déclin.

²¹⁴ Article 130 A de l'Acte unique.

²¹⁵ Travaux de la commission de 1987 cité par DREVET Jean-François, « Histoire de la politique régionale européenne » op.cit. p.119.. En 1990, « Europe 2000 », un programme d'étude pour l'aménagement du territoire est lancé. Il débouchera en 1994 sur l'approbation par la Commission du document « Europe 2000 ».

fonds structurels²¹⁶ amorce une nouvelle ère de la politique régionale européenne. Désormais, celle-ci est décidée sur la base d'un partenariat impliquant Commission, administrations nationales et administrations régionales. Dans ce cadre, les collectivités interagissent donc désormais directement avec les instances européennes sur un plan d'égalité, au moins théorique, avec les représentations nationales.

Dès lors, les principes fondateurs de mise en œuvre de la politique régionale européenne sont arrêtés : la pluriannualité de la programmation, le partenariat et la négociation entre l'Europe, les Etats et les Régions, et l'additionnalité des fonds – interdisant que les fonds européens ne se substituent à des fonds nationaux.

89. Le mécanisme du dispositif et le principe de partenariat inciteront ainsi les Etats à organiser ou développer un niveau territorial permettant de tirer parti de cette politique et de profiter de la manne financière européenne. La politique de cohésion devient ainsi un véritable moteur du processus de régionalisation qui traverse l'Europe, invitant à un changement de paradigme dans le processus de définition de nouveaux échelons territoriaux, principalement régionaux, dans les pays membres. Ainsi, si cette question répondait auparavant exclusivement à des logiques internes, elle s'est « progressivement posée dans un contexte toujours plus influencé par les dynamiques communautaires »²¹⁷. Si le constat que « l'intégration européenne a supposé un renforcement du niveau régional, et ce même dans des États dans lesquels un tel niveau n'existait pas »²¹⁸, s'applique plus aux nouveaux adhérents qu'aux membres fondateurs, et tout particulièrement aux anciens pays du bloc communiste²¹⁹, la France subit également ce phénomène. On peut ainsi noter que la création de la Région, collectivité territoriale, s'inscrit dans la même temporalité que la montée en puissance de la politique régionale européenne. Au-delà de la réforme constitutionnelle de 2003²²⁰, qui a consolidé et constitutionnalisé la collectivité régionale, il est également possible de noter que les arguments utilisés pour valoriser, ou décrier, le projet de réforme du

²¹⁶ Celle-ci intervient par l'adoption de cinq règlements adoptés par le Conseil les 24 juin et 19 décembre 1988.

²¹⁷ VANDELLI Luciano, « La fin de l'Etat-nation ? », RFAP, 2003, n°105-106, p. 183.

²¹⁸ NOGUEIRA-LOPEZ Alba, « Dévolution de compétences du niveau régional vers le niveau local : décentralisation, asymétrie et concertation », RFAP, 2007, n° 121-122, p. 161.

²¹⁹ Ce phénomène a conduit à une régionalisation « voulue ou imposée » dans plusieurs pays. Voir à ce propos les exemples de la République Tchèque et de la Roumanie dans NOGUEIRA-LOPEZ Alba, *op.cit.*

²²⁰ Loi constitutionnelle n° 2003-276 du 28 mars 2003 relative à l'organisation décentralisée de la République, JORF n°75 du 29 mars 2003, p. 5568.

périmètre des Régions, actuellement en cours de discussion, renvoient régulièrement à une volonté d'adapter le découpage territorial régional français au cadre européen²²¹. D'ailleurs l'idée « de grandes régions susceptibles de rivaliser en poids avec leurs homologues européennes »²²², se retrouve dans la plupart des rapports publics traitant de la question depuis un projet de carte produit en 1975 par le Commissariat général au Plan qui proposait de découper le territoire en huit zones d'études et d'aménagement du territoire. Partageant cette analyse, Jacques Delors, grand artisan de la réforme des fonds structurels et de la politique de cohésion, considère que l'Europe a besoin de régions puissantes, et à cet égard, que « la France est aujourd'hui handicapée par rapport à l'Allemagne fédérale ou à l'Espagne »²²³.

90. Cette politique a continué par la suite à gagner en importance, notamment sur le plan budgétaire. Le budget de la politique de cohésion régionale, construit sur une base quinquennale depuis 1989, est d'abord doublé en 1994 pour représenter un tiers du budget communautaire²²⁴. Il est encore augmenté en 2000²²⁵ puis en 2005, pour atteindre 35% du budget de l'Union Européenne sur la période 2007-2013²²⁶. En 1999, à l'occasion du Conseil européen de Berlin, cette politique est resserrée autour de trois objectifs prioritaires²²⁷ qui seront légèrement redéfinis en 2000 dans le cadre de la « Stratégie de Lisbonne »²²⁸. Il s'agit alors de réduire les écarts de développement en ciblant les régions affichant un PIB inférieur à 75% de la moyenne communautaire – objectif de convergence –, moderniser les politiques d'éducation de formation et d'emploi – objectif de compétitivité régionale et emploi –, et promouvoir la coopération interrégionale – objectif de coopération territoriale.

²²¹L'étude d'impact accompagnant le projet de loi « portant nouvelle organisation territoriale de la République » déposé le 18 juin 2014, relève que « la nécessité d'adapter cette carte des régions est soulignée de plus en plus régulièrement [...] il s'agit [...] de l'adapter aux réalités géographiques et à l'Europe des régions ».

²²² ALLIES Paul, « L'émergence de nouveaux territoires », in PORTELLI Hugues, (de) LARA Philippe (ss. la dir. de) « La décentralisation en France. L'état des politiques publiques, la dynamique des réformes locales, la dimension européenne », La découverte, Paris, 1996, p. 15.

²²³Cité par VANDELLI Luciano, « La fin de l'Etat-nation ? », *op.cit.*

²²⁴ A l'occasion du Conseil européen d'Edimbourg de décembre 1993, 177 milliards d'euros sont attribués.

²²⁵ Le Conseil européen de Berlin de mars 1999 alloue 213 milliards d'euros à cette politique sur la période 2000-2006.

²²⁶ Le Conseil européen de Bruxelles, de décembre 2005 lui alloue 347 milliards d'euros.

²²⁷ L'objectif de compétitivité régionale et emploi est alors découpé en deux objectifs distincts, et l'objectif de coopération territoriale n'est pas encore mis en avant.

²²⁸ Entérinée lors du Conseil européen de Lisbonne de mars 2010.

Aujourd'hui deuxième poste budgétaire européen derrière la Politique Agricole Commune, la politique de cohésion, actuellement en cours de négociation pour la période 2014-2020, représenterait 32,5% du budget (351,8 milliards par an) et devrait, à terme, devenir la politique la plus importante sur un plan budgétaire²²⁹.

En application de l'article 14 du règlement européen du 13 décembre 2013²³⁰, la définition de cette politique doit faire l'objet d'un accord de partenariat proposé par les autorités de chaque pays membre puis adopté par la Commission. En France, le document a été effectivement adopté le 8 août 2014. Ce texte démontre la corrélation entretenue entre le projet européen et les processus de décentralisation internes à la France. Il énonce ainsi que « la programmation 2014-2020 des FESI²³¹ correspond en France à une nouvelle étape de la décentralisation » visant à « conférer aux Régions de nouvelles compétences en matière d'aménagement du territoire et de développement économique » ; ce processus conduit à « reconnaître aux Régions un rôle clé en matière d'aménagement du territoire, en complément de leur compétence de chef de file du développement économique régional, et à leur transférer dans cet esprit la gestion des fonds européens », ce choix correspondant « à la conviction d'une plus grande efficacité pour la France d'une approche décentralisée ». Le texte insiste, en ajoutant que « la décentralisation des décisions » constitue « une des conditions du redressement économique, en ce qu'elle permettra de mobiliser mieux que dans un système centralisé toutes les forces vives et les capacités d'innovation des acteurs régionaux et locaux ».

91. On le voit, le projet européen apparaît bien comme un vecteur favorisant et alimentant le développement des Régions. Mais il faut toutefois noter que, en ce qui concerne les fonds accordés dans le cadre de la politique régionale, le lien entre l'Union Européenne et les

²²⁹ Source :

http://ec.europa.eu/agriculture/policy-perspectives/policy-briefs/05_en.pdf
Consulté le 13/05/2018

²³⁰ Règlement européen n°1303/2013 du 17 décembre 2013 portant dispositions communes relatives au Fonds européen de développement régional, au Fonds social européen, au Fonds de cohésion, au Fonds européen agricole pour le développement rural et au Fonds européen pour les affaires maritimes et la pêche, portant dispositions générales applicables au Fonds européen de développement régional, au Fonds social européen, au Fonds de cohésion et au Fonds européen pour les affaires maritimes et la pêche, et abrogeant le règlement n°1083/2006.

²³¹ Fonds Européens Structurels et d'Investissement, regroupant FEDER, FSE et Fonds de Cohésion.

Régions reste « avant tout financier »²³². L'Etat continue de faire « écran »²³³ entre les niveaux infra et supra nationaux, et limite la possibilité d'autonomisation des régions dans leur rapport avec l'Union Européenne. Cependant, le « plafond de verre » commence à témoigner de quelques fêlures. A ce sujet, la réforme de la gestion des fonds européens intervenue en 2014, prévoyant de confier cette mission aux Régions, désormais chargées de gérer les dossiers, de veiller à la bonne utilisation des fonds et de rendre compte à la Commission européenne de leur utilisation, devrait fluidifier les relations entre l'Europe et ces collectivités. Faisant suite à la déclaration commune Etat-Régions du 12 septembre 2012, une circulaire signée par le premier ministre Jean-Marc Ayrault du 19 avril 2013²³⁴, tranche finalement en ce sens et étend à l'ensemble des Régions l'expérimentation menée depuis 2003 par le conseil régional d'Alsace²³⁵. Laissée à la discrétion des Etats membres, la gestion des fonds structurels est donc passée, en France, d'une logique déconcentrée²³⁶, via les préfets de région, autorité de gestion²³⁷ et de paiement²³⁸, à une logique décentralisée²³⁹, via les Régions. En amont, le processus de négociation a par ailleurs alimenté la structuration d'une parole commune et revendicative régionale, à destination de l'Europe, et contre l'Etat. Engagé dès 2004, ce mouvement prend de l'ampleur en 2006 alors qu'une délégation, composée d'Alain Rousset et Ségolène Royal défend la position des Régions directement auprès de Manuel Barroso, Président de la Commission, souhaitant éviter que les fonds européens ne deviennent la

²³² MAUBERNARD Christophe, « Quel rôle pour les collectivités territoriales dans la gouvernance européenne de demain ? », AJCT, 2013, p. 551.

²³³ DUBOS Olivier, « L'Union européenne et la répartition des compétences entre l'État et les collectivités territoriales : une tectonique à quatre dimensions », in BRISSON Jean-François « Les transferts de compétences de l'État aux collectivités territoriales », L'Harmattan, Paris, 2009, p. 293.

Sur toutes ces questions, consulter MALO Laurent, « Autonomie locale et Union européenne », Bruylant, coll. « Droit de l'UE », Bruxelles, 2010.

²³⁴ Circulaire 5650/SG du 19 avril 2013.

²³⁵ En 2003, l'État a confié à la région Alsace, par convention, la gestion des crédits affectés à la reconversion des zones en difficulté au sens de l'« Objectif II ». Les autres collectivités territoriales ont seulement bénéficié de subventions globales, la plus importante, représentant 80 % des crédits, étant consentie à la région Auvergne.

La loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales, est venue consacrer ces initiatives, en les qualifiant de « transferts expérimentaux de compétences organisés sur le fondement de l'article 37-1 de la Constitution ». Il faut également préciser que des collectivités territoriales, des établissements publics de coopération intercommunale et des groupements d'intérêt public s'étaient déjà vu confier, dès 2000, au cas par cas, la gestion de crédits destinés à favoriser la coopération interrégionale et la rénovation de quartiers urbains en difficulté.

²³⁶ A l'exception des programmes INTERREG et du programme « compétitivité régionale » géré par l'Alsace.

²³⁷ Assurée principalement par les secrétaires généraux pour les affaires régionales.

²³⁸ L'article 5 de la loi du 6 février 1992 leur donne la compétence de gestion des politiques nationales et communautaires en matière d'aménagement du territoire et de développement économique.

²³⁹ La gestion n'est cependant pas totalement déconcentrée. L'Etat conserve la gestion de 65% des fonds provenant du FSE, dont la moitié sera déléguée aux conseils généraux. Une enveloppe provenant du FEDER restera fléchée vers l'assistance technique nationale et reste soumise à une réserve : l'accord des Régions impliquées sur des programmes « massifs et fleuves » interrégionaux. Concernant le FEADER, un accord entre l'ARF et le ministère de l'Agriculture prévoit également de maintenir une coordination nationale.

« variable d’ajustement pour les politiques territoriales françaises »²⁴⁰ » étatiques. Les Régions, soutenues par Manuel Barroso qui ne désire néanmoins pas s’immiscer dans les affaires internes françaises, se verront opposer, à l’époque, le refus du Gouvernement, qui maintiendra sa position pour des raisons politiques assez évidentes²⁴¹.

92. Nous l’avons vu, la politique régionale européenne s’est construite en quatre phases temporelles distinctes : « l’imagination (1958-1984), la réforme (1985-1988), la prolifération (1989-1999) et la consolidation (2000) »²⁴². Agissant comme un aiguillon incitant, avec plus ou moins d’intensité, les Etats membres à accélérer ou repenser leur décentralisation – et leur déconcentration – dans une perspective régionale, cette politique n’a pas permis de développer de liens directs entre collectivités et Union Européenne, même si les évolutions du type de celle touchant, en France, la gestion des subsides provenant des fonds structurels pourrait modifier la donne. Il s’agit toutefois de garder en mémoire qu’il ne s’agissait aucunement de l’objectif affiché par la politique régionale européenne. La reconnaissance directe d’une place pour les collectivités dans la construction et la définition des politiques européennes a suivi d’autres canaux, parallèles, mais distincts.

B. La Région : un partenaire pour l’Europe ?

93. Dans un premier temps, c’est le Conseil de l’Europe qui va s’attarder sur la question des collectivités territoriales et sur leur place au sein de la construction européenne. Cette Organisation inter-gouvernementale en marge de l’architecture communautaire, a dès son origine, fait montre d’un « régionalisme militant »²⁴³, et n’a cessé d’encourager le développement régional. A la différence de la Commission, qui, comme nous l’avons vu, a encouragé de manière indirecte, par l’intermédiaire du développement des fonds structurels, la régionalisation des Etats membres dans une logique utilitariste, le Conseil de l’Europe s’est

²⁴⁰ Propos rapportés dans PASQUIER Romain, « Le pouvoir régional. Mobilisations, décentralisation et gouvernance en France », *op.cit.*, pp. 252-253.

²⁴¹ Les Régions sont, à l’époque, pour leur écrasante majorité, dirigées par des exécutifs de gauche, et le Gouvernement est lui situé à droite de l’échiquier politique.

²⁴² DREVET Jean-François, « Histoire de la politique régionale européenne », *op.cit.*, p. 257.

²⁴³ LABASSE Jean, « L’Europe des régions », 1991 Flammarion, p. 120.

lui placé dans une perspective de démocratisation. Il prône une « régionalisation émancipatrice de l'individu »²⁴⁴, et, de ce fait, la considère comme un objectif en tant que tel et non comme un instrument permettant d'améliorer l'organisation institutionnelle de l'Etat.

Dès 1956, le comité des ministres du Conseil de l'Europe, sur proposition de son Assemblée²⁴⁵ formulée en 1953, convoque une Conférence européenne des pouvoirs locaux qui se réunira pour la première fois à Strasbourg le 12 janvier 1957. Cette Conférence permettra l'adoption, le 15 octobre 1985 de la Charte européenne de l'autonomie locale²⁴⁶, aujourd'hui signée et ratifiée²⁴⁷ par les quarante-sept Etats membres du Conseil. Premier texte de droit international public à aborder la question des rapports entre les Etats et les collectivités, le préambule de la Charte définit au profit des citoyens l'existence d'un droit de participation à la gestion des affaires publiques devant être exercé au niveau local. Le préambule énonce également que l'existence de collectivités territoriales disposant d'une large autonomie et de responsabilités effectives est nécessaire à une administration efficace et proche du citoyen. La Charte promeut ainsi un principe de subsidiarité au profit des collectivités, et soutient que la réalisation de l'idéal démocratique européen est conditionnée à une réelle indépendance des collectivités, à travers une effective « autonomie politico-financière »²⁴⁸. Si le texte de 1985 ne promeut pas de niveau territorial particulier, la référence spécifique au « cadre régional » se fera à partir de 1993. A cette date la conférence permanente des pouvoirs locaux et régionaux du Conseil de l'Europe est à l'initiative d'une rencontre sur le thème de « La régionalisation en Europe: bilan et perspectives »²⁴⁹.

94. Ce premier pas fera place en 1997 à un projet de Charte Européenne de l'autonomie régionale porté par le Congrès des pouvoirs locaux et régionaux de l'Europe, structure

²⁴⁴ DEPUSSAY Laurent, « La régionalisation des Etats unitaires », Thèse pour le doctorat en droit, Paris XI, 2005, p. 307.

²⁴⁵ La demande de l'Assemblée semble être inspirée par l'adoption de la Charte européenne des libertés communales par le Conseil des communes de l'Europe, association créé en 1951, devenue en 1984 Conseil des communes et régions d'Europe. Cette structure a notamment été portée à son origine, en France, par « La Fédération ».

²⁴⁶ Charte européenne de l'autonomie locale, adoptée à Strasbourg le 15 octobre 1985, Conseil de l'Europe, Série des Traités Européens, n°122.

²⁴⁷ Ratifiée par la France par la Loi n°2006-823 du 10 juillet 2006 autorisant l'approbation de la Charte européenne de l'autonomie locale, adoptée à Strasbourg le 15 octobre 1985, JORF, 11 juillet 2006, p.10335

²⁴⁸ GUERRARD Stéphane, « L'impact des fonds structurels sur les collectivités territoriales » in ALLEMAND Roselyne (ss. la dir. de), *op.cit.*

²⁴⁹ Elle a lieu à Genève.

remplaçant la Conférence, et soutenue par l'Assemblée Parlementaire du Conseil de l'Europe²⁵⁰. Le texte définit le niveau régional²⁵¹ comme le cadre pertinent dans lequel réaliser l'idéal démocratique promu par la Charte de 1985, et dont le principe de subsidiarité se trouve être confirmé comme pilier essentiel²⁵². Concernant l'Hexagone, l'optimiste Peter Rabe, citant François Mitterrand à l'appui de son rapport sur le projet – « La France a eu besoin d'un pouvoir central fort et centralisé pour se faire. Elle a besoin de pouvoirs décentralisés pour ne pas se défaire » – en concluait que la France avait cerné les faiblesses de l'Etat-Nation et le risque, « à force de se cramponner à l'idée reçue de l'Etat-Nation, que ce dernier se transforme en musée, et que la France se trouve sur un chemin qui mène au découragement et au déclin ».

S'inscrivant dans la philosophie des travaux du Conseil de l'Europe, mais peut-être trop ambitieux pour les Etats membres, prônant, par exemple, une « égale légitimité des différents niveaux de pouvoirs », ce projet a fait ressurgir chez certains commentateurs la crainte régionaliste²⁵³. Légèrement édulcoré, le document a ensuite évolué, vers un projet de Charte sur la démocratie régionale, pour aboutir finalement, en 2008 à un « cadre de référence pour la démocratie régionale »²⁵⁴, rédigé par le Comité européen sur la démocratie locale et régionale, dépendant du Conseil des ministres, et proposant une synthèse de ses travaux ainsi

²⁵⁰ Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe, Avant-projet de charte européenne de l'autonomie régionale du Congrès des pouvoirs locaux et régionaux de l'Europe (CPLRE), résolution 1118 du 19 mars 1993.

²⁵¹ Définies à l'article 3.1 comme « les collectivités territoriales les plus vastes au sein de chaque Etat membre, dotées d'organes élus, situées entre l'Etat et les collectivités locales ».

²⁵² Attendus 2 et 4, 6 et 9 du préambule.

²⁵³ On citera le Professeur Gilles Lebreton, qui considère qu'est ici utilisé le principe de subsidiarité dans le but « de transférer aux Régions la plupart des pouvoirs de l'Etat », à travers la notion « d'intérêt régional » (article 6) qui n'est pourtant pas sans rappeler la clause de compétence générale, bien connue en droit français, et qui n'a jamais eu, à l'échelle nationale, l'effet ici redouté. Le Professeur Lebreton considère également que le projet interdit aux collectivités infra-régionales d'opposer à la Région le principe de subsidiarité alors même que le texte défend, ce qu'il déplore par ailleurs, « l'égale légitimité des différents niveaux de pouvoir : local, régional, national et européen » (paragraphe 4 préambule), et que le texte insiste sur sa complémentarité avec la Charte européenne de l'autonomie locale dans la « mise en œuvre du principe de subsidiarité au profit des collectivités régionales et locales » (par 5 préambule). Au surplus, dans une précédente version (résolution 37 du 2 juillet 1996) du texte, témoignant de sa philosophie originelle, prévoyait que « la régionalisation ne doit pas se réaliser aux dépens de l'autonomie des collectivités locales et doit au contraire être accompagnée de mesures visant à protéger celle-ci dans le plein respect des acquis de la Charte européenne de l'autonomie locale » (10^{ème} considérant du préambule). Il n'en demeure pas moins vrai, comme le soutient Gilles Lebreton, que le modèle de régionalisation prôné par le Conseil de l'Europe demeure très différent de la « la régionalisation à la française », et sous-entend une affirmation plus nette de l'autonomie et de la capacité d'action des Régions. LEBRETON Gilles, « Régionalisme européen et décentralisation à la française », in BOUTIN Christophe, ROUVILLOIS Frédéric (ss. la dir. de), « Décentraliser en France. Idéologies, histoire et prospective », Paris, François-Xavier de Guibert, 2003, p. 275.

²⁵⁴ Conférence du Conseil de l'Europe des Ministres responsables des collectivités locales et régionales, « Cadre de référence du Conseil de l'Europe pour la démocratie régionale. La bonne gouvernance locale et régionale en période difficile: le défi du changement », 16^{ème} session, Utrecht, 16 et 17 novembre 2009.

que de ceux du Congrès²⁵⁵.

95. D'autres outils juridiques, impliquant les collectivités²⁵⁶, et portant sur la protection des identités régionales et locales²⁵⁷, ont également vu le jour et soulignent la « prolixité des débats et travaux menés au sein du CPLRE en matière de démocratie locale »²⁵⁸. Ces outils, n'intervenant pas directement sur le champ institutionnel, témoignent encore du souci continu pour le Conseil de l'Europe de porter la question de la démocratie locale et régionale au cœur du débat.

Il reste toutefois à noter que ces textes demeurent très peu contraignants. Clé de voûte du dispositif, la Charte de l'autonomie locale prévoit elle-même une application « à la carte », qui voit sa portée mécaniquement limitée²⁵⁹. Sa portée contraignante est également conditionnée par le mécanisme des déclarations interprétatives, permettant à tout Etat signataire de clarifier unilatéralement l'interprétation qu'il entend donner à une disposition

²⁵⁵ Le document envisage, en application des principes d'Helsinki (du nom du Conseil de l'Europe en date des 10 et 11 décembre 1999) les Régions comme « des collectivités territoriales situées entre le pouvoir central et les collectivités locales », et l'autonomie régionale comme « la compétence juridique et la capacité effective pour les collectivités régionales, de régler et de gérer, dans le cadre de la constitution et de la loi, sous leur propre responsabilité et au profit de leurs populations, une part des affaires publiques, conformément au principe de subsidiarité ».

²⁵⁶ Convention-cadre européenne sur la coopération transfrontalière des collectivités ou autorités territoriales, adoptée à Madrid le 21 mai 1980, Conseil de l'Europe, STE, n°106, ratifiée le 14 février 1984 par la France.

Ajouté de deux protocoles additionnels :

Protocole additionnel à la convention cadre-européenne sur la coopération transfrontalière des collectivités ou autorités territoriales adopté à Strasbourg le 9 novembre 1995, Conseil de l'Europe, STE n°159, ratifié par la France le 4 octobre 1999 et Protocole n°2 à la convention cadre-européenne sur la coopération transfrontalière des collectivités ou autorités territoriales relatif à la coopération inter-territoriale, adopté à Strasbourg le 5 mai 1998, Conseil de l'Europe, STE n°169, ratifié par la France le 7 mai 2007.

²⁵⁷ Charte européenne des langues régionales ou minoritaires, Conseil de l'Europe, adoptée à Strasbourg le 5 novembre 1992 STE, n°148. Signée par la France le 7 mai 1999 mais non ratifiée, à la suite du contrôle effectué par le Conseil Constitutionnel, 99-412 D.C. du 15 juin 1999. Le juge l'a en effet jugée contraire à l'alinéa 1 de l'article 2 de la Constitution en ce qu'elle contient des dispositions tendant à reconnaître un droit à pratiquer une langue autre que le français non seulement dans la vie privée mais également dans la vie publique, notion à laquelle la Charte rattache la justice, les autorités administratives et services publics (11^{ème} considérant). Le Conseil l'a également jugé contraire aux principes constitutionnels d'indivisibilité de la République, d'égalité devant la loi et d'unicité du peuple français en ce qu'elle confère des droits spécifiques à des groupes de locuteurs de langues régionales ou minoritaires, à l'intérieur de territoires dans lesquels ces langues sont pratiquées (10^{ème} considérant).

Convention-cadre pour la protection des minorités nationales, adoptée à Strasbourg le 1^{er} février 1995, Conseil de l'Europe, STE n°157. Non signée par la France.

²⁵⁸ COLAVITTI Romélien, « La répartition des compétences entre Etat et collectivités à la lumière de la charte européenne de l'autonomie locale », in BRISSON Jean-François (ss.la dir. de) « Les transferts de compétences de l'Etat aux collectivités locales », L'Harmattan, Condé-sur-Noireau, 2009, p. 161.

²⁵⁹ L'article 13 de la Charte permet de plus aux Etats de préciser la liste des collectivités auxquelles la Charte s'appliquera. La France a décidé d'en exclure les EPCI.

spécifique. Au demeurant, à l'exception du rôle actif du Congrès pour veiller à sa mise en œuvre, par l'intermédiaire de la publication de rapport sur son application par les Etats membres, aucun dispositif contraignant ne permet de contrôler son application. Le rôle politique du contrôle assuré par le Congrès n'est tout de même pas à négliger, et ce principalement pour les pays membres du Conseil de l'Europe et désireux d'intégrer l'Union Européenne. En effet, pour ces derniers, principalement issus de l'ex bloc communiste, le Conseil joue, ou a joué, le rôle « d'antichambre de l'Union Européenne »²⁶⁰, et a permis d'encourager la régionalisation ainsi que la promotion de l'autonomie locale, et, ce faisant, « la généralisation du processus de décentralisation en Europe »²⁶¹.

96. Dans le sillage du Conseil de l'Europe, l'Union Européenne engagera le chantier politique de « l'Europe des Régions » à l'occasion du processus d'intégration de l'Espagne et du Portugal. Du 25 au 27 janvier 1984 a lieu, à Strasbourg, la 1^{ère} conférence des régions de la Communauté européenne. L'intitulé de la conférence, « le rôle des Régions dans la construction d'une Europe démocratique », marque clairement, à l'instar du Conseil de l'Europe, le lien que fait la Communauté entre régionalisation et démocratisation. C'est le sens d'une première résolution du Parlement, en date du 13 avril 1984 « sur le rôle des régions dans la construction d'une Europe démocratique et sur les résultats de la conférence des régions »²⁶², plaçant dans une même perspective régionalisation, démocratisation, et atteinte des objectifs de la Communauté²⁶³. Le Parlement, dans une résolution du 18 novembre 1988²⁶⁴, insiste et renouvelle son « appel (...) en faveur de la régionalisation »²⁶⁵.

²⁶⁰ DEPUSSAY Laurent, *op.cit.*, p. 326.

²⁶¹ COLAVITTI Romélien, *op cit*, p. 183.

²⁶² Résolution du Parlement européen, du 13 avril 1984, sur le rôle des régions dans la construction d'une Europe démocratique et sur les résultats de la conférence des régions, JOCE du 14 mai 1984, n° C 127. [s.l.]

²⁶³ Le parlement constate dans le 1) « que le renforcement de l'autonomie des régions de la Communauté européenne et la création d'une Europe politiquement plus unie fondée sur des institutions dotées de pouvoirs réels constituent deux aspects complémentaires et convergents d'une même évolution politique, essentiels pour pouvoir accomplir efficacement les tâches auxquelles la Communauté se trouvera confrontée » et dans le 2) que « les populations concernées doivent jouir, par l'intermédiaire de leurs représentants démocratiquement élus aux niveaux régional et local, d'un droit de participation dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques communautaires, plus particulièrement en ce qui concerne les programmes de développement régional.

²⁶⁴ Résolution du Parlement européen, du 18 novembre 1988, sur la politique régionale communautaire et le rôle des régions, Journal officiel des Communautés européennes (JOCE). 19.12.1988, n° C 326. [s.l.]. Egalement connu sous le nom de « Charte communautaire de la régionalisation ».

²⁶⁵ V. Considérations finales, 23.

Dans Le « IV La régionalisation dans la Communauté: facteur de développement et de cohésion économique, facteur de démocratisation de l'intégration communautaire, facteur de valorisation des spécificités culturelle » Le Parlement explicite son attachement au niveau régional (NUTS II) qui « constitue le niveau géographique et

C'est le Traité de Maastricht ²⁶⁶ qui viendra consacrer la participation institutionnelle des collectivités ²⁶⁷ au projet européen, en créant le Comité des Régions ²⁶⁸, composé de représentants élus des collectivités régionales et locales ²⁶⁹. Organe consultatif, le Comité doit être obligatoirement consulté par le Conseil et la Commission dans un certain nombre de cas ²⁷⁰ ; les deux organisations, ainsi que le Parlement, pouvant le consulter dans tous cas où elles le jugeraient opportun. Il peut également décider d'émettre un avis sur tout sujet mettant en jeu des intérêts régionaux spécifiques. Avec le Traité de Lisbonne, le Comité s'est vu octroyé le droit de former recours devant la Cour de Justice de l'Union Européenne pour violation du principe de subsidiarité ²⁷¹, par un acte législatif pour lequel le traité prévoit sa consultation. Le Traité de Lisbonne enrichit par ailleurs la définition de ce principe, en y ajoutant une référence aux niveaux régionaux et locaux. Clé de répartition des compétences entre l'Europe et ses Etats membres introduite par l'Acte unique, puis définie par le Traité de Maastricht, ce principe est alors défini de la sorte : « dans les domaines qui ne relèvent pas de sa compétence exclusive, l'Union intervient seulement si, et dans la mesure où les objectifs de l'action envisagée ne peuvent pas être atteints de manière suffisante par les Etats membres, tant au niveau central qu'au niveau régional et local, mais peuvent l'être mieux, en raison des dimensions ou des effets de l'action envisagée, au niveau de l'Union » ²⁷².

La montée en puissance de la subsidiarité – dont l'application aux Régions est rendue encore plus prégnante mise en perspective avec les travaux de l'Union Européenne et du Conseil de l'Europe – ainsi que le développement d'organes de discussions et de rencontres réunissant

institutionnel le plus approprié pour élaborer et appliquer la politique régionale, fondée sur la planification et l'aménagement du territoire, étant donné que : la population locale doit être assez importante pour permettre des économies d'échelle suffisantes dans la création et la gestion des infrastructures et des services les plus utiles ; la région constitue l'entité qui correspond le mieux, dans de nombreux Etats membres, aux réalités institutionnelles déjà existantes et aux expériences de planification effectuées par le passé ; les données statistiques nécessaires sont les meilleures et les plus disponibles à ce niveau ».

²⁶⁶ Traité sur l'Union européenne du 7 février 1992, art.198 A : « Il est institué un comité à caractère consultatif composé de représentants des collectivités régionales et locales, ci-après dénommé 'Comité des régions' »

²⁶⁷ L'article 146 modifié par Le Traité ouvre légèrement la porte du Conseil des ministres aux représentants d'autorités subétatiques, à la condition qu'ils soient habilités à engager le gouvernement de leur Etat

²⁶⁸ Art.198 A : « Il est institué un comité à caractère consultatif composé de représentants des collectivités régionales et locales, ci-après dénommé 'Comité des régions' ».

²⁶⁹ Composé de 189 membres à l'origine, il en compte aujourd'hui 353, répartis en fonction du poids démographique de chaque Etat.

²⁷⁰ Le Traité de Maastricht en liste cinq (la cohésion économique et sociale, la santé publique, les réseaux transeuropéens dans les secteurs des transports, de l'énergie et des télécommunications, l'éducation et la jeunesse, la culture.). Le Traité d'Amsterdam viendra en ajouter cinq autres (la politique de l'emploi, la politique sociale, l'environnement, la formation professionnelle, les transports) et le Traité de Lisbonne quatre (protection civile, changement climatique, l'énergie et les services).

²⁷¹ Art 8 du traité.

²⁷² Art 3 ter, 3°.

les collectivités, vont contribuer à accompagner, au profit des Régions, une montée en puissance de la subsidiarité. Ces différents éléments viennent en soutien de l'action des collectivités.

Il est d'ailleurs tout à fait pertinent d'appliquer également au CPRLFP la remarque de Paul Alliès formulée à l'égard du Comité des régions, que l'auteur considère plus comme le « siège d'une dynamique politique plutôt que simple organe technique ». La « déclaration de mission » du Comité des Régions en témoigne. Celui-ci fonde son action sur « la conviction que la coopération entre les niveaux européen, national, régional et local est indispensable pour construire une Union sans cesse plus étroite et solidaire ». Le Comité se considère comme le gardien « des principes de subsidiarité et de proportionnalité », afin de favoriser « une meilleure participation des citoyens » conditionnée « par une implication des autorités régionales et locales dans le processus décisionnel européen.»²⁷³.

Nous sommes donc en présence de deux instances distinctes, visant un objectif politique commun : le développement d'une démocratie participative plus efficace, conditionnée à la montée en puissance du principe de subsidiarité, au profit des collectivités.

97. Parallèlement, ce phénomène a incité les Régions à « tisser des relations les unes avec les autres, favorisant ainsi l'émergence de réseaux inter-régionaux qui constituent « un premier prototype d'Europe des Régions »²⁷⁴, entraînant avec eux « l'éclosion d'une Europe décentralisée complémentaire à l'Europe des Etats »²⁷⁵.

Le développement et le financement par l'UE des projets INTERREG²⁷⁶ a bien évidemment alimenté ces démarches. Après quatre périodes de programmations, et une enveloppe budgétaire en constante augmentation, INTERREG est passé du « statut d'outil innovant à

²⁷³Comité des régions, Déclaration de mission, CdR 56/2009 fin mc. Bruxelles: 21 avril 2009, p. 2.

Source :

www.cor.europa.eu/COR_cms/ui/ViewDocument.aspx?siteid=default&contentID=c9fa7bbf-9274-45ec-8d58-791e36345f94.

Consulté le 13/05/18

²⁷⁴ LEBRETON Gilles, *op.cit.*, p. 287.

²⁷⁵ OBERDOFF Henri, « Au-delà et en deçà de l'Etat-nation », Bruylant, 1996, p. 274.

²⁷⁶ La France est actuellement engagée dans 20 projets.

Source :

<http://www.europe-en-france.gouv.fr/Des-programmes-pour-qui-pour-quoi/Trouver-une-aide/Programmes-de-cooperation>

Consulté le 13/08/2016

celui d'instrument incontournable de l'aménagement du territoire communautaire »²⁷⁷.

Le Comité des Régions référence quatre types de coopérations entre collectivités : les jumelages bilatéraux, les coopérations transfrontalières internes et externes, les coopérations interrégionales internes et externes, et les coopérations transnationales dans le domaine du développement de l'espace européen ou de l'aménagement du territoire²⁷⁸. En 2007, Le Conseil de l'Europe dénombrait plus de 90 « eurorégions », renvoyant à des structurations différentes²⁷⁹, impliquant des niveaux de collectivités et des outils juridiques différents. Cependant, un outil juridique spécifique, institué par l'UE, le groupement européen de coopération territoriale²⁸⁰ existe depuis 2006. Même si les coopérations transfrontalières sont reconnues par l'Europe depuis 1980, ce souci de reconnaissance et d'encadrement de ces coopérations témoigne de son attachement à cet axe politique, et contribue à renforcer l'intégration et la reconnaissance de ces structures transrégionales qui constituent « la route la plus prometteuse »²⁸¹ menant vers une identification accrue des Régions comme interlocutrices des institutions communautaires, et donc à une plus grande autonomisation vis-à-vis des Etats membres. La structuration d'un « lobby régional » européen participe également de cette démarche. De nombreuses Régions ont ouvert des bureaux de représentation²⁸² à Bruxelles et se sont fédérées au sein de réseaux. Constitués respectivement en 1951 et en 1985, le Conseil des Communes et Régions d'Europe – section européenne de l'organisation mondiale *Cités et Gouvernements Locaux Unis* – et l'ARE²⁸³ représentent les plus importants d'entre eux²⁸⁴. Leurs axes de revendications sont peu ou prou les mêmes que

²⁷⁷ PERRIN Thomas, « L'institutionnalisation de la coopération transfrontalière en Europe », CERISCOPE Frontières, 2011.

Source :

<http://ceriscope.sciences-po.fr/content/part2/linstitutionnalisation-de-la-cooperation-transfrontaliere-en-europe>
Consulté le 29/09/2014

²⁷⁸ COMITE DES REGIONS, « La coopération transeuropéenne entre collectivités territoriales » Etudes CdR, 2002, Bruxelles, octobre 2001, p. 27.

²⁷⁹ Le Conseil de l'Europe compte ici les Eurorégions et les Communautés de travail (beaucoup plus vastes et moins structurées).

²⁸⁰ Règlement (CE) N°1082/2006 du Parlement européen et du Conseil du 5 juillet 2006 relatif à un groupement européen de coopération territoriale (GECT), JOUE, L 210/19, 31.7.2006.

La constitution d'un GECT reste toutefois soumise à l'accord préalable des États membres concernés. Il est à noter que le premier constitué fut celui relatif à l'Eurométropole Lille-Kortrijk-Tournai, en date du 28 janvier 2008.

²⁸¹ BOLGHERINI Silvia, ROUX Christophe, « Les régions d'Europe et l'enjeu des coopérations », Pôle Sud, 2008, n° 29, p. 130.

²⁸² En 2007, étaient recensés 165 bureaux de représentations d'autorités régionales décentralisées. L'ensemble des Régions françaises en possède un. In PASQUIER Romain, *op.cit.*, p. 255.

²⁸³ Fondée par Edgard Faure.

²⁸⁴ Mais il est également possible de citer l'Association des régions frontalières européennes, créé en 1971.

ceux développés par le Comité des Régions et le CRPLF²⁸⁵.

98. Le vent de l'Europe aura ainsi entretenu les braises allumées par l'étincelle régionaliste. Ensuite, l'Etat, se rapprochant du poêle tison en main, a entrepris de mieux répartir, de mieux aménager le charbon. Les jeux sont faits. L'heure est à la régionalisation.

Section 2. La régionalisation dans un Etat unitaire centralisé : dynamique française en période de crise

99. A partir des années 1960, la France va donc s'engager dans un processus de régionalisation qu'elle ne cessera de poursuivre. La région deviendra progressivement le cadre territorial de référence de l'action publique.

100. Mais les traditions sont tenaces. Et si la démocratisation du territoire régional, par l'installation d'une collectivité, se réalisera effectivement, cela ne conduira aucunement au désengagement de l'Etat. Dès lors le processus de régionalisation, scindé en deux phénomènes parallèles – la régionalisation et la déconcentration (§1) – continuera de produire ses effets sur l'organisation territoriale française, tandis que celle-ci alimentera sa mue d'un processus général de rationalisation (§2).

²⁸⁵ Ce qui n'étonne pas le Professeur Lebreton, notant que les deux organes européens sont « contrôlés » par les deux « groupes de pression » citées rassemblant « les grands barons locaux » qui s'entendent « à merveille pour faire avancer la cause du régionalisme ».
LEBRETON Gilles, *op.cit.*, p. 290.

§1. Une région, deux facettes

101. En 1982, la Région, collectivité territoriale est créée. Dans le même temps l'Etat français entamera sa « déconcentration ». Décentralisation et déconcentration apparaissent alors comme les deux faces d'une même pièce lancée en l'air ; et il devient totalement « virtuel »²⁸⁶ de vouloir les distinguer, d'appréhender l'une sans envisager l'autre.

102. Le cas de la Région illustre ainsi parfaitement les propos de Bertrand Faure : « c'est à la lumière de la décentralisation que se dessinent les contours du nouveau modèle de déconcentration « à la française » »²⁸⁷. Et les contours de ce nouveau modèle semblent prendre ceux du territoire régional, qu'il s'agisse de décentralisation (A) comme déconcentration (B).

A. La Région, une collectivité égale aux autres

103. Le premier projet de régionalisation politique verra le jour en 1969 à l'initiative du Général de Gaulle. Il s'agit pour le président de la République de promouvoir et d'affirmer le niveau régional comme niveau pertinent de l'action économique, tout en y implantant une assemblée élue. Pour le général de Gaulle, la France peut désormais se passer de l'« effort multiséculaire de centralisation qui fut longtemps nécessaire pour réaliser et maintenir son unité, malgré les divergences de provinces qui lui étaient successivement rattachées [...] au contraire, ce sont les activités régionales qui apparaissent comme les ressorts de la puissance économique de demain ». Le schéma retenu propose de faire de la région une collectivité territoriale dotée d'un conseil régional composé à 40% de socioprofessionnels et à 60% d'élus au suffrage universel indirect, ainsi que d'un exécutif incarné par le Préfet de région²⁸⁸. Mais le projet, accompagné de la suppression du Sénat, sonnera le glas de la vie politique du général de Gaulle. Soumis au référendum, les Français rejeteront le projet, désavouant ainsi

²⁸⁶ FROMENT Jean-Charles, « Une approche « simplexe » de la réforme territoriale de l'Etat », in KADA Nicolas (ss. la dir. de), « De la réforme territoriale à la réforme de l'Etat », Presses Univ. de Grenoble, 2011, p. 19.

²⁸⁷ FAURE Bertrand, « Le Conseil d'Etat et le pouvoir réglementaire des collectivités territoriales : L'heure de vérité ? », AJDA 2013 p. 2240.

²⁸⁸ Qui, pour le général de Gaulle, apporte des garanties contre les positions partisans.

un président²⁸⁹ qui tirera les conséquences de cet échec en se retirant, cette fois définitivement, de la vie politique française. Il mettra fin aussitôt à ses fonctions de président de la République, abandonnant à leur sort des régions alors bien moribondes.

104. Il faudra attendre la loi du 5 juillet 1972²⁹⁰ pour qu'une nouvelle, et timide tentative de régionalisation voie le jour avec la création des établissements publics régionaux (EPR). Institutions régies par le principe de spécialité, elles sont composées d'un conseil régional (assemblée délibérative) élu au suffrage indirect, d'un comité économique et social (assemblée consultative) et du préfet de région (exécutif de la structure). Concrètement, avec les EPR, sont posés les jalons de ce qui deviendront les instances régionales que nous connaissons aujourd'hui ; à ceci près qu'il ne s'agit encore que de « relais administratifs auxquels sont confiés la vague mission de contribuer au développement économique et social de la région »²⁹¹. Ils ont pour mission de financer les équipements collectifs d'intérêt régional, mais cela sans services propres ni véritables sources de financement²⁹². Situation qui fera dire à Bernard Brigouleix que les EPR « ont des pouvoirs mais pas de pouvoir »²⁹³. Néanmoins, l'idée régionale fait son chemin, ralliant une bonne partie de la droite, du centre, et également une part de l'électorat de gauche. En 1981, alors que François Mitterrand entre à l'Élysée et que la vague rose déferle sur la France, « le fruit est mûr »²⁹⁴.

105. C'est finalement Gaston Deferre, alors ministre de l'Intérieur et ancien président du conseil régional des Bouches-du-Rhône, qui portera le projet visant à transformer les Régions en véritables collectivités territoriales. Paradoxalement, il aura donc fallu attendre l'arrivée d'un gouvernement de gauche pour voir le chantier de la décentralisation réengagée. Envisageant traditionnellement le centralisme comme le meilleur vecteur de l'unité

²⁸⁹ Certains avancent, à mots à peine couverts, qu'en s'attaquant au Sénat, Charles de Gaulle, dont la finesse politique n'est pas à démontrer, ne pouvait se servir du référendum que pour « s'offrir enfin une balade irlandaise »... in MARTINAT Patrick, « Les Régions, clefs de la décentralisation ». LGDJ, Lextenso éditions, Paris, 2010, p. 35.

²⁹⁰Loi n° 72-619 du 5 juillet 1972 portant création et organisation des régions, JORF du 9 juillet 1972, p.7176

²⁹¹MARTINAT Patrick, *op.cit.*

²⁹² sur la base de taxes additionnelles plafonnées à 25 francs par an et par habitant, ainsi que des transferts financiers de la part de l'Etat.

²⁹³ Le Monde 6 juillet 1973.

²⁹⁴ MIOSSÉC Jean-Marie, « Géohistoire de la régionalisation en France », Puf, coll. Quadrige, 2009, Paris, p. 428.

républicaine qu'elle appelle généralement de ses vœux, et par conséquent, longtemps hostile à la décentralisation²⁹⁵, la gauche française s'y convertit finalement, voyant à travers elle « un mode d'organisation démocratique de l'administration »²⁹⁶. Un projet de loi de décentralisation, prenant bien soin d'éviter la question du découpage régional en reprenant celui de 1955, est déposé le 22 juillet 1981, discuté à partir du 8 septembre à l'Assemblée Nationale, puis, finalement adoptée, la loi est promulguée le 2 mars 1982. Les Régions que nous connaissons aujourd'hui prennent vie. La nouvelle collectivité territoriale, élue au suffrage universel, pourra désormais gérer son budget sans tutelle de l'Etat. Le pouvoir exécutif est transféré au président du conseil régional et le préfet de région est écarté de la structure. Le découplage entre représentation politique et socioprofessionnelle est confirmé : le comité économique et social²⁹⁷ est maintenu.

106. Le projet de loi précédant la loi de 1982 est adopté par le conseil des ministres du 15 juillet 1981, soit moins de trois semaines après la constitution du Gouvernement Mauroy. Cette précipitation, qui témoigne de l'importance pour la nouvelle équipe d'entamer rapidement le chantier de la décentralisation, la « grande affaire du septennat »²⁹⁸, s'explique également par la maturation du projet, dont les grandes lignes avaient déjà été tracées dans une proposition de loi de 1979²⁹⁹. Celle-ci émanait alors de l'opposition socialiste et était signée, entre autres, par les députés François Mitterrand et Gaston Deferre. Cependant, au regard de la couleur politique de la Haute chambre, toujours contrôlé par la droite, et alors qu'il était initialement envisagé de compléter la réforme d'une révision constitutionnelle, afin de doter les collectivités d'un pouvoir réglementaire propre, et de lois organiques relatives à la représentation des Régions au Sénat, c'est à droit constitutionnel constant que se fera l'Acte I³⁰⁰. En dépit de sa reconnaissance institutionnelle, la Région demeure, *a contrario* du

²⁹⁵ Même si cette vision des choses est à relativiser, de nombreux dirigeants de gauche ayant, depuis la monarchie de Juillet, défendu l'idée décentralisatrice. voir à ce propos BOUGHRAB Jeannette, in PORTELLI Hugues, (de) LARA Philippe (ss. la dir. de), *op.cit.*, p. 249.

²⁹⁶ *ibid.*

²⁹⁷ Assemblée consultative non délibérante, devenu Cese par la loi n° 92-125 du 6 février 1992 relative à l'administration territoriale de la République, JORF n°33 du 8 février 1992, p.2064

²⁹⁸ Discours de M. Pierre Mauroy, Premier ministre, à la mairie de Nantes, le 6 juin 1981, sur la décentralisation et l'enseignement privé.

²⁹⁹ Proposition de loi n° 1557 du 10 décembre 1979, portant décentralisation de l'Etat, déposée par le Parti socialiste à l'Assemblée nationale par MM. MITTERRAND, DEFERRE et JOXE.

³⁰⁰ A ce propos voir AUBY Jean-Bernard, « La loi constitutionnelle relative à la décentralisation, éd. du juris. classeur, 42^{ème} année, avril 2003, p. 6.

Département et de la Commune, une collectivité à fondement légal. La Région sera finalement gravée dans le marbre de la Constitution de la Vème République³⁰¹, lors de la révision constitutionnelle de 2003, communément appelée Acte II de la décentralisation, qui consacrera dans le même temps l'organisation décentralisée de la République française³⁰².

107. Le geste de l'Acte I, promu dans une perspective démocratique, mais aussi pour répondre aux « nécessités du développement économique et social », est finalement assez bien résumé par l'article 1 de la loi de 1983 fixant les compétences des collectivités, et donc de la Région : «les communes, les départements et les régions règlent par leurs délibérations les affaires de leur compétence. Ils concourent avec l'Etat à l'administration et à l'aménagement du territoire, au développement économique, social, sanitaire, culturel et scientifique, ainsi qu'à la protection de l'environnement et à l'amélioration du cadre de vie. Les communes, les départements et les régions constituent le cadre institutionnel de la participation des citoyens à la vie locale et garantissent l'expression de sa diversité ».

L'article 59 de la loi de mars 1982³⁰³ précise que « le conseil régional règle par ses délibérations les affaires de la région » et qu'il a « compétence pour promouvoir le développement économique, social, sanitaire, culturel et scientifique de la région et l'aménagement de son territoire et pour assurer la préservation de son identité, dans le respect de l'intégrité, de l'autonomie et des attributions des départements et des communes. ». En application de l'article 1, la répartition des compétences, se fera par la loi, mais la Région demeure autorisée à « engager des actions complémentaires »³⁰⁴ à celles menées par l'Etat ou les autres collectivités et établissements publics. Dans tous les cas, l'octroi d'une compétence à une collectivité ne peut conduire à ce que celle-ci exerce une quelconque tutelle sur les autres collectivités. On le voit, le dispositif de répartition des compétences entre l'Etat et les collectivités demeure relativement souple, flou, et mité par les principes de répartition.

³⁰¹ Art. 72 de la Constitution.

³⁰² Art. 1 de la Constitution.

³⁰³ Loi n° 82-213 du 2 mars 1982 relative aux droits et libertés des communes, des départements et des régions, JORF du 3 mars 1982, p. 730.

³⁰⁴ Art. L4221-1 al 3 et 4 du CGCT.

108. Si les textes du début des années 1980 maintiennent un certain « flou artistique » sur la répartition des compétences entre les collectivités, la Région se voit confier, dès son origine, l'aménagement du territoire et le développement économique. Dans la perspective de la définition du plan, la loi du 29 juillet 1982 portant réforme de la planification qui prévoit la définition de plans régionaux, dispose que ces derniers doivent être élaborés et approuvés « selon la procédure déterminée par chaque conseil régional qui doit prévoir la consultation des départements, des communes chefs-lieux de département, des communes de plus de 100.000 habitants ou des communes associées dans le cadre de charte intercommunale de développement et d'aménagement, du comité économique et social régional et des partenaires économiques et sociaux de la région ». Depuis 1995, la Région doit produire un Schéma Régional de Développement du Territoire³⁰⁵, et co-préside, avec le préfet une conférence régionale de l'aménagement et du développement du territoire, composée des exécutifs régionaux et du président du CESER. D'ailleurs, depuis la dernière génération de plan de la Nation de la période 1993-1997, la planification française est entièrement articulée autour des SRADDT définis par les Régions, dont les Contrats de Plan Etat Région – CPER – sont les instruments opérationnels.

109. Sur le plan économique, le rôle de la Région a été conforté par la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales³⁰⁶. La Région « coordonne sur son territoire les actions de développement économique des collectivités territoriales et de leur groupements, sous réserve des missions incombant à l'Etat ». Cette même loi a également introduit le principe de la mise en place par la région d'un Schéma régional de Développement économique, chargé de fixer et coordonner les grandes orientations stratégiques du territoire.

110. Les autres compétences du conseil régional restent pour l'essentiel directement liées aux thématiques de l'aménagement et du développement économique. Depuis le 1^{er} janvier

³⁰⁵ Art.6 de la loi n° 95-115 du 4 février 1995 d'orientation pour l'aménagement et le développement du territoire, JORF n°31 du 5 février 1995, p. 1973.

Aujourd'hui appelé SRADDT il est élaboré dans le cadre d'une procédure associant les Départements et les Communes de plus de 20 000 habitants, les groupements de communes compétents et soumis à enquête publique.

³⁰⁶ Loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales, JORF n°190 du 17 août 2004, p. 14545.

2002, les lignes régionales de la SNCF sont sous leurs responsabilités. Les Régions sont par ailleurs chargées d'établir un schéma régional des transports intégré au SRADDT. La région a également la compétence de principe de gestion et de création des ports de commerce, ainsi que celle des aéroports civils. Depuis 1983, le tourisme est également compétence régionale et le conseil régional a en charge, depuis 2004, l'organisation et la composition des comités régionaux du tourisme, chargés d'élaborer le schéma régional de développement du tourisme et des loisirs.

111. En matière de formation, la collectivité dispose de la compétence générale en matière de politique de formation professionnelle et d'apprentissage. Elle définit le plan régional de développement des formations professionnelles³⁰⁷, qui arrête les orientations en matière d'apprentissage et de formation professionnelle continue. La Région assure également la gestion des lycées.

112. Alors qu'une période transitoire de dix-huit mois était prévue à l'origine, les premières élections régionales n'interviendront que le 16 mars 1986. Elles se dérouleront en un seul tour au scrutin proportionnel³⁰⁸ plurinominal, au suffrage universel direct, pour un mandat de six ans³⁰⁹, et sur la base de listes départementales. Seules deux régions seront remportées par les socialistes : le Nord-Pas de Calais et le Limousin.

Devant les difficultés à dégager des majorités politiques stables, le mode de scrutin a été transformé par la loi du 11 avril 2003 en un scrutin proportionnel à deux tours avec prime majoritaire de 25% des sièges à la liste arrivée en tête. Par ailleurs, le seuil de maintien des listes au second tour est fixé à 10%³¹⁰ des suffrages exprimés, et à 5% pour pouvoir fusionner avec une liste maintenue.

³⁰⁷ Qui comprend un schéma régional des formations sanitaires et sociales. Art 13 de la loi di 13 août 2004, *op.cit.*

³⁰⁸ Avec deux aménagements : un seuil de 5% des suffrages exprimés pour se voir attribuer des sièges, et la répartition des sièges restants à la plus forte moyenne.

³⁰⁹ Porté à 4 ans pour les élections de 2010, afin de faire coïncider les élections régionales avec les cantonales. En 2014, un nouveau type d'élu, mort-né, devait voir je jour : le conseiller territorial.

³¹⁰ L'article L 346 du code électoral précise que « dans le cas où une seule liste remplit cette condition, la liste ayant obtenu après celle-ci le plus grand nombre de suffrages au premier tour peut se maintenir au second. Dans le cas où aucune liste ne remplit cette condition, les deux listes ayant obtenu le plus grand nombre de suffrages au premier tour peuvent se maintenir au second ».

113. La base départementale initialement retenue pour la constitution des listes, critiquable, et tendant à limiter la Région à une « excroissance départementale »³¹¹, perdurera jusqu'aux élections de mars 1998, puis sera modifiée par la loi du 19 janvier 1999. Désormais, et ce depuis les élections de 2004, les conseillers régionaux sont élus sur une liste régionale, qui permet ainsi de sortir « de l'illogisme politique consistant à assurer la représentation de la région sur une base démographique non régionale »³¹². Toutefois, afin de parer au risque d'éloignement avec les électeurs, de maintenir l'identification des élus régionaux à un territoire infra-régional, ainsi que de garantir une représentation départementale satisfaisante, la loi du 11 avril 2003 est venue introduire un principe de sectionnement départemental des listes régionales. En pratique un nombre de sièges est alloué à chaque département proportionnellement à sa population, puis additionnés pour obtenir le nombre de sièges que comptera le conseil régional. Ces sièges sont ensuite attribués à chaque liste régionale en fonction de ses résultats au niveau régional, puis les sièges sont distribués aux candidats inscrits au sein des sections départementales des listes régionales, au prorata des résultats électoraux obtenus dans chacun des départements³¹³. Il s'agit donc d'un mode hybride, relativement complexe³¹⁴, alliant à la régionalisation de l'électorat et du rapport de force politique, le maintien de la départementalisation pour la répartition des sièges.

114. Finalement, la seule avancée significative, dans une perspective de valorisation du niveau régional, réside en la mise en avant d'une tête de liste régionale unique. Car afin d'assurer une meilleure visibilité de la présidence de région et de l'exécutif, le nom du responsable de liste doit figurer, depuis la loi de 2003, en tête du bulletin de vote. Pour le

³¹¹ DEPUSSAY Laurent, *op.cit.*, p. 411.

³¹² GOHIN Olivier, *op.cit.*, p. 329.

³¹³ Par exemple, considérons, la Région X disposant de 100 sièges de conseillers régionaux et composée des départements A et B, la liste X ayant obtenu au second tour 60% des voix au niveau régional. Arrivée en tête, elle reçoit la prime majoritaire de 25% des sièges, donc 25, auxquels viennent s'ajouter 60 % du restant, c'est-à-dire 45 sièges (60% de 75 sièges), pour un total de 70 sièges (45+25).

Considérant que dans le département A, la liste a obtenu 200 000 voix, et 400 000 dans le département B, la répartition des voix sera la suivante : 23 élus provenant du département A (1/3 des voix), 47 provenant du département B (2/3 des voix).

³¹⁴ Le Conseil constitutionnel considère que cette « complexité répond à des objectifs que le législateur a pu regarder comme d'intérêt général », mais qu'il est de la responsabilité des autorités « de prévoir toutes dispositions utiles pour informer les électeurs et les candidats sur les modalités du scrutin ».

Décision n° 2003-468, DC du 3 avril 2003, JORF du 12 avril 2003, p. 6493, Recueil, p. 325.

professeur Gohin il s'agit de contribuer « à l'identification régionale à travers la mise en jeu de la responsabilité de l'exécutif sortant devant l'électeur et la personnalisation de la gestion de la collectivité pour l'administré au cours de la mandature suivante »³¹⁵. Malgré tout, un sondage BVA de 2009 témoignait du fait que, à part quelques cas exceptionnels³¹⁶, moins de 30% des personnes interrogées étaient en capacité de citer le nom de leur président de Région, et un quart seulement d'entre eux prendraient principalement en compte le bilan du sortant pour décider de leur vote³¹⁷.

115. L'Acte II de 2003, confère également « un pouvoir réglementaire pour l'exercice de leurs compétences »³¹⁸ aux collectivités, et donc, aux Régions. Il s'agit cependant là uniquement de la reconnaissance d'un pouvoir réglementaire dérivé, subordonné à celui exercé par le Premier ministre et limité aux dispositions prises dans le cadre de leurs compétences. Cela n'autorise pas les Régions à adapter localement, par règlements, la loi nationale. En tout état de cause, ce pouvoir conféré aux Régions n'a pas bouleversé outre mesure l'activité normative des collectivités et ne permet pas d'envisager réellement « une nouvelle définition des relations entre la loi, le règlement national et le règlement local »³¹⁹

116. Potentiellement porteur de plus d'espoir dans une perspective d'accroissement de leur autonomie, un droit d'expérimentation, au bénéfice des collectivités et de leurs groupements, est consacré. Il permet, dans certaines conditions, sauf lorsque sont en cause les conditions essentielles d'exercice d'une liberté publique ou d'un droit constitutionnellement garanti, et lorsque, selon le cas, la loi ou le règlement en a prévu la possibilité, « de déroger, à titre expérimental, pour un objet et une durée limités, aux dispositions législatives ou réglementaires » régissant l'exercice des compétences de ces collectivités. La nouvelle

³¹⁵ GOHIN Olivier, *op.cit.*

³¹⁶ A l'exception de Ségolène Royal et Georges Frêche, responsables politiques d'envergures nationales, ou très médiatiques.

³¹⁷ François Bonneau (7%), président de la Région Centre, et Daniel Percheron (8%), Président de la Région Nord-Pas de Calais ferment la marche.

Source :

http://archive.wikiwix.com/cache/?url=http://www.lh2.fr/_upload/ressources/sondages/politique_nationale/lh2francebleuresultatsregionaux071209.pdf&title=Sondage%20LH2http://www.europe1.fr/politique/les-presidents-de-region-restent-des-inconnus-90341

Consulté le 13/05/2018

³¹⁸ Art. 722 al.2 du CGCT.

³¹⁹ FAURE Bernard, *op.cit.*

mouture de l'article 37-1, issue de la révision, vient quant à elle poser un principe général d'expérimentation législative et réglementaire à valeur constitutionnelle³²⁰.

Le principe de l'expérimentation apparaît cependant bien avant 2003. Dès 1968, le Conseil d'Etat³²¹ avait autorisé l'application progressive, dans le temps et l'espace, d'une disposition légale. Le Conseil constitutionnel était par la suite venu exclure les dispositions intervenant dans le domaine des libertés publiques³²².

Dans une décision de 1993³²³ les Sages étaient venus eux aussi ouvrir la porte aux expérimentations en ouvrant au législateur « la possibilité d'expériences comportant des dérogations aux règles [...] définies de nature à lui permettre d'adopter par la suite, au vu des résultats de celles-ci³²⁴, des règles nouvelles appropriées à l'évolution des missions de la catégorie d'établissements en cause ». En 1986, le conseil général d'Ille-et-Vilaine est le premier à s'engager, de sa propre initiative, dans une expérimentation³²⁵ avec la mise en place

³²⁰ Comme le souligne Jacques-Henri Stahl, le critère de distinction entre les deux types d'expérimentation est à « rechercher dans la dévolution d'une partie du pouvoir normatif d'État à des collectivités territoriales. Les dispositions de l'article 72 ne trouvent juridiquement à s'appliquer que dans l'hypothèse où le pouvoir normatif étatique entend habiliter des collectivités territoriales à édicter elles-mêmes des règles dérogeant aux dispositions législatives ou réglementaires applicables. En revanche, les autres formes d'expérimentation qui ne comportent pas d'habilitation donnée aux collectivités territoriales pour prendre des actes relevant normalement du champ de la loi ou du décret peuvent être décidées par le législateur sur le fondement de l'article 37-1 de la Constitution, quel que soit leur objet, et même si ces expérimentations intéressent les collectivités territoriales. *in* STAHL Jacques-Henri, « L'expérimentation en droit français : une curiosité en mal d'acclimatation », RJEP n° 681, 2010, étude n° 11.

³²¹ CE, 21 février 1968, Ordre des avocats à Cour d'appel de Paris et autres, n° 68615 ; 26 octobre 1988, Gaudet, n° 59096 ; Sect., 13 octobre 1967, Peny, n° 64778.

³²² CC, Décision n° 93-329 DC du 13 janvier 1994, JORF du 15 janvier 1994, p. 829, Rec., p. 9.

³²³ CC, Décision n° 93-322 DC du 28 juillet 1993, loi relative aux établissements publics à caractère scientifique, culturel et professionnel, JORF du 30 juillet 1993, p.10750, Rec., p. 204.

³²⁴ Cette obligation d'évaluation sera reprise en 2003.

³²⁵ D'autres exemples d'expérimentations, toutes d'initiative étatique, verront le jour. Ainsi, la loi du 27 février 2002 relative à la démocratie de proximité utilise ce biais pour confier aux Régions de nouvelles compétences en matière de développement des ports maritimes, des aéroports et de patrimoine culturel, *via* un conventionnement entre les Régions candidates et l'Etat. La loi du 13 août 2004 avait autorisé les Régions, à titre expérimental, à assurer la gestion des fonds structurels européens; et là encore, le dispositif sera par la suite étendu à l'ensemble des Régions par la loi du 27 janvier 2014 de modernisation de l'action publique territoriale et d'affirmation des métropoles – dite loi MAPAM . Plus récemment, en 2016, la loi relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels prévoyait d'autoriser, pour certaines Régions volontaires, la possibilité de déroger aux modalités d'affectation des fonds de la taxe d'apprentissage et de la contribution supplémentaire à l'apprentissage, ainsi que d'augmenter à trente ans le plafond d'âge pour entrer en apprentissage.

Source :

Loi n° 2002-276 du 27 février 2002 relative à la démocratie de proximité, JORF du 28 février 2002, p. 3808.

Loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales, JORF du 17 août 2004, p. 14545.

Loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales, JORF n°190 du 17 août 2004, p. 14545.

d'un complément local de ressources qui préfigurerait la loi instaurant le revenu minimum d'insertion³²⁶.

117. Au sujet de l'expérimentation, la position du Conseil constitutionnel de 1993 va par la suite légèrement s'infléchir, resserrant les possibilités d'y recourir, et rendant nécessaire la réforme de 2003.

Dans une décision de 2001³²⁷ relative au statut de la collectivité territoriale de Corse, le Conseil avait considéré qu'en « ouvrant au législateur, fût-ce à titre expérimental, dérogatoire et limité dans le temps, la possibilité d'autoriser la collectivité territoriale de Corse à prendre des mesures relevant du domaine de la loi, la loi est intervenue dans un domaine qui ne relève que de la Constitution ». Le message du juge constitutionnel est clair : sans révision de la Constitution, les expérimentations doivent rester cantonnées aux dispositions à caractère réglementaire ; ce sera chose faite en 2003.

118. Strictement encadrée dans le temps, limitée à un objet clairement défini, et donc conditionnée à ce qu'un texte spécifique la prévoit, la possibilité de l'expérimentation³²⁸ est portée au rang de principe à valeur constitutionnelle. La loi organique du 1^{er} août 2003³²⁹ viendra préciser les conditions, assez strictes, dans lesquelles ces expérimentations sont possibles. Tout d'abord, si les collectivités ont la possibilité de formuler des suggestions, référencées dans un rapport annuel au Parlement, l'initiative en matière législative reste la

Loi n° 2014-58 du 27 janvier 2014 de modernisation de l'action publique territoriale et d'affirmation des métropoles, JORF n°0023 du 28 janvier 2014, p. 1562.

Loi n° 2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels, JORF n°0184 du 9 août 2016. Elle sera complétée par un Décret n° 2016-1998 du 30 décembre 2016 fixant la liste des collectivités territoriales autorisées à participer aux expérimentations prévues aux articles 76 et 77 de la loi n° 2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels, JORF n°0304 du 31 décembre 2016.

³²⁶ Loi n°88-1088 du 1 décembre 1988 relative au revenu minimum d'insertion, JORF du 3 décembre 1988, p.15119.

Loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales, JORF n°190 du 17 août 2004, p. 14545.

³²⁷ CC, Décision n° 2001-454 DC du 17 janvier 2002, loi relative à la Corse, JORF du 23 janvier 2002, p. 1526, Rec., p. 70.

³²⁸ Aux termes de l'article 37-1 de la Constitution « la loi et le règlement peuvent comporter, pour un objet et une durée limités, des dispositions à caractère expérimental ».

³²⁹ Loi organique n° 2003-704 du 1^{er} août 2003 relative à l'expérimentation par les collectivités locales, JORF du 2 août 2003, JORF n°177 du 2 août 2003, p. 13217.

prérogative du législateur. Il fixe l'objet de la dérogation, les cas possibles, et les caractéristiques des catégories de collectivités pouvant se porter candidates. Egalement fixée par la loi, la durée de l'expérimentation ne peut pas être supérieure à cinq ans, renouvelable, une fois, pour trois ans, à l'initiative du Gouvernement,. Néanmoins, le Gouvernement est tenu d'accepter l'ensemble des collectivités candidates³³⁰ répondant aux critères fixés par la loi. Chaque expérimentation doit faire l'objet d'une évaluation, menée par le Gouvernement, et analysant les conséquences en termes de coûts et de qualités des services rendus. Au terme de l'expérimentation, il incombe au Gouvernement de la généraliser ou de l'abandonner.

Le législateur a le dernier mot, en ce qu'il peut ou non décider de prolonger, modifier, abandonner ou généraliser l'expérimentation.

Ce pouvoir reste donc étroitement contrôlé par les autorités centrales, et le préfet conserve la faculté de suspendre un acte qu'il jugerait illégal, pris en application d'une mesure expérimentale, dans le cas où il formerait un recours en contrôle de légalité devant le tribunal administratif³³¹. Depuis sa mise en place, il a été très peu utilisé ; le Professeur Faure dénombre deux cas concrets d'utilisation³³², et déplore que, dans l'un des cas³³³, le législateur a préféré interrompre l'expérimentation pour généraliser son dispositif sans attendre qu'un bilan ne soit réalisé³³⁴. Il conviendrait d'ajouter aux deux cas listés, l'exemple de la gestion des crédits des fonds structurels européens, finalement confiée aux Régions par la loi MAPAM.

119. En matière réglementaire, les expérimentations doivent être autorisées par un décret pris en Conseil d'Etat³³⁵. A l'exception des modalités d'évaluation, qui sont définies par le décret, l'expérimentation en matière réglementaire est soumise au même régime qu'en matière législative.

³³⁰ Art. LO1113-2 du CGCT.

³³¹ Art. LO1113-4 du CGCT.

³³² Ces deux cas, qui ne concernent pas les Régions, sont relatifs à la mise en œuvre du revenu de solidarité active, (L. n° 2006-1666 du 21 déc. 2006, art. 142) et à la pratique de tarifications différenciées de l'eau selon les revenus, (L. n° 2013-312 du 18 avr. 2013, art. 28).

³³³ Celui de la mise en œuvre par les Départements du revenu de solidarité active, (L. n° 2006-1666 du 21 déc. 2006, art. 142).

³³⁴ Un rapport d'étape (septembre 2008) et un rapport final (mai 2009) ont tout de même été produits par le Comité d'évaluation des expérimentations.

³³⁵ Article LO1113-7 du CGCT.

120. Très encadrée, peu usitée³³⁶, et exclusivement d'initiative « centralisée » (gouvernementale ou législative), la reconnaissance de l'expérimentation représente tout de même un coup de canif au principe d'égalité³³⁷, et marque, au sein du texte matriciel du droit français, un premier pas vers une possible différenciation territoriale. Cette perspective est d'ailleurs confortée par l'introduction, dans le même temps, d'un principe de subsidiarité, d'inspiration européenne, à l'article 72 alinéa 2 : « Les collectivités territoriales ont vocation à prendre les décisions pour l'ensemble des compétences qui peuvent le mieux être mises en œuvre à leur échelon ».

121. Fossoyeuse de la vie politique du Général de Gaulle, la Région collectivité territoriale se trouve désormais solidement installée. Axée sur le développement économique et l'aménagement du territoire, désormais constitutionnalisée, celle-ci n'a cependant, d'un point de vue normatif, que peu de marge de manœuvre pour s'adapter au contexte local.

122. En parallèle de cette régionalisation politique, l'Etat français entamera sa refonte, à partir des années 1960, sur une base déconcentrée.

Engagés dans un mouvement itératif, les deux modes de territorialisation de l'action publique, décentralisation et déconcentration, vont contribuer à s'alimenter l'un l'autre. C'est ainsi l'Acte I de la décentralisation qui, à partir des années quatre-vingt, fera passer véritablement un cap à la déconcentration en la faisant évoluer d'un « simple aménagement de l'exercice du

³³⁶ En tout cas, dans le cadre de l'article 72 de la Constitution.

³³⁷ Le conseil constitutionnel a pu juger que « rien ne s'oppose, sous réserve des prescriptions des articles 7, 16 et 89 de la Constitution, à ce que le pouvoir constituant introduise dans le texte de la Constitution des dispositions nouvelles qui, dans les cas qu'elles visent, dérogent à des règles ou principes de valeur constitutionnelle,; que tel est le cas de l'article 37-1 de la Constitution issu de la loi constitutionnelle du 28 mars 2003 qui permet au Parlement d'autoriser, dans la perspective d'une éventuelle généralisation, des expérimentations dérogeant, pour un objet et une durée limités, au principe d'égalité devant la loi ».
Décision n° 2004-503 DC du 12 août 2004, loi relative aux libertés et responsabilités locales, JORF du 17 août 2004, p. 14648, texte n° 4, Rec., p. 144.

pouvoir centralisé » à « l'une des composantes prioritaires d'une nouvelle façon de concevoir l'administration »³³⁸.

123. Envisager la déconcentration opérée à partir de 1982 au prisme de la décentralisation, permet (comme dans le cas de la décentralisation) d'entrevoir une « *dépolitisation* » de ce chantier, dont les grandes orientations ne seront plus véritablement questionnées par les alternances postérieures. En effet, c'est un gouvernement « de gauche » qui la mettra en œuvre, et dès lors, cette question cesse de s'inscrire dans un débat teinté de jacobinisme, et ne sera plus remise en cause par les alternances futures³³⁹.

124. Si « l'ancienneté de la circonscription départementale en a longtemps fait l'échelon privilégié de la déconcentration »³⁴⁰, une fois la crainte « des spectres des provinces de l'Ancien régime »³⁴¹ dépassée, c'est finalement dans le sein de la circonscription régionale que viendra s'abriter l'Etat français déconcentré.

B. La région : circonscription administrative de référence

125. Malgré les quelques avancées enregistrées sous la IV^{ème} République, il faudra attendre la V^{ème} République pour voir s'engager un chantier qui, après avoir arrêté les grandes lignes directrices de la déconcentration, consacrée comme pivot de la réforme de l'Etat (1), l'affinera, faisant de la région son cadre naturel de mise en œuvre, et du préfet la clé de voûte de l'Etat local (2).

³³⁸ VERCLYTTE Stéphane, « La déconcentration en France : histoire et actualité », La Doc. française, Paris, 1997, p. 24.

³³⁹ Voir à ce titre la circulaire du premier ministre du 5 décembre 1986, signé, cohabitation oblige, par Jacques Chirac, et réaffirmant les principes posés en 1964 et 1982.

Circ. du 5 décembre 1986 relative au code de conduite des administrations centrales en matière de déconcentration, JORF du 24 décembre 1986, p. 15547.

³⁴⁰ VERCLYTTE Stéphane, « La déconcentration en France : histoire et actualité », *op.cit.*, p. 24.

³⁴¹ *ibid.*

1. La déconcentration, « élément majeur de la réforme de l'Etat »³⁴²

126. Le titre X de la Constitution de 1946 inscrit *noir sur blanc* le principe d'une organisation déconcentrée de l'Etat. Il précise : « la coordination de l'activité des fonctionnaires de l'Etat, la représentation des intérêts nationaux et le contrôle administratif des collectivités territoriales sont assurés, dans le cadre départemental, par des délégués du Gouvernement désignés en conseil des ministres ». Ce texte fondateur, qui présente l'intérêt de donner pour la première fois une « *légitimité constitutionnelle* » à la déconcentration, ne laisse cependant pas présager d'une grande marge de manoeuvre pour les « *délégués* » du gouvernement.

127. Il faudra d'ailleurs attendre le décret du 26 septembre 1953³⁴³ relatif à la déconcentration administrative et aux pouvoirs des préfets pour constater un véritable changement. Ce texte permet en effet, par dérogation, de déléguer les pouvoirs des ministres aux chefs des services de l'Etat dans le département. Ainsi, et ceux mêmes dans les domaines faisant l'objet d'une délégation au préfet, les décisions préfectorales ne peuvent se faire que sur propositions du ou des chefs de service concernés.

Hormis cela, la IVème République ne connaîtra pas d'évolutions notables en ce qui concerne l'articulation des pouvoirs entre le central et le local.

128. C'est rapidement après la promulgation de la constitution de la Vème République, qui, dans son texte, ne laisse pourtant pas présager d'un changement de donne décisif en matière de déconcentration³⁴⁴, que celle-ci s'impose comme « *outil de bonne administration* »³⁴⁵.

³⁴² VERCLYTTTE Stéphane, « La déconcentration en France : histoire et actualité », *op.cit.*, p. 27.

³⁴³ Décret n°53-896 du 26 septembre 1953, déconcentration administrative et pouvoir des préfets, JORF du 27 septembre 1953, p. 8495.

³⁴⁴ L'alinéa 2 de l'article 72 du « Titre XI : des collectivités territoriales » de la constitution prévoit en effet que « Dans les départements et les territoires, le délégué du Gouvernement a la charge des intérêts nationaux du contrôle administratif et du respect des lois. ». Ce texte reprend, en modifiant quelque peu la syntaxe, l'essentiel de celui de la constitution de la IVème République. La seule différence notable est l'intégration de cette disposition à l'article érigeant le principe de la libre administration des collectivités territoriales, et listant ces dernières.

Deux décrets en date du 14 mars 1964³⁴⁶ vont en effet venir poser un certain nombre de principes déterminants pour le fonctionnement de l'appareil étatique.

129. Cette évolution, fruit d'une expérimentation menée dans quatre départements et rendue possible par un décret du 10 avril 1962, poursuit l'objectif de « valoriser une plus grande unité d'action de ces services sous l'autorité du préfet », tout en cherchant à « simplifier et coordonner l'action administrative » et translater « de Paris vers la province l'autorité et la responsabilité »³⁴⁷. Et, précisément, l'objectif est d'appliquer au local ce qui a été mis en place au niveau national : un homme fort, concentrant en ses mains « l'ensemble des pouvoirs de l'Etat dans le département »³⁴⁸, et s'appuyant sur une équipe de chefs de services animée par un esprit de collaboration et une confiance dont dépendra le « succès de la réforme »³⁴⁹.

De fait, quelques exceptions mises à part³⁵⁰, le préfet devient le seul dépositaire de l'autorité de l'Etat, et le seul à même de recevoir délégation du pouvoir ministériel. Il préside également de droit toutes les commissions administratives intéressant, dans le département, les services de l'Etat³⁵¹. De plus, la nouvelle organisation préfectorale, et la création d'un service de la coordination de l'action économique, chargé, comme son nom l'indique, de la coordination de l'action des services mais aussi de la programmation des crédits d'investissement de l'Etat dans le département, témoigne un peu plus du rôle de pivot, de coordinateur, et d'animateur du Préfet de département, à défaut d'un réel pouvoir de direction.

³⁴⁵ VERCLYTTE Stéphane, « La déconcentration en France : histoire et actualité », *op.cit.*, p. 21.

³⁴⁶ Décret n°64-250 du 14 mars 1964 relatif aux pouvoirs des préfets, à l'organisation des services de l'Etat dans les départements et à la déconcentration administrative, JORF du 20 mars 1964, p. 2588 ; Décret n°64-251 du 14 mars 1964 relatif à l'organisation des services de l'Etat dans les circonscriptions d'action régionale, JORF du 20 mars 1964, p. 2589.

³⁴⁷ Rapport de présentation des décrets du 14 mars 1964, cité par LARANGE Alain, « La déconcentration », LGDJ, Paris, 2000.

³⁴⁸ Instruction générale du PM du 26 mars 1964, Chapitre I, l'objet de la réforme.

³⁴⁹ Instruction générale du PM du 26 mars 1964, Chapitre II, l'esprit de la réforme.

³⁵⁰ En matière de Justice, et pour certaines attributions relevant de l'Education nationale, des Finances, et du ministère du Travail.

³⁵¹ Réduite, déjà, dans un souci d'efficacité, de 45 à 13 par le décret du 2 décembre 1965.

130. La réforme avait également pour but d'assurer un « règlement plus rapide et plus proche des réalités locales » permettant « enfin d'associer plus largement les intéressés au fonctionnement de l'administration »³⁵². Cependant, le vœux pieux d'associer plus avant les administrés et les responsables locaux au processus de décision ne se concrétisera pas véritablement. Le Département a ses ressources propres, mais le préfet conserve son rôle d'exécutif départemental, et si le préfet consulte la conférence régionale administrative, il reste libre de choisir les projets et programmes soutenus. Néanmoins, s'il semble possible de contester que « les élus du suffrage universel, les élus des professions et des syndicats seront étroitement associés aux travaux des administrations locales, régionales et centrales, et l'équilibre entre les différentes forces vives de la nation sera observé »³⁵³, la revitalisation des commissions consultatives locales permet, à tout le moins, d'amorcer avec les collectivités territoriales une meilleure coordination des dépenses publiques, notamment en ce qui concerne les investissements. C'est donc d'une mission de « triple coordination » (de l'activité des services extérieurs dans le département, services de l'Etat et des collectivités territoriales, des services extérieurs et des directions des administrations centrales), dont se verront chargés les préfets, personnel administratif alors peu familiarisé aux mécanismes et aux subtilités de la décision collective, ainsi qu'à la pédagogie qu'elle suppose. C'est là sans doute une des raisons pouvant expliquer le relatif succès de la réforme à remplir les objectifs qu'elle poursuivait.

131. Une fonction de préfet de Région, confiée au préfet du département dont le chef-lieu est le chef-lieu de région, est également créée. La loi du 5 juillet 1972 vient préciser son rôle : il « anime et coordonne l'action des préfets de département de la région »³⁵⁴.

132. La circulaire du premier ministre du 12 juillet 1982, si elle tire un constat globalement positif des évolutions nées des décrets de 1964, note tout de même que l'application concrète des textes a témoigné d'un certain différentiel avec la lettre de la loi. Maintien de liaisons

³⁵² Instruction générale du PM du 26 mars 1964, Chapitre II, l'esprit de la réforme.

³⁵³ PHILIP Olivier, « Les conséquences humaines et pratiques d'une politique de déconcentration administrative », *Administration*, n°54, 1980, p. 106.

³⁵⁴ Art. 21-1-I alinéa 3, loi n° 72-619 du 5 juillet 1972 portant création et organisation des régions, JORF du 9 juillet 1972, p. 7176.

directes des services avec les ministères, ou empiètement de diverses natures sur les prérogatives du préfet, ont pu entamer « l'efficacité de l'action de l'Etat », qui s'en est trouvée « amoindrie »³⁵⁵.

La réforme va donc chercher à asseoir l'autorité du préfet, renommé commissaire de la République, et en faire la pierre angulaire de l'organisation du pouvoir étatique, déclinée localement.

Les articles 34, pour le niveau départemental, et 79, pour le niveau régional, de la loi de 1982³⁵⁶ disposent ainsi que le préfet « représente chacun des ministres, sous réserves des exceptions limitativement énumérées par un décret en conseil d'Etat (...) dirige les services et est le seul habilité à s'exprimer au nom de l'Etat » devant la collectivité du niveau territorial concerné³⁵⁷.

Véritablement renforcé par les textes de 1982, le commissaire de la république, « dépositaire de l'unité de la représentation de l'Etat ainsi réaffirmée »³⁵⁸, voit son rôle profondément modifié vis à vis des collectivités. Du rôle de tuteur, il passe désormais à celui d'interlocuteur incontournable des collectivités.

133. Si elle réaffirme l'importance du préfet et son rôle d'interface vis-à-vis des collectivités, la loi et les décrets de 1982 ne viendront cependant pas bouleverser outre mesure le phénomène de déconcentration encore marqué par une suite d'impulsions « conjoncturelles visant, au coup par coup à transférer des attributions ponctuelles »³⁵⁹.

Ainsi, si les années 80 restent marquées par l'affirmation d'un principe dont la « dépolitisation » est finalement achevée, c'est la réforme de 1992 qui viendra opérer ce travail de redéfinition des processus de déconcentration, les posant comme élément essentiel de la réforme de l'Etat.

³⁵⁵ Circ. du 12 juillet 1982 relatif aux pouvoirs des commissaires de la République et des commissaires de la République de région, à l'action des services et organismes publics de l'Etat en matière d'investissements public, Titre 1^{er} : L'esprit de la réforme, JORF du 13 juillet 1982 p. 2209.

³⁵⁶ Loi n° 82-213 du 2 mars 1982 relative aux droits et libertés des communes, des départements et des régions

³⁵⁷ Le conseil général au niveau départemental, et le conseil régional au niveau régional, JORF du 3 mars 1982

³⁵⁸ Circ. Du 12 juillet 1982, *op.cit.*, l'esprit de la réforme, titre premier, 3°.

³⁵⁹ LARANGE Alain, *op.cit.*, p. 21.

134. La loi du 6 février 1992³⁶⁰ et le décret du 1^{er} juillet portant « Charte de la déconcentration »³⁶¹ la consacrant comme principe de droit commun de l'action administrative, sont les fruits d'un processus de consultation des services territoriaux alors sans précédent dans l'histoire administrative française.

Dès 1989, le premier ministre en place, Michel Rocard, s'engage dans un mouvement de « renouveau du service public », concrétisé et initié par une circulaire en date du 23 février³⁶². Celle-ci, adressée aux ministres, entend impulser, sous le patronage des préfets, un « vrai programme de déconcentration fondé sur les attentes, les besoins ou les demandes des services territoriaux », et s'attachant à « permettre une prise de décisions au plus près de ceux qu'elles concernent directement (les administrés) » afin que l'Etat apparaisse comme un « partenaire efficace des collectivités territoriales ». Ce premier pas sera suivi par la commande faite aux préfets de région, aux termes de la circulaire du 27 novembre, de « projets d'administration déconcentrée ». Ces « projets », chargés de témoigner des « attentes, besoins (...) ou (...) demandes des services territoriaux de l'Etat » auront vocation à servir de base à la rédaction des 180 mesures proposées³⁶³ lors du séminaire gouvernemental du 11 juin 1990, censées incarner l'intention gouvernementale, affichée à cette occasion, « de faire de la déconcentration le principe de droit commun des interventions de l'Etat, l'inverse étant une exception à justifier ». Au surplus, est affirmé lors du séminaire du 11 avril 1991 que la déconcentration, projet prioritaire, est « la condition du renouveau du service public et d'une plus grande responsabilité des agents ». Dès lors, la déconcentration « ne se réduit plus à un « simple principe d'organisation administrative »³⁶⁴ mais s'affirme comme un « élément majeur de la réforme de l'Etat »³⁶⁵.

135. Par ailleurs, et, au premier abord, paradoxalement, la réforme du début des années 1990 ambitionnera de répondre aux souhaits de Gaston Deferre, qui, dès 1982, jugeait

³⁶⁰ Loi d'orientation n° 92-125 du 6 février 1992 relative à l'administration territoriale de la République, JORF n°33 du 8 février 1992, p. 2064.

³⁶¹ Décret n°92-604 du 1er juillet 1992 portant charte de la déconcentration, JORF n°154 du 4 juillet 1992.

³⁶² Circ. du 23 février 1989 relative au renouveau du service public, JORF du 24 février 1989, p. 2526.

³⁶³ La moitié sera adoptée, témoignant ainsi de l'efficacité du procédé.

³⁶⁴ DIEDERICHS Olivier, LUBEN Ivan, « La déconcentration », PUF, Paris, 1995, p. 37.

³⁶⁵ VERCLYTTE Stéphane, « La déconcentration en France : histoire et actualité », *op.cit.*, p. 27.

« souhaitable qu'à chaque niveau de décentralisation corresponde un niveau de déconcentration aussi fort ». Ce souhait trouvait d'ailleurs écho auprès des élus locaux, « premiers demandeurs »³⁶⁶ d'un interlocuteur étatique fort au plan local.

La loi ATR, adoptée dans la même temporalité que le Traité de Maastricht, viendra ainsi poser les clés de répartition³⁶⁷ des missions entre administrations centrales et services extérieurs, rebaptisés services déconcentrés³⁶⁸ à cette occasion, en posant un principe de subsidiarité à leur profit³⁶⁹. Les administrations centrales se voient ainsi exclusivement attribuer les « missions qui présentent un caractère national, ou dont l'exécution, en vertu de la loi, ne peut être déléguée à un échelon territorial ». En somme, et au moment même où est adopté le traité de Maastricht, est consacrée une variation administrative du principe de subsidiarité. Force est tout de même de constater que cette attribution exclusive reste assez large, car peu définie, et soumise à réserves d'attributions expresses par voie législative. L'article 2 de la charte du 1^{er} juillet viendra toutefois préciser les contours des missions « à caractère national », entendues comme étant celles permettant à l'administration centrale d'assurer un « rôle de conception, d'animation, d'évaluation et de contrôle »³⁷⁰. La charte fixe également les règles de répartition des compétences entre les différentes circonscriptions administratives déconcentrées, telles que définies par l'article 4 de la loi de d'orientation du 6 février³⁷¹ (régionale, départementale, arrondissement.)

Les textes de 1992 viendront également confirmer le rôle central du préfet, déjà réaffirmé en 1982.

³⁶⁶ MERCIER Michel, «Pour une République territoriale : l'unité dans la diversité », Rapport d'information, Sénat, 2000, p. 46.

³⁶⁷ Cet article sera d'ailleurs déclassé par une décision du CC n° 97-180 L en date du 21 janvier 1997, la répartition des compétences entre administrations de l'Etat relevant, au titre des articles 34 et 37 de la Constitution, du domaine réglementaire.

³⁶⁸ Loi n° 92-125 du 6 février 1992 relative à l'administration territoriale de la République, Art. 3, JORF n°33 du 8 février 1992, p. 2064.

³⁶⁹ Il est à noter que le Traité de Maastricht a été signé le lendemain de la promulgation de la loi. Cette « coïncidence » met en évidence l'influence du droit communautaire et européen sur les tendances et évolutions du droit national.

³⁷⁰ Décret n°92-604 du 1 juillet 1992 portant charte de la déconcentration, Art. 2, JORF n°0154 du 4 juillet 1992 p. 8898.

³⁷¹ Cet article prévoit implicitement la possibilité de créer des circonscriptions administratives dérogatoires par voie légale ou par décret pris en Conseil d'Etat. Il est à noter que la commune demeure une circonscription d'Etat.

136. Ainsi, l'architecture institutionnelle de la déconcentration, appuyée sur trois circonscriptions et articulée autour du préfet est actée. Les évolutions postérieures viendront la confirmer et renforcer la prééminence du préfet de région et de l'échelon régional.

§2. La régionalisation dans un Etat unitaire en rénovation³⁷²

137. Si la régionalisation est en bonne voie, l'Etat, même déconcentré, demeure un Etat unitaire. Des mécanismes de contrôle sur les collectivités sont de ce fait maintenus (A). Ceux-ci, comme l'organisation administrative, aux prises avec sa rationalisation, ont cependant été réaménagés (B).

A. Des collectivités contrôlées

138. Le principe de libre administration reconnu aux collectivités ne doit pas faire oublier le caractère unitaire de l'Etat français. La loi de 1982, si elle supprime la tutelle administrative, n'a pas pour autant abandonné tout contrôle sur les collectivités. Celui-ci s'exprime d'ailleurs par d'autres mécanismes que ceux expressément prévus à cet effet. Caractéristique du système français selon Yves Jégouzo, les collectivités continuent ainsi à entretenir une « étroite dépendance »³⁷³ par rapport à l'administration territoriale et à l'Etat.

Après avoir étudié les vestiges de la tutelle (1), nous nous intéresserons aux mécanismes de contrôle indirect mis en place (2).

³⁷² Il sera ici traité de la Région, mais aussi, plus généralement, des collectivités territoriales.

³⁷³ JEGOUZO Yves, « L'administration du territoire au péril de la RGPP ? », AJDA, 2011, p. 1401.

1. Les vestiges de la tutelle

139. L'alinéa 6³⁷⁴ de l'article 72 de la Constitution confie au représentant de l'Etat la mission du contrôle administratif et du respect des lois par les collectivités.

Cependant, corollaire du principe de libre administration consacré en 1982, la suppression de la tutelle³⁷⁵, dans le même temps, a bouleversé les modalités du contrôle exercé par le préfet, autorité déconcentrée, sur les actes pris par les collectivités. En effet, si un assouplissement, via l'aménagement de cette tutelle en 1959³⁷⁶, puis en 1970³⁷⁷, avait préalablement engagé la démarche, l'Acte I vient, plus dans la perspective de la réalisation d'un geste politique fort, plutôt que dans celle d'une refonte des liens juridiques entre collectivités et autorités déconcentrées, entériner cette suppression. Dès lors, le préfet n'exerce plus de contrôle *a priori* sur les actes pris par les collectivités, mais un contrôle de légalité *a posteriori*³⁷⁸. Le contrôle porte sur un nombre d'actes limitativement énumérés par le code général des collectivités territoriales, et qui doivent être obligatoirement transmis à la préfecture par la collectivité les ayant adoptés³⁷⁹ pour être exécutoires³⁸⁰. Toutefois, le préfet conserve un pouvoir d'évocation³⁸¹ lui permettant de demander aux collectivités communication d'actes non soumis à obligation de transmission. Il s'agit d'un contrôle de légalité externe, portant sur l'auteur de l'acte et le respect des règles de forme, et interne, ayant trait au respect de la

³⁷⁴ « Dans les collectivités territoriales de la République, le représentant de l'Etat, représentant de chacun des membres du Gouvernement, a la charge des intérêts nationaux, du contrôle administratif et du respect des lois »

³⁷⁵ Une tutelle administrative sur les organes persiste néanmoins en cas de carence des organes, de démission d'office des élus locaux et de dissolution des assemblées en cas de fonctionnement rendu « impossible » (art L.4132-3 CGCT pour le conseil régional).

³⁷⁶ Une ordonnance du 5 janvier 1959 déclare exécutoire de plein droit les délibérations des conseils municipaux à défaut de visa du préfet délivré dans les quinze jours. Ord. n°59-33 du 5 janvier 1959, relative à la décentralisation et à la simplification de l'administration communale, JORF du 6 janvier 1959, p. 316.

³⁷⁷ La loi du 31 décembre 1971 sur la gestion municipale et les libertés communales énumère limitativement les délibérations soumises à approbation préalable du préfet.

Loi n°70-1297 du 31 décembre 1971 sur la gestion municipale et les libertés communales, JORF du 1 janvier 1971, p. 3.

³⁷⁸ *A propos de ce contrôle voir notamment :*

PONDAVEN Philippe, « Contrôle de légalité et collectivités territoriales », Berger-Levrault, Paris, 2011, GLASER Emmanuel, « Contrôle de la légalité des actes des collectivités territoriales », RLCT, n°4, 2005, p.17, BONICOT Catherine, FROMENT Etienne, « L'exercice du contrôle de légalité », JCP N, n°11, 2001, p.584, PERRIN Bernard, « Fonction publique territoriale: Contrôle de légalité », Cahiers de la Fonction Publique et de l'Administration, n°118, 1993, p. 26.

³⁷⁹ Art. L.2131-2, L.3131-2, L.4141-2 et L.5211-3 du CGCT.

³⁸⁰ Art.L4141-1 du CGCT. Depuis 2004, l'application ACTES (Aide au Contrôle de légalité dématérialisé), développée au ministère de l'intérieur par une maîtrise d'ouvrage DGCL et une maîtrise d'œuvre DSIC, a pour objet de permettre aux collectivités territoriales, à leurs établissements publics locaux et à leurs groupements, dont les établissements publics de coopération intercommunale ou interdépartementale, de télétransmettre aux services préfectoraux les actes soumis au contrôle de légalité et au contrôle budgétaire.

³⁸¹ Art. L.2131-3, L.3131-4, L.4141-4 du CGCT.

hiérarchie des normes ainsi qu'aux des motifs et buts de l'acte. Ce contrôle est effectué par le préfet³⁸², même si celui-ci ne peut annuler l'acte dont il conteste la légalité : seul le juge administratif est compétent pour le faire. Comme pour le contrôle exercé par le juge, celui du préfet ne peut être un contrôle d'opportunité de l'acte. Une phase précontentieuse permet au préfet d'adresser à la collectivité un recours gracieux³⁸³, précisant les illégalités et demandant modification ou retrait de l'acte. Après cette phase, et en cas de réponse, explicite ou implicite, défavorable de la collectivité, le préfet peut, en vertu de son pouvoir d'appréciation³⁸⁴, décider ou non de déférer³⁸⁵ l'acte au tribunal administratif.

140. Cette procédure est cependant très peu usitée par les préfets. Ainsi, en 2000, sur 7 736 756 actes transmis aux préfetures, 173 875 ont fait l'objet d'observations quant à leur légalité, et seuls 1 713 d'entre eux ont été finalement ciblés par un déféré préfectoral³⁸⁶. En 2003, la mission chargée d'évaluer la procédure a ainsi fait état du « constat d'une grande hétérogénéité, non seulement de la proportion de déferés exercés entre les départements et, à l'intérieur d'un même département, entre sous-préfetures, mais surtout des conceptions mêmes du contrôle à exercer ». Cette même mission relève une certaine prudence des préfets dans la mise en œuvre de la procédure vis à vis des collectivités, également partenaires de l'action publique locale. L'importance de la collectivité semble d'ailleurs être un facteur incitant les préfetures à mesurer leurs contrôles. De même l'intérêt local, et les considérations politiques sont très diversement pris en compte par les préfets pour juger de l'opportunité du contrôle. De son côté, la cour des comptes, dans un rapport de 2013³⁸⁷, note que la baisse des effectifs consacrés au contrôle dans les préfetures, qui n'a pas trouvé compensation dans la mise en place en 2002 d'un pôle interrégional d'appui au contrôle de

³⁸² Sauf dans certains cas : cette mission est ainsi dévolue au directeur général de l'agence régionale de santé pour les actes des établissements publics de santé et pour certains actes des établissements publics sociaux et médico-sociaux soumis à son autorisation, à l'autorité académique pour les actes ayant trait à l'action éducatrice des établissements publics locaux d'enseignement. En pratique, pour les actes produits par les Régions, le SGAR effectue le contrôle.

³⁸³ Dans un délai de deux mois à réception de l'acte.

³⁸⁴ CE, Section, 25 janvier 1991, Brasseur, n° 80969, publié au Rec.; CE, 28 février 1997, Commune du Port, n°167483, publié au Rec.

³⁸⁵ L'article L 2131-8 CGCT prévoit la possibilité pour tout tiers intéressé et lésé par un acte administratif pris par une collectivité, de demander au préfet d'actionner la procédure de déféré prévue par l'article L 2121-6. En principe, dans les deux cas, le déféré ne suspend pas l'acte. Une demande de déféré-suspension peut être adressée au juge par le préfet. Si le juge y accède, l'acte est alors neutralisé.

³⁸⁶ MINISTERE DE L'INTERIEUR DE LA SECURITE INTERIEURE ET DES LIBERTES LOCALES,; « Rapport sur l'audit du contrôle de légalité, du contrôle budgétaire et du pouvoir de substitution », 2003, 85 p.

³⁸⁷ COUR DES COMPTES, « L'organisation territoriale de l'Etat », Paris, 2013.

légalité à compétence nationale³⁸⁸, ne permet pas d'opérer un contrôle optimal. Cela étant, la Cour relève que le renforcement des services juridiques dans les collectivités et le souci des élus de ne pas être sanctionnés par le juge, invitent à reconsidérer l'utilité d'un tel contrôle, et, partant, à relativiser la faiblesse de sa mise en œuvre³⁸⁹. Ainsi, si ce contrôle a pu, à son origine, représenter un « compromis équilibré »³⁹⁰ entre, d'un côté, les exigences de contrôle sur les institutions administratives induites par les caractéristiques même de l'Etat unitaire français, et, de l'autre côté, les exigences de liberté et d'autonomie des collectivités telles que promues par l'Acte I, il semble aujourd'hui que sa pertinence, malgré les tentatives opérées de simplification ou de meilleure ciblage³⁹¹, soit généralement contestée.

141. Au-delà de ce contrôle de légalité, hérité de l'ancienne tutelle, la réforme de 1982 est venue rénover le contrôle financier opéré sur les collectivités. La tutelle financière, assurée jusqu'alors par le préfet, aidé dans ses missions par le trésorier payeur général, se transforme en contrôle financier³⁹², confié à une nouvelle institution : la Chambre régionale des comptes³⁹³. Celle-ci s'est vue attribuer des compétences juridictionnelles, ainsi que des compétences de contrôle en matière budgétaire et de gestion. Pour le Professeur Gohin, assez critique vis à vis de la décentralisation à la française, il s'agit là d'une « innovation

³⁸⁸ Implanté à Lyon et relevant du Ministère de l'Intérieur.

³⁸⁹ Cela est particulièrement vrai pour les collectivités de taille importante que sont par exemple les Régions. Le rôle de conseil et de contrôle exercé par les préfetures a encore une utilité pour certaines questions spécifiques, ou pour les collectivités de taille modeste, comme les communes rurales. Cependant, là encore le développement de l'intercommunalité invite à relativiser ces propos.

³⁹⁰ PONTIER Jean-Marie, « Les transmutations du contrôle sur les collectivités territoriales », JCP A, n°44-45, 2012, p. 2348.

³⁹¹ Notamment la circ. n° 10CK0920444C, du 1er septembre 2009 relative au contrôle de légalité en matière d'urbanisme et la circulaire n° JOCB1006399C du 10 septembre 2010 sur le contrôle de légalité en matière de commande publique et la circulaire en date du 17 janvier 2006, relative à la modernisation du contrôle de légalité, ont recentré les contrôles sur trois thématiques : l'intercommunalité, la commande publique, l'urbanisme et l'environnement. La circulaire du 25 janvier 2012 vient distinguer trois niveaux de contrôle déclinés en priorités nationales (reprenant les axes de 2006), locales (définies par les préfets), et les actes non prioritaires (dont l'organisation du contrôle est à la discrétion du préfet).

³⁹² Le pouvoir de tutelle est maintenu dans deux cas. La réalisation d'emprunts par voie de souscription publique est soumise à autorisation préalable (L1611-3 CGCT), ainsi que pour la participation exceptionnelle des Communes (L 2253-1 CGCT) ou Départements (L 3231-6) au capital d'une société commerciale n'ayant pas pour objet l'exploitation des services locaux ou des activités d'intérêt général.

³⁹³ Institution héritière la chambre des comptes de Paris de l'Ancien Régime, et de ses treize autres chambres.

particulièrement réussie du mouvement de décentralisation territoriale »³⁹⁴, qui constitue le « seul véritable rempart à ses débordements en matière de gestion »³⁹⁵.

En matière juridictionnelle la chambre est le juge de première instance³⁹⁶ du contentieux des comptes des collectivités et établissements publics de son ressort territorial.

Cette compétence n'a pas, lors de la création de l'institution, particulièrement provoqué débats et questionnements. En revanche, les compétences non juridictionnelles en matière de contrôle ont soulevé plus d'interrogations. L'article 87 de la loi du 2 mars 1982 instituant les chambres prévoyait que les chambres régionales des comptes contrôlaient « le bon emploi des crédits, fonds et valeurs ». L'expression de « bon emploi » a suscité les craintes d'un glissement vers un contrôle de l'opportunité. Aussi, la loi du 5 janvier 1988 d'amélioration de la décentralisation, est venue la remplacer par l'expression moins sujette à interprétation d'« emploi régulier »³⁹⁷.

La chambre exerce en premier lieu un contrôle budgétaire³⁹⁸ sur les collectivités. Les budgets des collectivités étant fondés sur un principe d'équilibre financier réel, impliquant une égalité absolue entre recettes et dépenses, la chambre est chargée, sur cette base, de contrôler l'équilibre réel des finances locales. La chambre veille également au respect des délais d'adoption des budgets, ainsi qu'à l'inscription au budget des dépenses obligatoires.

En plus de ce contrôle budgétaire, de nature quasi-juridictionnelle, basé sur des normes comptables et donc relativement objectives, les chambres sont chargées d'effectuer auprès des collectivités un contrôle de gestion, de nature administrative, et donc, plus subjectif. Il repose principalement sur la formulation d'observations, dans un premier temps provisoires, adressées à l'ordonnateur de la collectivité objet du contrôle. Elles s'inscrivent dans le cadre d'une procédure contradictoire et sont suivies d'un rapport d'observations devant être communiqué par l'exécutif de la collectivité à son assemblée délibérante pour débat. Permettant, évidemment, d'opérer un contrôle de l'activité des collectivités, le contrôle de gestion est également « un outil au service des élus permettant d'apprécier la qualité de leur

³⁹⁴ GOHIN Olivier, *op.cit*, p. 781.

³⁹⁵ *id.*, p. 806.

³⁹⁶ La cour des comptes statue en appel. Art. L211-1 CJF.

³⁹⁷ Loi n°88-13 du 5 janvier 1988 d'amélioration de la décentralisation, JORF du 6 janvier 1988, p. 208.

³⁹⁸ Le contrôle budgétaire des collectivités est donc de nature politique et juridique, à la différence de celui de l'Etat, qui n'est que politique. Cette affirmation, pourrait toutefois être débattue, en appréciation du contrôle exercé par la Commission européenne.

gestion et constitue un utile référentiel leur permettant de remédier à des situations financières parfois hasardeuses »³⁹⁹.

Comme pour le contrôle de légalité, cette procédure est toutefois mise en œuvre de manière assez disparate selon les chambres, et dans la majorité des cas, rarement.

142. Restant toutefois globalement limités par leur ampleur, les vestiges du contrôle de tutelle des collectivités, sont toutefois relayés par la mise en œuvre d'autres mécanismes de contrôle.

2. Les mécanismes de contrôle indirect

143. La réforme constitutionnelle de 2003 est venue modifier l'article 72 en y ajoutant que « les recettes fiscales et les autres ressources propres⁴⁰⁰ des collectivités territoriales représentent, pour chaque catégorie de collectivités, une part déterminante de l'ensemble de leurs ressources ». En effet, sans autonomie financière, il est difficile de concevoir une réelle effectivité de la liberté d'administration, garantie par la Constitution. Or, si les collectivités disposent bel et bien de ressources pour mettre en œuvre leurs politiques, une grande partie provient directement de l'Etat, ou dépend de lui. Un contrôle budgétaire indirect est ainsi identifiable.

Les collectivités ne maîtrisent seules « ni l'origine, ni le montant, ni la répartition des sources de financement », dépendantes en bonne partie de la loi, qui détermine la création et la réforme des taxes locales. Au surplus le plafonnement de ces taxes limite les choix opérés par les collectivités.

³⁹⁹ DAMAREY Stéphanie, « Les chambres régionales des comptes : quelle efficacité du contrôle de la gestion ? » BJCL, 2013, n° 11/13, p. 734.

⁴⁰⁰ La loi organique du 29 juillet 2004 précise la notion de ressources propres : y figurent les impositions de toute nature, qu'il s'agisse des impôts locaux ou des impositions nationales partagées avec les collectivités territoriales, les redevances pour services rendus, les produits du domaine, les participations d'urbanisme, les produits financiers et les dons et legs. En sont exclues les dotations attribuées par l'Etat et les emprunts. Loi organique n° 2004-758 du 29 juillet 2004 prise en application de l'article 72-2 de la Constitution relative à l'autonomie financière des collectivités territoriales, JORF n°175 du 30 juillet 2004, p. 13561.

144. Enfin, par le biais des transferts de compétence opérés par les différentes lois de décentralisation, une part de plus en plus importante des ressources provient de dotations de l'Etat ou de transferts du revenu de taxations.

Le conseil régional de Bretagne déclare⁴⁰¹ en 2014 que 57% de ses recettes provenaient du budget de l'Etat (dotations et fiscalité décidée par l'Etat). 13% seulement des recettes proviennent de taxes indirectes - taxe intérieure de consommation sur les produits énergétiques et taxe sur les cartes grises - maîtrisées par la Région. En cinq ans, à la suite de la réforme de 2010⁴⁰², qui a supprimé la taxe professionnelle et réaffecté la taxe foncière, la part de ces recettes fiscales a baissé de moitié. Le reste provient d'aides européennes, de contributions d'autres collectivités (6%) et de l'emprunt (24%). Le Nord-Pas de Calais affiche⁴⁰³ lui une part des recettes provenant de l'Etat de 67% dans son budget. Pour la Cour des comptes, cette situation est devenue contraignante depuis « le gel en valeur des dotations comprises dans « l'enveloppe normée »⁴⁰⁴, puis la diminution des concours financiers de l'État à partir de 2014 »⁴⁰⁵.

145. En plus d'une maîtrise toute relative sur leurs recettes, les collectivités voient également peser des contraintes sur leurs dépenses. De la même manière que pour les recettes, « ni la nature, ni le montant, ni la répartition fonctionnelle des dépenses ne relèvent

⁴⁰¹ Source :

http://www.bretagne.fr/internet/jcms/c_14226/d-ou-viennent-les-recettes
Consulté le 12/05/2016

⁴⁰² Depuis 2010, peu d'impôts alimentent encore le budget des Régions. Subsistent la cotisation sur la valeur ajoutée des entreprises (CVAE) et les impositions forfaitaires sur les entreprises de réseau (IFER), et, au titre des impôts indirects, la taxe sur les certificats d'immatriculation des véhicules, la contribution au développement de l'apprentissage (CDA) et la taxe intérieure de consommation sur les produits énergétiques (TICPE), qu'elles perçoivent pour partie. Elles ont de plus perdu pratiquement tout pouvoir de modulation des taux d'imposition.

⁴⁰³ Source :

https://www.nordpasdecalais.fr/jcms/c_5118/son-fonctionnement
Consulté le 12/05/2016

⁴⁰⁴ L'expression « enveloppe normée » renvoie au regroupement, à partir de la loi de finances pour 1996 de la dotation globale de fonctionnement, la dotation spéciale pour le logement des instituteurs, les dotations de l'Etat au fonds national de péréquation de la taxe professionnelle et au fonds national de péréquation, la dotation globale d'équipement, la dotation générale de décentralisation, la dotation de décentralisation pour la formation professionnelle, la dotation générale de décentralisation pour la Corse, la dotation départementale d'équipement des collèges, la dotation régionale d'équipement scolaire et la dotation de compensation de la taxe professionnelle.

Elle évolue en fonction d'un taux d'indexation indépendant du taux d'évolution de chacune de ses composantes. Ces modalités d'indexation ont été connues sous le nom de « pacte de stabilité » de 1996 à 1998, puis de « contrat de croissance et de solidarité » de 1999 à 2007. Depuis 2008 il est appelé « contrat de stabilité » depuis 2008, et est indexé sur l'inflation.

⁴⁰⁵ COUR DES COMPTES « Les finances publiques locales », Cour des Comptes, Rapport, 2014, p. 24.

exclusivement des autorités locales mais découlent dans des proportions variables de l'État »⁴⁰⁶. Premier élément de contrôle, le principe de répartition légale des compétences conditionne évidemment le fléchage des dépenses effectuées. Dans le cas des Régions, les transferts de compétences ont fait bondir leurs dépenses de 17,4 milliards d'euros en 2004 à 30 milliards d'euros en 2012. Les dépenses de fonctionnement ont aujourd'hui dépassé celles d'investissement.

Les collectivités ont ainsi une série de dépenses obligatoires à assumer sur lesquelles elles n'ont que peu de maîtrise, et limitent par ailleurs leur liberté d'action.

146. En complément de ce contrôle, l'Etat a développé, à partir de la seconde moitié du XXème siècle, une approche nouvelle de gestion des politiques publiques basée sur la contractualisation⁴⁰⁷. La technique contractuelle, utilisée jusqu'alors principalement par les personnes publiques dans leurs rapports avec les personnes privées, apparaît dès lors comme un vecteur « d'unification et d'intégration »⁴⁰⁸ garantissant à l'Etat la collaboration des partenaires locaux (les collectivités) à l'exécution des priorités centrales, tout en les adaptant au contexte local particulier. Le Contrat de Plan Etat Région – CPER – en est l'un des exemples emblématiques.

147. Prévus à l'article 11 de la loi du 29 juillet 1982 portant réforme de la planification, les CPER poursuivaient l'objectif de proposer par l'Etat une orientation différente de l'action publique locale que celle imposée par les mécanismes de contrôle. Il s'agissait de « conclure avec les collectivités territoriales, les Régions, les entreprises publiques ou privées et éventuellement d'autres personnes morales, des contrats de plan comportant des engagements réciproques des parties en vue de l'exécution du plan et de ses programmes prioritaires ». Décliné régional du Plan de la Nation, le CPER s'est imposé comme un outil essentiel de

⁴⁰⁶ GUENGANT Alain, « La constitution peut-elle garantir l'autonomie financière des collectivités territoriales ? », Revue d'Économie Régionale & Urbaine, 2004, n°5, p. 653.

En 2013, le total des concours financiers de l'Etat aux Régions (10,4 Md€ en 2013) représentait 40 % de leurs recettes de fonctionnement, soit une part plus importante que pour les Départements (24 %), les Communes (24 %) et les EPCI à fiscalité propre (35 %).

⁴⁰⁷ *A ce sujet voir* GAUDIN Jean-Pierre, DUBOIS Jérôme, « L'action publique par convention : les politiques contractuelles aujourd'hui », Cahiers de l'Institut de la décentralisation n° 3, 2003.

⁴⁰⁸ GUETTIER Christophe, « Quel avenir pour les contrats de plan Etat-régions ? », RLCT, 2005, n°1, p.43

contractualisation avec les Régions. Il s'agit de décliner localement la politique de planification, en cohérence avec les orientations du Plan national. L'outil permet également d'associer l'Etat et la Région, financeurs publics et d'augmenter l'effet levier nécessaire au soutien à certains investissements lourds. Elément de planification régionale, le CPER constitue, de fait, le plan de région initialement prévu par les lois de 1982⁴⁰⁹. La première génération de CPER sera lancée en 1984, et pour période de quatre ans (1984-1988).

148. L'avortement du XI^{ème} Plan national en 1992 va modifier⁴¹⁰ l'approche étatique à la veille de la négociation de la 3^{ème} génération de CPER (1994-1999). Le pilotage national de cette « planification décentralisée »⁴¹¹, assuré jusqu'alors par le Commissariat général au plan, est confié à la DATAR et mis en œuvre en région par les SGAR et par le préfet, qui, dans le cadre des réformes de 1992, se voit attribuer un mandat de négociation associé à une marge de manœuvre financière à hauteur de 25% des crédits. Par ailleurs, la périodicité va s'en trouver modifiée ; elle sera dès lors calquée sur celle des programmations européennes. Ainsi, à partir de la 4^{ème} génération, les CPER vont couvrir une période de sept années. Cette superposition des périodicités facilite la gestion des programmations nationales et communautaires, mais contribue également à créer « une certaine confusion »⁴¹², l'Etat n'hésitant pas à utiliser les crédits européens en appui, voire en substitution des siens.

149. S'ils ont permis d'asseoir la région-territoire comme cadre de référence de l'action de l'Etat, et la Région-collectivité- comme interlocuteur et partenaire de l'Etat, le caractère contractuel des CPER doit être relativisé. En effet, même si le juge a confirmé son statut de contrat administratif⁴¹³, cela est loin d'être, dans les faits, évident. Tout d'abord, soumis au principe d'annualité budgétaire, l'Etat, comme les collectivités, ne peuvent réellement s'engager financièrement sur l'intégralité de la période concernée. Le CPER prend alors plus

⁴⁰⁹ Les SRADDT à partir de 1995, viendront également participer à cette logique planificatrice.

⁴¹⁰ Ainsi que le nom du contrat. Contrat de plan jusqu'en 2006, puis contrat de projet pour la génération 2007-2013, ils redeviendront contrat de plan à partir de la 6^{ème} génération (2014-2020).

⁴¹¹ PONTIER Jean-Marie, « Les contrats de plan Etat-régions 2014-2020 », JCP A, n°16, 2014, p. 2118.

⁴¹² GUETTIER Christophe, *op.cit.*

⁴¹³ CE, Ass., 8 janv. 1988, n° 74.361, Ministre chargé du plan et de l'aménagement du territoire c/ Communauté urbaine de Strasbourg, RFDA, 1988, p. 25, concl. Daël ; chron. M. Azibert et M. de Boisdeffre, AJDA, 1988, p. 137.

les traits d'un contrat d'intention, d'une feuille de route, guidant, pour une période donnée, la coopération à l'échelle locale. De plus, et même si ce constat pourrait être fait dans nombre de relations contractuelles, les parties ne négocient pas sur une base égalitaire. Ainsi, afin d'augmenter artificiellement l'investissement de l'Etat, ont été inclus dans les CPER des projets relevant uniquement de sa compétence⁴¹⁴. La définition d'orientations arrêtées au niveau national⁴¹⁵, imposant certaines priorités au niveau régional, permet *de facto* de contrôler l'activité de la collectivité régionale, ainsi que celle des autres collectivités prenant part au CPER⁴¹⁶. De plus, cette approche par le haut entame l'intérêt de l'outil contractuel, qui devrait permettre une adaptation plus fine aux situations locales, et « implique par définition, la différenciation »⁴¹⁷. Cependant la modulation de la participation et des efforts de l'Etat en fonction des régions, témoigne de l'utilisation des CPER comme outil étatique de péréquation⁴¹⁸, et donc comme outil de différenciation territoriale de l'action publique.

La France est ainsi un pays décentralisé, dont les collectivités et les Régions sont autonomes tout en restant contrôlées et dont l'activité reste dirigée.

150. En même temps que sa mue, faisant de lui un Etat décentralisé, l'Etat français et ses institutions administratives ont entamé, sous diverses appellations renvoyant à une idéologie identique – modernisation, rationalisation, efficience –, un chantier, quasiment permanent, de refonte. Ayant d'abord touché l'appareil étatique, et donc les institutions déconcentrées, ces politiques, répondant principalement à des stimuli économiques résultant d'une contrainte budgétaire grandissante, ont ensuite impacté directement l'organisation décentralisée.

⁴¹⁴ Le professeur Guettier note à ce titre que « le classement de la construction de lignes ferroviaires d'importance nationale, et notamment de lignes de TGV, dans la catégorie des investissements partagés entre l'Etat et les régions paraît rétroactivement particulièrement audacieux » *in* GUETTIER Christophe, *op.cit.*

⁴¹⁵ Deux circulaires, n° 5670/SG en date du 2 août 2013 sur les « Contrats de plan », et 15 novembre 2013 n° 5689/SG du 15 novembre 2013 sur la « Préparation des contrats de plan Etat-Régions 2014-2020 », fixent les orientations et le calendrier de ces futurs contrats de plan.

⁴¹⁶ Pour 2007-2013, l'apport des autres collectivités représentait 1 119 884 euros pour un investissement global de 29 171 159 euros (15 310 240 à la charge des Régions, et 12 741 035 à la charge de l'Etat). Plus globalement après avoir connu une hausse continue, la génération 2007-2013 a inauguré un cycle de baisse de l'investissement (le CPER 2000-2006 représentait un effort d'environ 35 milliards d'euros). Il n'en demeure pas moins que les fonds consacrés par l'Etat aux CPER, consacrés à l'investissement, ne représentent qu'une faible part de la dotation globale octroyée aux collectivités (environ 5%).

⁴¹⁷ PONTIER Jean-Marie, « Les contrats de plan Etat-régions 2014-2020 », *op.cit.*

⁴¹⁸ Même si celle-ci reste modeste.

3. L'affirmation de la prééminence de la circonscription régionale et de son préfet

151. Réaffirmée par les décrets de 2004⁴¹⁹, les contours du rôle du préfet de région se voient mieux dessinés, disposant qu'il « détermine les orientations nécessaires à la mise en œuvre des politiques communautaires et nationales de sa compétence concernant le développement économique et social et l'aménagement du territoire » puis « les notifie aux préfets de département qui s'y conforment dans leurs décisions et lui en rendent compte »⁴²⁰. Préfet coordinateur⁴²¹, dédié aux missions économiques et d'aménagement, le préfet de région n'a cependant pas de pouvoir hiérarchique sur les préfets de département et reste, à tout le mieux, un « *primus inter pares* »⁴²², dont la supériorité n'est encore que territoriale. L'installation du nouveau Comité de l'Administration Régionale (CAR)⁴²³, présidé par le préfet de région et composé des préfets de département, des chefs des services régionaux de l'Etat, et du secrétaire général pour les affaires régionales laisse toutefois entrevoir la philosophie d'un texte que les évolutions futures viendront confirmer.

152. Ainsi, la reconnaissance politique, en 2008, de la circonscription régionale comme « niveau de droit commun du pilotage régional des politiques publiques »⁴²⁴, préparée par les textes de 1992⁴²⁵, puis de 2004⁴²⁶ qui créent les pôles régionaux de l'Etat⁴²⁷, va naturellement

⁴¹⁹ Décret n° 2004-374 du 29 avril 2004 relatif aux pouvoirs des préfets, à l'organisation et à l'action des services de l'Etat dans les régions et départements, JORF n°0102 du 30 avril 2004, p. 7755.

⁴²⁰ Décret n° 2004-374, *op.cit.*, art. 3

⁴²¹ Le projet d'action stratégique de l'Etat en région (PASER) est l'outil de cette coordination. Le document doit être conforme aux orientations nationales de l'administration centrale, définies dans les directives nationales d'orientation, et aux besoins locaux, émanant des caractéristiques du territoire local et des attentes des usagers. Il est construit autour de grandes orientations, déclinées en objectifs et indicateurs de performance.

⁴²² GOHIN Olivier, « Les institutions administratives » 5^{ème} éd, LGDJ, Paris, 2006, p. 219.

⁴²³ Décret n° 2004-374 du 29 avril 2004 relatif aux pouvoirs des préfets, à l'organisation et à l'action des services de l'Etat dans les régions et départements, Art. 35, JORF n°0102 du 30 avril 2004, p. 7755.

⁴²⁴ Circ. du 7 juillet 2008 relative à l'organisation de l'administration départementale de l'Etat, JORF n°0159 du 9 juillet 2008, p. 11009.

⁴²⁵ Le décret du 1^{er} juillet 1992 définit la circonscription régionale comme l'échelon territorial de la mise en œuvre des politiques nationales et communautaires en matière de développement économique et social et d'aménagement du territoire, d'animation et de coordination des politiques culturelles de l'Etat, de l'environnement, de la ville et de l'espace rural, ainsi que de la coordination des actions de toute nature intéressant plusieurs Départements. La circonscription est également reconnue comme échelon de programmation et de répartition des crédits d'investissement de l'Etat ainsi que de contractualisation des programmes pluriannuels entre l'Etat et les collectivités locales.

⁴²⁶ Décret n°2004-1053 du 5 octobre 2004 relatif aux pôles régionaux de l'Etat et à l'organisation de l'administration territoriale dans les régions, JORF du 6 octobre 2004, p. 17080.

conduire à conforter la position de préfet de région. N'allant pas jusqu'à reconnaître expressément un pouvoir hiérarchique au profit du préfet de région, le décret du 16 février 2010, inscrit dans le cadre de la réforme de l'administration territoriale de l'Etat – RÉATE –, dépasse néanmoins la « frilosité »⁴²⁸ des dispositions de 2004, en lui conférant « autorité sur les préfets de département »⁴²⁹. Cette autorité se matérialise par deux pouvoirs spécifiques. En premier lieu, le préfet de région dispose d'un pouvoir « d'évocation » lui permettant « par arrêté, et pour une durée limitée » de s'approprier « toute ou partie d'une compétence » du préfet de département « à des fins de coordination régionale »⁴³⁰. En second lieu, celui-ci dispose d'un pouvoir d'instruction. Il se matérialise au travers des instructions données par le préfet de région aux préfets de département pour l'orientation de leurs décisions, prises dans le cadre de l'exécution des politiques publiques de l'Etat dans la Région, dont le préfet de région est le responsable⁴³¹, ainsi que le garant de la cohérence. Quittant ainsi « son rôle de coordonnateur pour celui de pilote »⁴³², le préfet de région est désormais détenteur de la compétence de principe, qu'il met en œuvre avec l'appui du secrétaire général pour les affaires régionales et les chefs des services déconcentrés dans le cadre d'une nouvelle organisation resserrée. Elle s'articule autour de huit services déconcentrés⁴³³ et régionalisés,

⁴²⁷ Au nombre de 8 : "éducation et formation", "gestion publique et développement économique", "transport, logement, aménagement" ou "transport, logement, aménagement et mer " pour les régions littorales, " santé publique et cohésion sociale ", "économie agricole et monde rural", " environnement et développement durable ", " développement de l'emploi et insertion professionnelle ", dont le responsable est le directeur régional du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle ; un pôle "culture". Il s'agit de regroupements fonctionnels de services déconcentrés des administrations de l'Etat. L'article 8 du décret du 29 avril précise que les responsables de ces pôles, fixés par le décret du 5 octobre, assistent le préfet de région dans l'exercice de ses fonctions (au même titre que secrétaire général pour les affaires régionales, et que les chefs ou responsables des services déconcentrés des administrations civiles de l'Etat à compétence régionale).

⁴²⁸ La formule est toutefois utilisée par le conseil de modernisation des politiques publiques du 11 juin 2008.

⁴²⁹ Décret n°2004-1053 du 5 octobre 2004, *op.cit.*, Art. 2-I.

⁴³⁰ Décret n°2004-1053 du 5 octobre 2004, *op.cit.*, Art 2-I alinéa 4. L'alinéa dispose également que, dans ce cas, le préfet de région « prend les décisions correspondantes en lieu et place des préfets de département ».

⁴³¹ A l'exclusion de l'exécution des politiques communautaires, qui relèvent de la compétence de l'Etat, et des compétences de l'agence régionale de santé.

⁴³² SAISON-DEMARS Johanne, « La nouvelle répartition des pouvoirs au sein de la réforme de l'administration territoriale de l'Etat », RLCT, n°58, 2010, p. 45.

⁴³³ Constitués par le regroupement d'une vingtaine de services, dans une architecture inspirée des Pôles Régionaux de la loi de 2004. Les huit structures sont les suivantes : direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE) ; direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement (DREAL) ; direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS) ; direction régionale de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt (DRAAF) ; direction régionale des affaires culturelles (DRAC) ; direction régionale des finances publiques ; rectorat d'académie ; agence régionale de santé (ARS).

le niveau départemental devenant échelon d'exécution⁴³⁴, impliquant « une organisation administrative plus légère »⁴³⁵.

153. Ainsi, comme le constate le Professeur Pontier, il est relativement aisé de trouver le fil d'Ariane guidant, depuis le milieu des années 1960, les réformes de structuration de l'Etat déconcentré. Ayant quitté sa chrysalide départementale, « *l'Etat local* » a dorénavant la circonscription régionale pour milieu naturel de droit commun. Monocéphale, notre lépidoptère est dirigé par un homme fort, le préfet de région.

154. Opérée à l'aune de la grande pièce de la décentralisation, dont tous les Actes n'ont pas encore été donnés, cette métamorphose a eu pour but de proposer un interlocuteur étatique nettement identifié aux collectivités territoriales, et plus particulièrement à la Région.

B. La rénovation de l'appareil administratif

155. Engagée dans les années 1980, la rénovation de la structuration administrative française a connu une forte accélération depuis le milieu des années 2000.

Elle répond à deux imprécations : moderniser (1) et simplifier (2).

⁴³⁴ La RÉATE introduit cependant des exceptions à ses propres principes : trois des cinq directions régionales du champ préfectoral disposent, pour certaines de leurs compétences, d'unités territoriales de niveau départemental, confirmant la permanence d'une conception verticale de l'organisation des administrations. Par ailleurs, en matière de cohésion sociale, des activités de gestion sont exercées tant par le niveau régional que par le niveau départemental.

Le décret du 3 décembre 2009 maintient trois directions départementales interministérielles : la direction départementale de la protection des populations ; la direction départementale de la cohésion sociale ; la direction départementale des territoires.

⁴³⁵ MICHELE André, « Rapport d'information fait au nom de la commission des finances sur les préfetures et la réorganisation territoriale de l'État » par Mme Michèle André, sénatrice » Sénat, n°77, 2013, p. 10.

1. Moderniser l'appareil administratif

156. La loi organique relative aux lois de finances⁴³⁶ – LOLF – apparaît comme la première⁴³⁷ manifestation concrète de la diffusion dans les différentes sphères de l'administration et de l'appareil d'Etat français des logiques inspirées par le « *new public management* ». Elle consacre ainsi le glissement d'une nouvelle approche de la rationalisation de l'appareil d'Etat, envisagée non pas au sens de son organisation en tant que telle, mais à travers des mécanismes économiques inspirés d'une logique gestionnaire. Cette rationalisation par le prisme économique et non plus « par le droit »⁴³⁸, continue cependant à utiliser, pour partie, la technique juridique afin d'imposer de nouveaux outils au service de ses fins.

Ainsi, promulguée le 1^{er} août 2001, la LOLF vient poser un nouveau cadre aux lois de finances annuelles⁴³⁹, et propose « par le biais des finances, une réforme de la gestion de l'État, voire une réforme de l'État »⁴⁴⁰. Elle entend y procéder en faisant graviter la procédure budgétaire autour de deux principes: une plus grande transparence de l'information budgétaire et du contrôle opéré par le Parlement d'une part, mais, surtout, une logique de performance de la gestion publique d'autre part. Cette logique s'exprime à travers les principes d'évaluation, réalisée via des indicateurs de performance, et de financement par missions. Instaurant une nomenclature budgétaire par destination, l'article 7 de la LOLF définit chaque mission

⁴³⁶ Loi organique n° 2001-692 du 1er août 2001 relative aux lois de finances, JORF n°177 du 2 août 2001 p.12480.

⁴³⁷ Les politiques de modernisation du service public dont la « circulaire Rocard » de 1989 avait donné les bases (Circ. du 23 février 1989 relative au renouveau du service public, JORF du 24 février 1989 p. 2526), ou de réforme de l'État, thématique de la « circulaire Juppé » (Circ. du 26 juillet 1995 relative à la préparation et à la mise en œuvre de la réforme de l'Etat et des services publics, JORF n°174 du 28 juillet 1995, p.11217.

⁴³⁸ MAIRE Sophie, « Une nouvelle gouvernance de l'Etat », in KADA Nicolas (ss. la dir. de), « De la réforme territoriale à la réforme de l'Etat » *op.cit.*, p. 30.

⁴³⁹ Précédemment soumises à l'ord. n°59-2 du 2 janvier 1959, portant loi organique relative aux lois de finances. La LOLF vient également supprimer le « principe de spécialité », remplacé par un principe de fongibilité des crédits (au sein d'un même programme). La première loi de finances adoptée en application de ces principes sera celle de 2006.

⁴⁴⁰ LASCOMBE Michel, VANDENDRIESSCHE Xavier, « La loi organique relative aux lois de finances (LOLF) et le contrôle des finances publiques », RFAP, 2006, n°117, p. 238.

A propos de la LOLF, v. aussi :

DAMAREY Stéphanie, « La loi organique du 1er août 2001 relative aux lois de finances », Ellipses, 2ème éd., Paris, 2016, WALINE Charles, DESROUSSEAU Pascal, « La LOLF et l'amélioration de la gestion publique », 2009, RJEP, n°669, 2009, p. 3, MAURY, Suzanne, « La LOLF est-elle un bon moyen d'évaluer les politiques publiques ? », AJDA, n°25, 2008, p. 1366, CAMBY Jean-Pierre, « La décision du conseil constitutionnel sur la loi de finances pour 2006 : "LOLF, AN I" », Les Petites Affiches, n°95, 2006, p.6, CALMETTE Jean-François, « Loi organique relative aux lois de finances (LOLF) : un texte, un esprit, une pratique », RFAP, n°117, 2006, p. 43

comme « un ensemble de programmes⁴⁴¹ concourant à une politique publique définie », chaque programme faisant l'objet d'un projet annuel de performance.

En insistant, de façon louable, sur l'évaluation et sur le contrôle démocratique de la mise en œuvre du budget de la Nation, la LOLF⁴⁴² témoigne ainsi de la diffusion de schémas de pensée et de gestion inspirés directement de la sphère privée⁴⁴³. Sous la pression économique et le contexte globalisant il s'agit, à travers ce changement d'approche, d'adapter le fonctionnement des administrations publiques « à la logique de marché » prônée par les « partisans de l'économie néolibérale »⁴⁴⁴. En somme l'objectif, le slogan de la LOLF, pourrait être résumé schématiquement en une formule lapidaire : « dépenser mieux pour dépenser moins ».

157. Dès lors les réformes qui suivront s'articuleront « autour des trois « Es »⁴⁴⁵ qui résument (...) la finalité du new public management, par référence aux mots « economy, efficiency and effectiveness » »⁴⁴⁶. Le cycle de réforme, inauguré en 2008 par la Révision Générale des Politiques Publiques – RGPP –, déclinaison managériale de la LOLF, suivra son cours en dépit des changements de majorité politique et des modifications sémantiques opérées, qui ne changeront rien, ou presque, à l'affaire ; RGPP, Réorganisation de l'administration territoriale de l'État – RéATE – et Modernisation de l'Action Publique – MAP – « participent du même postulat : la rationalisation des missions de l'État et la volonté d'un partage des compétences entre les collectivités territoriales »⁴⁴⁷, dans le but de « clarifier

⁴⁴¹ Eux-mêmes déclinés en actions. Art 7 2° alinéa 2 : « Un programme regroupe les crédits destinés à mettre en œuvre une action ou un ensemble cohérent d'actions relevant d'un même ministère et auquel sont associés des objectifs précis, définis en fonction de finalités d'intérêt général, ainsi que des résultats attendus et faisant l'objet d'une évaluation ».

⁴⁴² La LOLF initiera par ailleurs un mouvement de déconcentration de la gestion budgétaire, par l'intermédiaire de la création de budgets opérationnels de programme (BOP), non prévus par la loi. L'objectif est d'améliorer la répartition et la programmation des crédits au niveau local. Les BOP ont débouché sur la définition de budgets par service, permettant un meilleur du chiffre des dépenses au niveau local, ainsi qu'une meilleure analyse de la performance.

⁴⁴³ La rationalisation des choix budgétaire (RCB), appliquée en 1968 à l'initiative de Michel Debré, elle-même issue du planning, programming, budgeting system (PPBS) mis en œuvre un temps aux Etats-Unis.

⁴⁴⁴ MAIRE Sophie, « Une nouvelle gouvernance de l'Etat », in KADA Nicolas (ss. la dir. de), « De la réforme territoriale à la réforme de l'Etat », *op.cit.*, p. 30.

⁴⁴⁵ BOTTINI Fabien, « L'impact du New public management sur la réforme de la fonction publique territoriale », RLCT, n°97, 2014, p. 18.

⁴⁴⁶ *ibid.*

⁴⁴⁷ VANDIERENDONCK René., « Rapport sur le projet de loi de modernisation de l'action publique territoriale », Sénat, Rapport n°239, 2013, p. 13.

la pertinence des objectifs des administrations et d'obtenir un meilleur rapport coût/efficacité »⁴⁴⁸.

158. Présentée lors du conseil des ministres du 20 juin 2007 comme « le cadre de la réforme de l'État », devant donner sens à toutes les actions de modernisation à mettre en œuvre pendant la durée du quinquennat » la RGPP⁴⁴⁹ a pour objectif le retour à l'équilibre des finances publiques, mais aussi l'amélioration de la qualité des services publics : « faire mieux avec moins ». Menée à marche forcée et obnubilée par la réalisation rapide d'économies⁴⁵⁰, dont le débat récurrent sur l'ensemble de la période sur la réduction du nombre de fonctionnaires en a été le symbole, la RGPP a notamment pêché par une trop grande centralisation dans sa conception ; la méthode retenue, associant un nombre limité d'interlocuteurs circonscrits à l'Etat, s'est révélée « inconciliable avec l'ambition initiale »⁴⁵¹, qui aurait nécessité un travail collaboratif associant l'ensemble des partenaires, dont les collectivités territoriales, avec qui l'Etat partage désormais l'essentiel de ses compétences.

Cette précipitation trouve par exemple à s'illustrer par l'apparition de contradictions entre le volet organisationnel de la RGPP, la RéATE, et la LOLF. Privilégiant une « logique horizontale » de décloisonnement par un développement de l'interministérialité au profit du préfet de région, la RéATE entre ainsi en opposition avec la « logique verticale »⁴⁵² promue par la LOLF définissant des programmes pilotés au niveau ministériel mais déclinés

⁴⁴⁸ TROSA Sylvie, « La LOLF, les RGPP et l'évaluation des politiques publiques : bilan et perspectives », RFFP, 2013, n° 121, p. 243.

⁴⁴⁹ Au sens du bilan réalisé par les trois inspections (IGA, IGS, IGF), la RGPP renvoie à deux acceptions. Une stricte, correspondant aux mesures « ayant fait l'objet d'une décision en Conseil de modernisation des politiques publiques (CMPP) et d'une fiche « mandat » élaborée et suivie en tant que telle par la direction générale de la modernisation de l'Etat (DGME), soit un ensemble de 503 mesures couvrant tous les ministères et incluant la réforme de l'administration territoriale de l'Etat », et une large englobant « l'ensemble des efforts de réforme de l'Etat sur la période 2007-2012 ».

in IGA, IGF, IGAS, « Bilan de la RGPP et conditions de réussite d'une nouvelle politique de réforme de l'Etat », 2012, p. 2.

(RéATE, celle-ci se rattachant effectivement à la démarche de la RGPP même si elle a été conduite selon des modalités différentes). Sur ces 503 mesures, 311 sont encore en cours, soit 63 % »

⁴⁵⁰ Concernant l'évaluation quantitative des économies réalisées, le rapport des trois inspections relève que sur un objectif d'économies de 15 Mds€ sur la période 2009-2013, dont 12,3 Mds€ à échéance de fin 2012. Le montant des économies réalisées à cette échéance devrait finalement être de 11,9 Mds€. Il faut toutefois rappeler que l'objectif de 2009 était une cible à caractère budgétaire, qui aurait été la même sans la RGPP.

Par ailleurs, les suppressions d'emplois réalisées dans les services de l'Etat sur 2009-2012 correspondent à 5,4 % des effectifs dont 3% rattachables aux mesures de la RGPP.

⁴⁵¹ IGA, IGF, IGAS, *op.cit.*, p. 1.

⁴⁵² Les deux expressions sont tirées de BEZES Philippe, Le LIDEC Patrick, « L'hybridation du modèle territorial français : RGPP et réorganisations de l'Etat territorial », RFAP, 2010, n° 136, p. 942.

localement via les Budgets Opérationnels de Programme – BOP – confiés à un responsable, qui n'est pas le préfet, mais l'un de ses collaborateurs⁴⁵³.

159. En 2012, si le candidat François Hollande fait de l'interruption de la RGPP une promesse de campagne⁴⁵⁴, son gouvernement, par la voix du premier de ses ministres, rappelle dès janvier 2013⁴⁵⁵ la nécessité de poursuivre le chantier de la modernisation. La MAP redevient dès lors une priorité, dans une même logique de performance et d'efficacité, emprunte de solidarité.

La MAP est pilotée⁴⁵⁶ par un Comité Interministériel pour la Modernisation de l'Action Publique – CIMAP⁴⁵⁷ – créé pour l'occasion, présidé par le premier ministre, et composé de tous les ministres et du ministre délégué au budget. De fait, même si le souhait affiché est d'associer un plus large panel d'acteurs, et particulièrement les agents eux-mêmes, la démarche reste très centralisée. Dès lors, on peut douter que les critiques énoncées dans le rapport effectué par les trois inspections sur la RGPP aient été entendues.

En passant de « faire mieux avec moins », à « rendre le meilleur service au meilleur coût »⁴⁵⁸, la MAP entend « corriger les défauts des démarches antérieures tout en poursuivant l'effort de modernisation et de performance du secteur public ». Le changement de slogan devra trouver à s'incarner dans les faits.

⁴⁵³ Chef de service en général.

⁴⁵⁴ « Un coup d'arrêt sera porté à la procédure de révision générale des politiques publiques et à l'application mécanique du non-remplacement d'un fonctionnaire sur deux ».

HOLLANDE François, « Mes 60 engagements pour la France », 2012, point n° 10.

⁴⁵⁵ « La modernisation de l'action publique s'inscrit au cœur du modèle français que porte le gouvernement. Elle consiste à repenser le rôle des pouvoirs publics, à interroger l'efficacité de la dépense publique et à adapter les moyens mis à la disposition de l'Etat et des collectivités territoriales aux objectifs poursuivis »

Circ. du premier ministre du 9 janv. 2013.

⁴⁵⁶ Le suivi de sa mise en œuvre est confié au secrétariat général pour la modernisation de l'action publique (SGMAP) placé sous l'autorité du Premier ministre et rattaché au secrétariat général du Gouvernement. L'ancienne direction générale pour la modernisation de l'État (DGME) est transformée en direction interministérielle pour l'action publique (DIRMAP), désormais rattachée au nouveau secrétariat général.

⁴⁵⁷ Décret n° 2012-1199 du 30 oct. 2012 portant création du comité interministériel pour la modernisation de l'action publique, JORF n°0254 du 31 octobre 2012, texte n°3.

⁴⁵⁸ Relevé de décisions du 4ème CIMAP du 18 décembre 2013.

160. Proposant une approche globale, la MAP souhaite intégrer l'ensemble des opérateurs publics dans sa démarche, et particulièrement les agences . Ces organismes, inspirés des doctrines du « *new public management* » et exerçant pour le compte de l'Etat une mission de service public non marchand, ont en effet connu un fort développement depuis la fin du XXème siècle , tout particulièrement dans le secteur sanitaire et social. Leur personnel représente aujourd'hui un corps plus important que celui placé sous l'autorité directe des préfets . Au surplus, la tendance globale est à l'augmentation du personnel et des dépenses alors que, sur la même période, la RGPP a enclenché un processus de réduction des effectifs et des coûts . Les agences semblent ainsi avoir ouvert la voie, à un « démembrement » mené trop loin, à une externalisation des missions de l'Etat, mais limitée à la mise en œuvre, le coût restant entièrement à sa charge.

Considérées comme plus réactives, car plus indépendantes vis-à-vis des services centraux et déconcentrés de l'Etat, les agences sont l'objet de critiques pour, peu ou prou, les mêmes raisons. Afin d'endiguer ce « démembrement » de l'Etat poussé trop loin selon l'IGF⁴⁵⁹, le gouvernement a souhaité clarifier, limiter et mieux encadrer le recours à ces nombreuses agences⁴⁶⁰, instaurées « au coup par coup sans vue d'ensemble »⁴⁶¹, ainsi que les associer aux processus d'évaluation des politiques publiques⁴⁶².

161. La MAP entend également simplifier l'action publique. Si, au sens de la MAP, cela passe par une simplification de l'administration, à destination des usagers, et, évidemment par une action impliquant et impactant les services de l'Etat, le chantier de la simplification est,

⁴⁵⁹ IGA, IGF, IGAS, *op.cit.*, p. 3.

⁴⁶⁰ En 2012 le CE en dénombrait 103 pour un budget total de 330 milliards d'euros *in CE*, « Les agences, une nouvelle gestion publique ? », Les rapports du CE, 2012, p. 12.

⁴⁶¹ CE, *op.cit.*, p. 7.

⁴⁶² Cela se manifeste par une plus grande association à la MAP et par une circulaire 5647/SG du premier ministre en date du 9 avril 2013 sur les « modalités d'organisation des services de l'Etat ; recours à la formule de l'agence ». Cette circulaire considère que le développement d'agences, « du fait du démembrement qui en résulte » a « fini par être préjudiciable à l'action de l'Etat », la rendant plus complexe et moins réactive ». Elle précise qu'il « convient de limiter strictement » leur création et d'engager une démarche de « rationalisation ». La circulaire définit cinq conditions à la mise en place d'une agence : spécialité (missions clairement définies), efficacité (il doit être démontré que le recours à une agence sera plus efficace que le recours aux services centraux et déconcentrés de l'Etat), expertise (les missions confiées nécessitent une expertise impliquant une certaine autonomie), partenariat (avec acteurs de la société civile et collectivités territoriales), gouvernance (les missions confiées nécessitent une certaine autonomie). Les agences ne doivent pas être le moyen d'opérer une « préservation ou sanctuarisation des moyens », « d'accorder une meilleure visibilité à une politique », « de créer un régime juridique dérogatoire au droit commun des administrations.

depuis quelques années, principalement celui des collectivités territoriales. Il se cristallise sur deux points précis : la suppression des financements croisés et la réorganisation des échelons territoriaux. En résumé, le « mille-feuille territorial » ne sera réussi, que si la pâte est légère, pas trop feuilletée, et la sauce onctueuse, mais pas trop coulante.

2. Simplifier l'appareil administratif

162. La suppression de la clause générale de compétence est, depuis quelques années, le serpent de mer de la réforme des collectivités. En partie supprimée en 2010⁴⁶³, réintroduite en 2014⁴⁶⁴, elle est à nouveau supprimée, en 2015⁴⁶⁵. Ce vieux principe du droit public français trouve son fondement dans l'article 61 de la loi municipale de 1884, qui dispose que « le conseil municipal règle, par ses délibérations, les affaires de la commune »⁴⁶⁶. Cette formule, si elle sous-tend le principe, désormais à valeur constitutionnelle de libre administration des collectivités, a pris une autre coloration à l'occasion de l'Acte I. Déclinée à l'identique au profit du Département⁴⁶⁷ et de la nouvelle collectivité régionale⁴⁶⁸, elle a contribué, dans certaines limites, à battre en brèche le principe de « blocs de compétences »⁴⁶⁹ exclusives attribuées et distribuées limitativement aux collectivités par la loi. Ce constat invite d'ailleurs

⁴⁶³ Loi n° 2010-1563 du 16 décembre 2010 de réforme des collectivités territoriales, JORF n°0292 du 17 décembre 2010, p.22146. La situation est en réalité plus complexe que cela (art.73). Si la clause est supprimée pour les Régions et Départements, dont les compétences obéissent à la logique de répartition par blocs, le texte ajoute que ces deux collectivités peuvent s'intéresser à tout objet d'intérêt local dont la compétence n'a pas été attribuée par la loi à une autre personne publique. Le tourisme, la culture et le sport échappent à ce principe d'exclusivité. Plutôt que la suppression de la clause, le texte semble ainsi l'aménager, et consacrer la lecture doctrinale et jurisprudentielle qui en est faite.

⁴⁶⁴ La loi du 27 janvier 2014 de modernisation de l'action publique territoriale et d'affirmation des métropoles commence par un titre I intitulé « Clarification des compétences des collectivités territoriales et coordination des acteurs » avec un chapitre 1er intitulé « le rétablissement de la clause de compétence générale ».

Loi n° 2014-58 du 27 janvier 2014 de modernisation de l'action publique territoriale et d'affirmation des métropoles, JORF n°0023 du 28 janvier 2014, p. 1562.

⁴⁶⁵ Article 1 (Région) et 24 (Département) du projet de loi portant nouvelle organisation territoriale de la République 17 juin 2014. Les Communes sont épargnées. La clause est ici supprimée, mais le texte leur attribuant compétence reste tellement large que celle-ci pourrait réapparaître, en s'appuyant sur un nouvel alinéa. La loi NOTRe confirmera le projet.

Projet de loi n°636 portant nouvelle organisation territoriale de la République, Enregistré à la Présidence du Sénat le 18 juin 2014 ; Loi n° 2015-991 du 7 août 2015 portant nouvelle organisation territoriale de la République, JORF n°0182 du 8 août 2015, p. 13705.

⁴⁶⁶ Aujourd'hui Art. L2121-29 CGCT.

⁴⁶⁷ Art. L3211-1 CGCT.

⁴⁶⁸ Art. L4221-1 CGCT.

⁴⁶⁹ Art. 1 alinéa 2 de la loi du 2 mars 1982 : « des lois déterminent la répartition des compétences entre les communes, les départements, les régions et l'Etat ».

à s'interroger sur l'artificialité d'un principe qui, confronté à la spontanéité de la vie, s'est montré soluble dans les « exigences concrètes du réel »⁴⁷⁰.

La clause permet aux collectivités d'intervenir dans tout domaine de l'action publique qui n'a pas expressément été confié à un autre intervenant. Ainsi, théoriquement, la clause permet à l'ensemble des collectivités implantées sur un territoire donné de s'intéresser à une question identique, pour peu qu'elles considèrent qu'il y en aille de l'intérêt public local⁴⁷¹. Si ce principe ne pose pas véritablement de problème concernant les rapports avec l'Etat⁴⁷², le risque est ainsi d'observer des situations de concurrence, de doublons, et *in fine*, de mésutilisation de financements. Si l'impact financier réel de la clause de compétence générale, et de l'enchevêtrement des compétences largement décrié qu'elle semble contribuer à alimenter, n'est pas très documenté⁴⁷³, cette question a inévitablement pris une toute autre importance dans le contexte de crise que nous connaissons. Ainsi, et même si ce débat est plus fondé sur des convictions que sur une rationalité cartésienne, la suppression de la clause est devenue le cheval de bataille des « bons gestionnaires » et simplificateurs de tous bords.

163. Au-delà de la question de la suppression de la clause, la volonté de clarifier les compétences de chacun des échelons de collectivités, et de mieux baliser l'action commune des collectivités entre elles, a déjà donné lieu à la mise en place de nouveaux outils juridiques.

⁴⁷⁰ PONTIER Jean-Marie, « Nouvelles observations sur la clause générale de compétence », *in* « La profondeur du droit local. Mélanges en l'honneur de Jean-Claude Douence », Dalloz, 2006, p. 375.

Le professeur Pontier explique dans cet article que le projet de suppression de la clause souffre de deux défauts de conception : la réforme de 1982, et l'écriture même des textes, n'ont pas permis de mener à son terme sa logique de répartition par blocs, qui, de fait se trouve mis à mal par l'apparition de nouveaux champs de l'action publique, n'ayant, par nature pas fait l'objet d'une répartition légale. Il ajoute que le développement européen (et la charte de l'autonomie locale, qui promeut le principe de subsidiarité, associé à « une large autonomie » des collectivités) ainsi que l'importance du phénomène de contractualisation entre Etat et collectivités (sur des champs de compétences de l'Etat) contribuent à mettre en avant la clause.

⁴⁷¹ *V. par exemple à ce sujet* KADA Nicolas, « L'intérêt public local », Grenoble, France. Presses universitaires de Grenoble, 2009, p. 51.

⁴⁷² L'intérêt national primant, et l'Etat intervenant, de toute façon, sur l'ensemble de l'action publique.

⁴⁷³ Même si la Cour des Comptes rappelle très régulièrement dans ses rapports annuels consacrés aux finances publiques locales que l'enchevêtrement des compétences est source de dépenses non maîtrisées. Ce constat est également fait concernant les transferts de compétences de l'Etat vers les collectivités, et n'ayant pas mécaniquement engendré de désinvestissement de la part de l'Etat. Par ailleurs, il n'est pas nécessairement prouvé qu'une répartition des compétences entre les différents niveaux par blocs étanches entraînerait une réduction sensible des dépenses.

Le chef de filât, instauré pour la première fois par la loi du 4 décembre 1995⁴⁷⁴ invalidée par le conseil constitutionnel sur ce point précis, a finalement fait son entrée en droit positif via la constitutionnalisation, à l'occasion de la révision de 2003, du principe de l'action commune, qui, sans le nommer, renvoie à la notion de chef de file⁴⁷⁵. Mais s'il est entré par la grande porte, le principe ne l'a fait que sur la pointe des pieds. En effet, comme l'a décidé le Conseil constitutionnel à l'occasion d'un recours formé contre la loi de 2008 relative aux contrats de partenariat⁴⁷⁶, outil permettant l'action commune, il ne revient pas aux collectivités de déterminer les modalités de celle-ci. Seule est disponible son organisation. Ainsi, pour les Sages, faute de loi déterminant les modalités de l'action commune, la notion de chef de file ne peut trouver à s'incarner. Seul appartient aux collectivités, en application de la Constitution, d'organiser les modalités de cette action, et par extensions, du chef de filât, et non d'en déterminer les mécanismes. La loi MAPAM⁴⁷⁷ est venue préciser les choses, en répartissant le statut de chef de file en fonction des compétences confiées aux différentes collectivités⁴⁷⁸. Cependant, elle n'apporte aucune précision ni sur le contenu, ni sur l'étendue de la fonction, pour laquelle l'interdiction constitutionnelle de toute tutelle d'une collectivité sur une autre reste un problème. Le chef de file ne se voit confier aucun pouvoir de contrainte ou de sanction : reste sa « seule force de persuasion »⁴⁷⁹. Au surplus, elle renvoie à la conférence territoriale de l'action publique – CTAP – le soin de débattre des modalités de cette action commune. Cette nouvelle institution⁴⁸⁰ est organisée par l'article 4 de la loi. Elle réunit

⁴⁷⁴ Art.65 II de la loi n° 95-115 du 4 février 1995 d'orientation pour l'aménagement et le développement du territoire: « La loi définira également les conditions dans lesquelles une collectivité pourra assumer le rôle de chef de file pour l'exercice d'une compétence ou d'un groupe de compétences relevant de plusieurs collectivités territoriales ».

[Dispositions déclarées non conformes à la Constitution par décision du Conseil constitutionnel no 94-358 DC du 26 janvier 1995.]

⁴⁷⁵ L'article 72 alinéa 5 dispose que, quand « l'exercice d'une compétence nécessite le concours de plusieurs collectivités territoriales, la loi peut autoriser l'une d'entre elles, ou un de leurs groupements, à organiser les modalités de leur action commune ».

⁴⁷⁶ Loi n° 2008-735 du 28 juillet 2008 relative aux contrats de partenariat, JORF n°0175 du 29 juillet 2008, p. 12144.

⁴⁷⁷ Loi n° 2014-58 du 27 janvier 2014 de modernisation de l'action publique territoriale et d'affirmation des métropoles, JORF n°0023 du 28 janvier 2014, p. 1562.

⁴⁷⁸ Art 3 de la loi MAPAM. La Région, principale bénéficiaire, est ainsi réaffirmée comme pilote du développement économique, et des politiques environnementales. Le département reste sur l'action sociale. Les communes et leurs groupements sont, entre autres, étrangement instaurés chef de file de « l'aménagement de l'espace ».

⁴⁷⁹ FERREIRA Nelly, « Chef de filât et conférence territoriale et l'action publique », JCP A, n° 8, 2014, p. 2048.

⁴⁸⁰ Inspirée de la « conférence des exécutifs » créée par l'article 75 de la loi du 16 décembre 2010. Elle a également été pensée comme une déclinaison locale du Haut conseil des territoires, même si l'Etat n'a pas vocation à être présent à l'ensemble des sessions du CTAP.

l'ensemble des exécutifs de la région⁴⁸¹. Elle a pour but de faciliter la concertation sur « la conduite de politiques publiques nécessitant une coordination ou une délégation de compétences entre les collectivités territoriales et leurs groupements. ». La CTAP a notamment en charge l'examen des conventions territoriales. Cet outil contractuel a pour but de régir les modalités dans lesquelles s'exerceront les compétences pour lesquelles un chef de file est désigné. Leur élaboration apparaît d'ailleurs comme le seul véritable pouvoir du chef de file. Présidée par le président de Région, la CTAP apparaît comme le « pendant collectivité » de la CAR introduite en 2004, sans pouvoir prescriptif. Mais, pour peu qu'elle soit véritablement investie par les acteurs du territoire, cette nouvelle institution pourrait devenir un véritable pivot de l'action locale, encourageant l'amélioration de la cohérence de l'action locale. Ce faisant, elle ouvre la voie à une possible différenciation territoriale⁴⁸², menée sous la baguette du président de Région, et donc du conseil régional, dont la fonction planificatrice sort confortée. Et l'on peut penser comme Nelly Ferreira, que « l'idée est maintenant, moins de simplifier, que de s'arranger avec l'imbrication des compétences et de laisser chacun faire de son côté ».

164. La loi NOTRe est venue apporter des précisions sur ce point en optant pour une répartition par bloc de compétences, relativement semblable à celle prévue en 2010, mais enterre un peu plus la clause de compétence générale, en supprimant l'alinéa des articles du CGCT sur lesquelles elle se fondait pour la Région et le Département⁴⁸³. Ce faisant, cette suppression⁴⁸⁴, et, de fait, la limitation matérielle de la possibilité de répartir les compétences qui en découle, laisse planer des doutes sur les marges de manœuvre dont disposera la CTAP

⁴⁸¹ Sont membres, le président du conseil régional, les présidents des conseils généraux, les présidents des EPCI à fiscalité propre de plus de 30 000 habitants, un représentant élu d'EPCI à fiscalité propre de moins de 30 000, un représentant élu des Communes de plus de 30 000 habitants de chaque Département, un représentant élu des Communes comprenant entre 3 500 et 30 000 habitants de chaque Département, un représentant élu des Communes de moins de 3 500 habitants de chaque Département, le cas échéant, un représentant des collectivités territoriales et groupements de collectivités des territoires de montagne. Le préfet de région est informé des séances de la CTAP, et y participe à sa demande, ou lorsqu'il doit donner son avis sur une demande d'une collectivité territoriale ou d'un EPCI à fiscalité propre tendant à obtenir la délégation de l'exercice d'une compétence de l'Etat dans le cadre fixé à l'article L. 1111-8-1 du CGCT.

⁴⁸² *Via* un aménagement régional des compétences original.

⁴⁸³ Art. 1 (Région) et 24 (Département) du projet du 17 juin 2014. La clause est ici supprimée, mais le texte leur attribuant compétence reste tellement large que celle-ci pourrait réapparaître, en s'appuyant sur un nouvel alinéa. La clause, création doctrinale et jurisprudentielle, n'a peut-être pas dit son dernier mot.

⁴⁸⁴ Cette suppression doit toutefois être relativisée. Elle a de plus déjà fait l'objet, en 2016, de recours devant le CC dans le cadre de QPC.

v. infra 576 et suivants.

pour opérer une « régionalisation de la répartition des compétences »⁴⁸⁵, ainsi que, par ricochet, sur la pertinence du dispositif de chef de filât⁴⁸⁶.

165. « La reconversion des structures locales paraît se dessiner à un triple niveau : à la base, un regroupement généralisé des communes dont la taille n'est plus à la mesure des problèmes posés, que ce soit à la ville ou à la campagne; au niveau supérieur l'apparition d'une collectivité régionale ; à un niveau intermédiaire, la définition d'une collectivité nouvelle susceptible de prendre le relais du département dans le cas où celui-ci viendrait à disparaître.»⁴⁸⁷ Si ces « prédictions » – car il faut les appeler comme cela – de Georges Dawson datent de 1968, elles nous apprennent deux choses : l'auteur avait vu juste, mais la réforme, s'inscrivant sur le temps long, se hâte avec prudence ! Aujourd'hui deux tendances semblent en effet se dessiner : la montée en puissance de la région et d'un bloc communal remanié, ainsi que le lent crépuscule du Département. Depuis 2008, la quasi-totalité des rapports ont milité pour la disparition, ou en tout cas la réduction du conseil général. Pris en étau par la Région et le développement de l'intercommunalité, le département semble vivre, dans un Acte III dont on ne voit pas le bout, une lente agonie.

166. Mais, en réalité la question de sa suppression ne cesse d'être repoussée à plus tard. A chaque fois envisagée, depuis 2008, par les gouvernements successifs, même quand ceux-ci avaient au contraire promis dans un premier temps son maintien, le Département subsiste. Personne, en réalité, n'ose endosser les habits du bourreau, et entamer, à la hache, la découpe du mille-feuille.

Cela peut s'expliquer par plusieurs raisons. Tout d'abord, le Département est inscrit dans le texte de la Constitution. Sa suppression passerait nécessairement par un consensus politique fort et une révision constitutionnelle votée par le Parlement, réuni en Congrès. Cependant,

⁴⁸⁵ FERREIRA Nelly, « La réforme territoriale... pour quelle décentralisation ? Après la présentation des projets de loi portant nouvelle organisation territoriale de la République et relatifs à la délimitation des régions, aux élections régionales et départementales et modifiant le calendrier électoral », AJCT, 2014, p. 412.

⁴⁸⁶ D'autant plus que, au terme de l'article 4 de la loi MAPAM, si la rédaction d'une convention territoriale est obligatoire pour la Région et le Département, celle-ci n'est qu'une possibilité pour la Commune (alors que c'est la seule collectivité qui devrait garder la clause de compétence générale) et l'EPCI.

⁴⁸⁷ DAWSON Georges, « L'évolution des structures de l'administration locale déconcentrée en France », thèse pour le doctorat en droit, 1968, librairie générale de droit et de jurisprudence, Paris, p. 525.

réunir une majorité des 3/5^{ème} n'est pas chose aisée, et c'est un euphémisme que de dire que les sénateurs, farouches protecteurs de la démocratie locale et de leurs électeurs, ne seraient pas globalement réjouis par cette perspective. L'autre moyen serait de passer par la voie du référendum. Mais l'on voit mal quel gouvernement, pour un sujet trouvant peu d'échos auprès de l'opinion publique, irait se risquer à tendre le bâton du vote sanction. D'ailleurs, le destin funeste des quelques exemples de projets de simplification institutionnelle ayant emprunté cette voie, encouragent à la plus grande méfiance⁴⁸⁸.

En 2010, la méthode retenue a été celle d'un brouillage des cartes entre les rôles de conseiller général et de conseiller régional, via la création du conseiller territorial⁴⁸⁹ chargé de siéger, en lieu et place de ses prédécesseurs, dans les deux assemblées. Le but était d'opérer un rapprochement entre les personnels politiques des structures pour ensuite pouvoir envisager une fusion des institutions elles-mêmes. Largement critiqué par l'opposition de l'époque, ce nouvel élu ne verra jamais le jour et sera supprimé par la loi du 17 mai 2013⁴⁹⁰. Le coup n'est pas passé loin, mais le conseil général⁴⁹¹ n'en est pas pour autant au bout de ses peines. Encore une fois, face à la complexité d'une suppression en bonne et due forme une stratégie de contournement est développée. Cette fois-ci, c'est la voie de l'évidement par le haut et par le bas qui est privilégié. Les compétences des conseils départementaux sont ainsi destinées à être prélevées sur leur corps encore fumant, et réparties entre la Région et les EPCI. La montée en puissance de la Métropole, confirmée par la loi MAPAM, et la poursuite de celle de la Région, confortée par le projet de loi NOTRe⁴⁹², semblent ainsi mener vers une fin inéluctable : la disparition progressive du Département, collectivité territoriale.

⁴⁸⁸ L'échec du référendum alsacien du 7 avril 2013 sur la fusion de la Région et des Départements du Haut-Rhin et du Bas-Rhin pour créer en lieu et place un « conseil d'Alsace » a mis fin à la première tentative de mettre en œuvre l'article L. 4124-1 du CGCT, instauré par la loi du 16 décembre 2010, et qui prévoit cette possibilité,

⁴⁸⁹ Art. 5 de la loi n° 2010-1563 du 16 décembre 2010 de réforme des collectivités territoriales. Au total, 3 496 conseillers territoriaux devaient remplacer les 5 660 conseillers régionaux et généraux.

⁴⁹⁰ La loi recule également les élections régionales à mars 2015. Cependant, afin de maintenir le principe d'une élection en même temps des élections cantonales et régionales, qui devaient avoir lieu en mars 2014, la loi prolonge le mandat des conseillers généraux d'un an.

⁴⁹¹ Qui prendra l'appellation de conseil départemental, composé de conseillers départementaux dès les prochaines élections.

⁴⁹² Projet de loi portant nouvelle organisation territoriale de la République, présenté à la présidence du Sénat le 18 juin 2014.

167. L'autre volet de la simplification prend les traits d'une refonte de la taille des régions. Là aussi, de nombreux rapports⁴⁹³ ont fait écho ces dernières années de la nécessité de revoir la taille des régions françaises. Est ainsi régulièrement pointée la nécessité de doter la France de régions fortes ayant plus de poids sur la scène nationale et européenne.

Le premier pas vers une redéfinition des frontières régionales et une réduction du nombre des régions⁴⁹⁴ a été franchi, à l'occasion du dépôt au Sénat du projet de loi relatif à leur délimitation⁴⁹⁵. Dépôt qui ne s'est d'ailleurs pas fait sans heurts, la Conférence des présidents de groupe ayant refusé⁴⁹⁶, pour la première fois, de l'inscrire à l'ordre du jour, jugeant l'étude d'impact insuffisante. Constatant ce refus, et comme le prévoit l'article 39 de la Constitution, le Premier ministre a alors saisi le conseil constitutionnel pour trancher le litige.

Dans leur décision en date du 1^{er} juillet 2014⁴⁹⁷, les Sages tranchent en faveur du Gouvernement, considérant « que les règles fixées par la loi organique du 15 avril 2009⁴⁹⁸ pour la présentation des projets de loi en application du troisième alinéa de l'article 39 de la Constitution n'ont pas été méconnues ». Pour l'essentiel, le Sénat fondait sa position sur la méconnaissance par l'étude d'impact des obligations posées par les alinéas 8 et 9 de l'article 8 de la loi organique. Alors que l'alinéa 8 impose d'évaluer les « conséquences économiques, financières, sociales et environnementales, ainsi que des coûts et bénéfices financiers attendus des dispositions envisagées pour chaque catégorie d'administrations publiques et de personnes physiques et morales intéressées, en indiquant la méthode de calcul retenue », la Haute chambre considérait que l'étude, jugée suffisante par les Sages, se contentait « de présenter les principales caractéristiques de la réforme et d'asséner des affirmations non argumentées et non documentées quant aux conséquences économiques, financières et sociales ». Sur la méconnaissance de l'alinéa 9, qui impose d'évaluer les « conséquences des dispositions

⁴⁹³ Rapport de la mission d'information de la commission des lois de l'Assemblée nationale en octobre 2008, rapport du comité pour la réforme des collectivités territoriales, présidé par Edouard BALLADUR en mars 2009, rapport de la mission sénatoriale temporaire sur l'organisation et l'évolution des collectivités territoriales en juin 2009, le rapport des sénateurs Jean-Pierre RAFFARIN et Yves KRATTINGER en octobre 2013.

⁴⁹⁴ Entre 13 et 16 régions, au gré des amendements et des débats parlementaires.

⁴⁹⁵ Projet de loi relatif à la délimitation des régions, aux élections régionales et départementales et modifiant le calendrier électoral, n° 635 (2013-2014) de M. Bernard CAZENEUVE, ministre de l'intérieur, déposé au Sénat le 18 juin 2014.

En application de l'article 39 de la Constitution, le texte portant sur l'organisation des collectivités territoriales, c'est le Sénat qui s'est trouvé être le premier saisi.

⁴⁹⁶ A l'initiative des groupes UMP, CRC - Front de gauche – RDSE.

⁴⁹⁷ Décision n° 2014-12 FNR du 1er juillet 2014, JORF du 3 juillet 2014, p.11023.

⁴⁹⁸ Loi organique n° 2009-403 du 15 avril 2009 relative à l'application des articles 34-1, 39 et 44 de la Constitution, JORF n°0089 du 16 avril 2009, p. 6528.

envisagées sur l'emploi public », le Conseil constitutionnel a considéré que, « dès lors que le Gouvernement ne mentionne pas la modification de ce nombre dans les objectifs poursuivis par ce projet de loi », il ne pouvait être fait grief au projet de ne pas y procéder. La position des Sages, sur ce point, peut surprendre : le périmètre irréductible de l'étude d'impact semble ainsi limité aux éléments explicitement indiqués dans l'exposé des motifs du projet, alors même que la loi organique prévoit expressément qu'une évaluation de l'impact sur l'emploi public soit réalisée, et, qu'en tout état de cause, il n'est pas possible d'imaginer qu'un tel texte n'en aura pas.

Même si, comme nous le dit Yves Jégouzo, « analyser la nécessité, la faisabilité et les conséquences d'un projet avant de l'adopter, c'est le bon sens même »⁴⁹⁹, cette première décision laisse perplexe sur l'effectivité et l'intérêt de l'obligation de conditionner la présentation des projets de loi à la réalisation d'une étude d'impact.

168. Mais, de fait, là encore, la volonté de revoir les frontières régionales semble plus être le fruit d'intuitions, de convictions, qu'autres choses. Et, de fait, l'étude d'impact n'apporte, sur ce point, pas beaucoup d'eau à notre moulin. Les principaux arguments s'appuient sur des comparaisons européennes, qui ne tiennent dans l'ensemble pas. En effet celles-ci apparaissent à bien des égards comme partielles et orientées. Par exemple, le document relève que les *länders* allemands, au nombre de seize, présentent en moyenne 5,1 millions d'habitants contre 2,9 en France, mais oublie de préciser que les pays n'ont pas la même taille, et que les *länders* allemands ont eux-mêmes des tailles et des compositions démographiques très disparates⁵⁰⁰. La comparaison avec l'Italie insiste plutôt sur le plan des compétences des régions italiennes, et n'apporte pas grand-chose sur le plan de la taille critique nécessaire, d'autant que les régions transalpines sont plus autonomes que les Régions françaises ne le sont et ne le seront, et disposent d'un véritable pouvoir normatif, certaines

⁴⁹⁹ JEGOUZO Yves, « L'étude d'impact: formalité ou garantie de la qualité des lois? », AJDA 2012 p. 1425.

Aux sujets des études d'impact, v. également :

HAQUET Arnaud « Les études d'impact des projets de loi : espérances, scepticisme et compromis », AJDA 2009, p. 1986.

LEO-COMBRAGE Bertrand, « L'obligation d'étude d'impact des projets de loi », Thèse de doctorat en droit public soutenue à Paris 1 le 8 décembre 2015, Préface de Michel Verpeaux, Nouvelle bibliothèque de thèses, Dalloz, Paris, 2017 PHILIP-GAY Mathilde (ss. la dir. de), « Les études d'impact accompagnant les projets de loi », LGDJ, Paris, 2012.

⁵⁰⁰ De 650 000 à 17 500 000 habitants.

ayant même un statut de région autonome. Le cas espagnol, également très différent du cas français, n'apporte pas grand-chose en termes d'analyse territoriale ou démographique.

Au surplus, le rapport présenté par Michel Delebarre indique que les Régions françaises sont, en moyenne, plus peuplées que les italiennes⁵⁰¹, et plus grandes que leurs homologues allemandes et italiennes⁵⁰². Ce n'est qu'au niveau de la densité et sur le plan économique qu'elles affichent, en moyenne, un léger retrait⁵⁰³.

169. L'étude permet néanmoins de voir affleurer le schéma de pensée du Gouvernement. Cette refonte s'inscrit très clairement dans une perspective européenne⁵⁰⁴. Et, ici aussi, c'est sur le « *modèle allemand* » que l'on s'inspire. Les universitaires⁵⁰⁵ interrogés par Michel Delebarre, rapporteur du texte⁵⁰⁶, n'ont d'ailleurs pas manqué de rappeler que le problème ne se situait pas à ce niveau, mais plutôt sur la question des compétences⁵⁰⁷ et des moyens accordés aux Régions. Sur ces points les Länder resteront encore bien différents de nos Régions. Pour repositionner la Région ils appellent plutôt de leurs vœux une simplification du mille-feuille territorial qui, malgré les incantations, ne semble finalement pas être à l'ordre du jour⁵⁰⁸.

⁵⁰¹ France : 2,99 millions d'habitants, Italie : 2,88 ; Allemagne : 5,11, Espagne : 2,71

⁵⁰² France : 25,49 mille km², Italie : 15,80; Allemagne : 22,31, Espagne : 29,76

⁵⁰³ Si l'on prend uniquement en compte leur poids ramené au PIB national.

France : 4,7%, Italie : 5,6% ; Allemagne : 6,3%, Espagne : 5,9%

⁵⁰⁴ « L'Europe des régions » est d'ailleurs citée.

⁵⁰⁵ Romain Pasquier, Daniel Béhar, Martin Vanier, Gérard-François Dumont, Jacques Lévy, Hervé Le Bras, Philippe Subra.

⁵⁰⁶ DELEBARRE Michel, « Rapport fait au nom de la commission spéciale sur le projet de loi relatif à la délimitation des régions, aux élections régionales et départementales et modifiant le calendrier électoral », Sénat, 2014

⁵⁰⁷ Le projet de loi NOTRE, les repositionne encore un peu plus sur les compétences de l'économie et de la planification, pour faire d'elle une sorte de « grand ensemblier régional » via l'outil du SRADDT. Le projet aborde également, sans véritablement bouger les lignes, la question de leur pouvoir réglementaire, présentée comme le pendant de la suppression de la clause de compétence générale. Il prend la forme d'un pouvoir d'évocation ou de proposition, le tout toujours très contrôlé par l'Etat. *A ce sujet v. par exemple* VILLENEUVE Pierre, « Une nouvelle régionalisation ? Le discours et la méthode. À propos du projet de loi portant nouvelle organisation territoriale de la République », AJCT, 2014, p. 418

⁵⁰⁸ Le Département ne disparaît pas, les Métropoles devront prendre une place qu'elles n'ont pas encore tout à fait, et des structures appelées à s'étioler, comme les Pays dont la création était désormais bloquée par loi de 2010, refont surface, sur d'autres appellations (le pôle d'équilibre territorial).

Sur ce sujet, v. par exemple PAULIAT Hélène, « Le pays est mort... vive le pôle d'équilibre territorial et rural ! » , JCP A ; n° 8, 2014, p. 2051 et GOHIN Olivier, « La loi MAPAM du 27 janvier 2014 : un ajout régulier au mille-feuilles territorial. Note sous arrêt », JCP éd. Générale, n° 9, 2014, p. 285.

170. Le redécoupage des Régions aura pourtant finalement bien lieu. Après bien des hésitations, reculades, et négociations⁵⁰⁹, l'article 1^{er} de la loi du 16 janvier 2015⁵¹⁰ substitue, à compter du 1^{er} janvier 2016, treize nouvelles grandes Régions aux vingt-deux Régions métropolitaines préexistantes, selon une matrice de regroupement dont il est mal aisé de dégager une logique d'ensemble. Le principe retenu de non découpage des anciennes régions, au profit d'une addition de Régions dans leur totalité, a ainsi conduit à la constitution de véritables mastodontes⁵¹¹, tandis que d'autres Régions⁵¹², à la cohérence géographique déjà contestable dans certains cas, se sont vus épargnées par la redécoupe.

171. Mais l'aspect essentiel de la réforme territoriale résidait plus dans le découpage des compétences entre les feuilles du mille-feuille, que dans la taille de celles-ci. C'est cette question, corollaire au principe de répartition des compétences par blocs et de la suppression de la clause générale de compétence, que viendra trancher le dernier volet de la réforme, via la loi NOTRe du 7 août 2015⁵¹³, en précisant les compétences des Régions et des Départements, qui auront une nouvelle fois évité le billot.

Il est à noter que cette décisive précision législative, sur le contour des compétences des collectivités, et qui, à n'en pas douter, aurait pu intéresser candidats et électeurs en amont de la tenue du scrutin, ne sera apportée qu'après le renouvellement des assemblées départementales. En effet, à l'issue, là encore, d'une assez longue valse-hésitation, les élections départementales auront lieu selon le calendrier prévu⁵¹⁴, c'est-à-dire les 22 et 29 mars 2015, soit avant la promulgation de la loi NOTRe, alors que les élections régionales, comme cela était pressenti, seront, quant à elles, repoussées aux 6 et 13 décembre 2015 alors qu'elles auraient dû être concomitantes.

⁵⁰⁹ La question du rattachement de la Picardie a notamment été l'objet de débats nombreux. Face à l'hostilité d'une bonne partie des élus du Nord-Pas de Calais, le rattachement à la Champagne-Ardenne a été évoqué, tout comme la solution de l'absorption du sud de la Picardie vers l'Île de France. Concernant la Région Alsace - Champagne-Ardenne - Lorraine la fusion ne s'est pas non plus faite sans vives contestations.

⁵¹⁰ Loi n° 2015-29 du 16 janvier 2015 relative à la délimitation des régions, aux élections régionales et départementales et modifiant le calendrier électoral, JORF n°14 du 17 janvier 2015, p. 777.

⁵¹¹ Par exemple, Région Auvergne - Rhône-Alpes ou Alsace - Champagne-Ardenne - Lorraine.

⁵¹² La Région Centre par exemple.

⁵¹³ Loi n° 2015-991 du 7 août 2015 portant nouvelle organisation territoriale de la République, JORF n°0182 du 8 août 2015, p. 13705.

⁵¹⁴ Après toutefois avoir été décalées, à la suite de l'abrogation par la nouvelle majorité parlementaire des dispositions concernant la mise en place des principales dispositions de la Loi n° 2010-1563 du 16 décembre 2010 de réforme des collectivités territoriales, JORF n°0292 du 17 décembre 2010, p. 22146.

172. Mais, sans surprise, le découpage issu de la loi NOTRe a surtout permis de réaffirmer la répartition des compétences telle qu'elle préexistait. Les Régions sont promues responsables du développement économique et de la définition des orientations en la matière. De plus, les schémas qu'elles arrêtent dans le domaine revêtent désormais un caractère obligatoire pour les autres collectivités. Sur le plan des transports, les Régions sortent également renforcées de la réforme, puisqu'elles se voient confier l'essentiel des compétences assurées jusque-là par les Départements. Ces derniers voient leur rôle en matière d'action sociale, de promotion de la solidarité et de la cohésion sociale, réaffirmé.

Cependant, même s'ils ont finalement sauvé leur tête, les Départements sortent affaiblis de la réforme. Ils voient leurs compétences aspirées par le haut, vers les Régions, et par le bas, vers les EPCI. Dans certains territoires, cette concurrence est encore renforcée par le développement des Métropoles, qui, à terme, pourront envisager de suivre la voie Lyonnaise, en s'arrogeant purement et simplement l'intégralité des compétences exercées par le Conseil départemental.

Restent également quelques compétences partagées entre les différents niveaux. Cela concerne, en application de l'article du L 1111-4 CGCT, les compétences en matière de culture, de sport, de tourisme, de promotion des langues régionales et d'éducation populaire.

173. Engagée par François Hollande après une grande consultation, menée auprès des élus locaux⁵¹⁵, et lors de laquelle les citoyens ont une nouvelle fois été oubliés, la réforme territoriale pose encore, pour l'instant, plus de questions qu'elle n'apporte de réponses. De plus, la redéfinition des frontières régionales a appelé une nouvelle réforme de l'appareil étatique local. Les nouvelles Régions devaient en effet trouver un interlocuteur fort, qui ne pouvait plus être le préfet de région, qui se serait trouvé mécaniquement, toutes choses égales par ailleurs, en voie « de sous-préfectorisations ». Il en a été de même des agences de l'Etat, Agences Régionales de Santé comprises. La lente déflagration du, « nouveau », « nouveau big bang » territorial n'a pas encore connu son terme.

⁵¹⁵ Du 20 décembre 2011 au 6 mars 2012, près de 20 000 élus locaux, dont un tiers sont des maires, ont répondu à un questionnaire mis en ligne sur le site internet du Sénat.

A l'occasion de la clôture des États généraux de la démocratie territoriale, le président de la République avait fixé quatre objectifs à la réforme de la décentralisation : « confiance, clarté, cohérence et démocratie »⁵¹⁶. Nous pouvons douter, avec Michel Verpeaux, que « ces buts soient atteints pour l'instant »⁵¹⁷. Il semble bien « que la deuxième moitié du XXème siècle sera [...] caractérisée par un régime de réforme administrative permanente »⁵¹⁸. Encore une fois, Georges Dawson avait vu juste. En se limitant à la deuxième moitié du XXème siècle, il a seulement manqué d'optimisme...

⁵¹⁶ Discours de clôture États généraux de la démocratie territoriale 5 octobre 2012, prononcé par François Hollande.

⁵¹⁷ VERPEAUX Michel, « La jupe-culotte et le chemin de croix... La réforme des collectivités territoriales », AJDA, 2013, p. 1321.

⁵¹⁸ DAWSON Georges, *op.cit.*, p. 527.

CONCLUSION DU CHAPITRE 1

174. L'histoire du XXème siècle, et du début du XXIème, est ainsi celle d'une lente montée de la régionalisation. Les premiers frémissements identitaires, s'ils ne sont pas totalement étiolés, ont laissé place, chemin faisant, à une approche objectivée de la région, envisagée comme le cadre territorial pertinent pour mettre en œuvre les grands axes de la réforme de l'Etat, et abriter les institutions d'une République unitaire à l'organisation déconcentrée. La construction européenne, « *régionophile* », et qui a connu une évolution parallèle, n'est d'ailleurs pas totalement étrangère à ce mouvement, qui aura pu s'appuyer sur des dynamiques internes et externes. Mais pour autant, l'histoire de la régionalisation n'est pas encore l'histoire de la disparition de l'Etat. Si la collectivité régionale occupe une place de plus en plus importante, il ne faut pas oublier que ses pouvoirs, et surtout, ses capacités d'adaptation locale, restent résiduels. En témoigne notamment leur pouvoir normatif très limité.

175. Cependant, face à ces évolutions, la santé est longtemps apparue comme originale. En effet, ce secteur particulier n'a connu les privilèges d'une attention de l'Etat que tardivement. Malgré ce décalage temporel, qui peut trouver à s'expliquer par différentes raisons, et tout particulièrement par la socialisation des questions sanitaires, solidement affirmée dès la fin du second conflit mondial, la santé finira, elle-aussi, par tomber dans le giron de l'administration d'Etat. Dès lors, celui-ci appliquera à ce secteur particulier les recettes déjà bien éprouvées dans les autres domaines à sa charge. Et une fois le retard rattrapé, la santé fera même office de terrain d'expérimentation, dans lequel se déploieront de nouveaux types de structures, de méthodes et d'outils, issus des courants de pensée ayant le vent en poupe.

Chapitre 2. La régionalisation de l'administration sanitaire

176. A l'instar des autres thématiques faisant l'objet d'une préoccupation particulière de l'Etat, le champ spécifique de la santé, en dépit de ses apparentes singularités, a connu, avec un certain décalage, le même mouvement que celui observé dans les autres domaines des politiques publiques prises en charge par l'administration étatique. En effet, une fois « la dépense (...) socialisée, l'autorité publique responsable de cette solidarité ne saurait se désintéresser du bon usage de la ressource réunie grâce à l'effort de tous »⁵¹⁹, d'autant plus lorsque l'augmentation des dépenses rend encore plus « ardente » la nécessité d'une meilleure régulation. L'Etat va donc être conduit à s'intéresser à l'administration du secteur sanitaire. Et, l'observation des grandes tendances observées par ailleurs rendait possible de prévoir les évolutions de l'administration du système de santé, qui aura lui aussi connu une évolution en trois temps : planification – rationalisation– régionalisation (Section 1).

177. Le point d'orgue de cette valse à trois temps, en même temps que son aboutissement, fut la création des Agences Régionales de Santé par la loi Hôpital Patients Santé Territoires de 2009. Mais, longtemps parent pauvre de l'appareil administratif, et alors qu'elle souffrait d'un retard indéniable vis à vis des autres secteurs sur lesquels les fées étatiques avaient jusque-là acceptés de se pencher, l'administration sanitaire apparaît aujourd'hui comme précurseur. En effet, avec les ARS, l'administration sanitaire semble avoir pris de l'avance, en poussant à son paroxysme ce qui pourrait constituer un modèle d'administration modernisée. Pour autant, des objectifs affichés à leur concrétisation, il y a un pas que la nouvelle structure n'a peut-être pas encore franchi (Section 2).

⁵¹⁹ LOPEZ Alain, « Réguler la santé », *op.cit.*, p. 86.

Section 1. L'administration sanitaire : des méthodes classiques pour un secteur original

178. La santé et le secteur sanitaire n'ont pas toujours été administrés par l'Etat. Il aura fallu attendre l'entre-deux guerres pour que les pouvoirs publics décident de prendre en main ces questions au travers d'une socialisation des dépenses qui trouvera sa consécration à la Libération (§1). Dès lors, si les bases sont posées, et la santé socialisée, l'Etat reviendra relativement rapidement aux affaires, modifiant ainsi en partie la nature du système. La santé suivra alors les grandes tendances sur lesquelles sera basée la réforme de l'administration générale (§2).

§1. La prise en main étatique du secteur sanitaire

179. Longtemps considérée comme le parent pauvre de l'administration française, l'organisation du système de santé français ne deviendra une préoccupation nationale qu'au sortir de la première guerre mondiale (A). Ici aussi, le régime de Vichy constituera d'ailleurs une étape importante de l'évolution du système, en initiant certains des grands axes de la future administration de la santé (B).

A. La lente socialisation de la santé

180. C'est peu dire que les prestations sociales ne représentent pas grand-chose dans la France de l'entre-deux-guerres. En 1925, elles s'élèvent en effet à 0,1% du Produit Intérieur

Brut. Si la santé ne représente bien entendu pas l'ensemble des dépenses sociales, il est toutefois possible de constater l'étendue du chemin parcouru⁵²⁰.

181. Les ravages de la grippe espagnole⁵²¹ combinés à la réintégration de l'Alsace-Moselle au sein de l'Hexagone, et, par voie de conséquence, de ses travailleurs, bénéficiaires, pour un temps, des assurances sociales mises en place outre-Rhin à la fin du XIX^{ème} siècle, pousseront les dirigeants de la III^{ème} République à s'intéresser plus avant à ces questions, au travers, notamment, de la mise en place en 1920 du premier ministère délégué sur ses questions : le « Ministère de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociale » fruit de la fusion entre la direction de l'Assistance et de l'Hygiène publique, alors rattachée au ministère de l'Intérieur, et de la direction de la Prévoyance sociale sous la houlette du ministère du Travail, de la Solidarité et de Fonction publique⁵²². Dirigé par le socialiste Jules-Louis Breton, le balbutiant ministère et son administration connaissent des débuts difficiles. « Moitié ignorés, moitié méprisés »⁵²³ le ministère est faiblement doté en moyens humains et matériels⁵²⁴, ne disposant pas même, dans ses équipes, de médecins.

182. « Vaste façade derrière laquelle il n'y a rien »⁵²⁵, le ministère⁵²⁶ et son administration évoluent de nombreuses fois de formes et de périmètre⁵²⁷ avant de porter sur les fonts baptismaux les premières lois de 1928 et de 1930 sur les assurances sociales⁵²⁸.

⁵²⁰ Elles représentent, en 2014, 32,3% du PIB.

Source :

http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er_941.pdf

Consulté le 07/10/2016

⁵²¹ 240 000 victimes de la grippe pour le seul automne 1918 conduiront à confier à Georges Clemenceau, alors Président du Conseil, des services sanitaires éparpillés entre huit ministères.

⁵²² Décret du 27 janvier 1920 fixant les attributions du ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociale, JORF n°27 du 28 janvier 1920, p. 1496.

⁵²³ GREGG Alan, « Social Medicine in France », Archives de la Fondation Rockefeller, 1940.

⁵²⁴ Sa dotation n'est pas inscrite au budget, et financée principalement par une taxe sur les cercles de jeu.

⁵²⁵ MURARD Lion, ZYLBERMANN Patrick, « Les fondations indestructibles : la santé publique en France et la Fondation Rockefeller », Médecine/Sciences n°18, 2002, p. 625.

⁵²⁶ *Sur ce sujet*, v. MURARD Lion, ZYLBERMANN Patrick, « Mi-ignoré, mi-méprisé : le ministère de la santé publique, 1920-1945 », Les Tribunes de la santé, n°1, 2003, p. 19.

⁵²⁷ Jusqu'à devenir en mars 1930 le ministère de la santé publique et de la Prévoyance sociale.

⁵²⁸ Les lois du 5 avril 1928 et du 30 avril 1930 instituent pour les salariés titulaires d'un contrat de travail une assurance pour les risques maladie, maternité, invalidité, vieillesse et décès et la loi du 30 avril 1928 un régime

Fondé sur le principe de l'affiliation obligatoire des salariés, en deçà d'un certain niveau de salaire, à une caisse départementale publique ou à des organismes assureurs privés chargés de collecter une double cotisation, salariale et patronale⁵²⁹ en échange de prestations sociales⁵³⁰, le système, d'inspiration bismarckienne, est, à l'origine, critiqué de toute part. Communistes, syndicats⁵³¹ et patrons font, c'est à noter, front commun contre le texte⁵³² en lui opposant toutefois des arguments différents.

Parallèlement, les médecins, qui avaient déjà jeté un œil circonspect sur le texte de 1898 sur les accidents du travail, ne sont pas particulièrement favorables au texte, loin s'en faut. Craignant de voir apparaître une « *médecine de caisse* » et une remise en cause du mode de rémunération à l'acte – *in fine* une coloration beverdigienne – les syndicats médicaux⁵³³ adoptent, le 30 novembre 1927, une charte médicale affirmant un certain nombre de principes de base qui vont irriguer sans plus de contestation, les règles de la médecine libérale tout au long du XX^e siècle. Il faudra attendre le XXI^e siècle⁵³⁴ pour que certains d'entre eux soient remis en cause, ou à tout le moins, mis en débat⁵³⁵.

Ces principes sont les suivants : liberté d'installation, respect absolu du secret professionnel ; libre choix du médecin par le malade ; entente directe entre le médecin et le malade ou sa famille suivant les conditions de la pratique ordinaire. Ainsi, de par sa mobilisation, le syndicalisme médical français aura été « en mesure de peser sur la définition de l'organisation même du système d'assurance maladie. »⁵³⁶ Les libertés médicales ainsi énumérées seront reprises par le Code de déontologie médicale du 27 juin 1947, puis par la loi du 3 juillet

spécial pour les agriculteurs. Le système est complété par la loi du 11 mars 1932 concernant les employeurs de l'industrie et du commerce.

⁵²⁹ 8% du salaire au total, répartis à égalité entre salarié et patron.

⁵³⁰ Les risques pris en charges sont les suivants : maladie, maternité, invalidité, vieillesse et décès.

⁵³¹ Surtout en ce qui concerne le CGTU, « organe » extérieur du PCF.

⁵³² Les premiers les trouvent fascistes, quand les seconds, socialistes.

⁵³³ L'Union des syndicats médicaux français, devenu en Confédération des syndicats médicaux français en 1928.

⁵³⁴ v. *infra* 812 et suivants

⁵³⁵ Les débats ne manquant pas, à chaque fois, de provoquer une levée de bouclier de la quasi-totalité du corps médical.

⁵³⁶ HASSENTEUFEL Patrick, « Syndicalisme et médecine libérale : le poids de l'histoire », Les Tribunes de la santé, n°1, 2008, n° 18, p. 21.

1971⁵³⁷ avant d'être intégrées en 1985 dans la partie législative du Code de la sécurité sociale⁵³⁸.

183. Les lois de l'avant-guerre, motivées, comme c'est souvent le cas dans l'histoire du droit de la santé par un contexte de crise sanitaire, consacrent ainsi le retour du politique, et surtout de l'Etat, dans l'organisation du système de santé.

184. Même si l'administration de la santé, pour devenir véritablement efficace, aura encore du chemin à parcourir, ces réformes mettent en place ce qui constitue encore aujourd'hui l'une des spécificités du modèle social français : la médecine conventionnée⁵³⁹.

185. Sur le plan hospitalier il faudra attendre encore un peu pour que l'Etat reprenne la main. Le régime de Vichy, comme nous l'avons vu précédemment, jouera ici aussi un rôle décisif, dessinant les grandes tendances qui irrigueront les politiques de santé de l'après-guerre.

⁵³⁷ Loi n° 71-525 du 3 juillet 1971, JORF du 6 juillet 1971.

⁵³⁸ L'article L162-2 du CSS dispose ainsi : « Dans l'intérêt des assurés sociaux et de la santé publique, le respect de la liberté d'exercice et de l'indépendance professionnelle et morale des médecins est assuré conformément aux principes déontologiques fondamentaux que sont le libre choix du médecin par le malade, la liberté de prescription du médecin, le secret professionnel, le paiement direct des honoraires par le malade, la liberté d'installation du médecin, sauf dispositions contraires en vigueur à la date de promulgation de la loi n° 71-525 du 3 juillet 1971 ».

⁵³⁹ La première clinique conventionnée est ouverte à Paris en 1934 dans le XV^{ème} arrondissement parisien. Fondée par le Dr. Arnaud Brunet, médecin périgourdin, elle est située 30, rue des Entrepreneurs et propose, à son ouverture, cinq lits.

B. Le régime de Vichy : dirigisme et planification

186. Sous l'impulsion d'une technocratie ayant saisi « l'opportunité qu'offrait l'effondrement du système républicain et parlementaire, générateur de lenteurs et de difficultés de fonctionnement »⁵⁴⁰, Vichy élargira « l'emprise étatique »⁵⁴¹ sur le secteur sanitaire, à travers la création de l'établissement public hospitalier (1), et la mise en place des premières mesures de réglementation et de planification (2).

1. L'administration hospitalière

187. Avec la loi du 21 décembre 1941 suivi par le décret du 17 avril 1943, le régime de Vichy transforme l'hôpital public en établissement public sanitaire et social ouvert à tous⁵⁴². C'est désormais l'Etat qui le dirige, ou plus précisément son représentant, puisque la direction est confiée à un agent administratif nommé par le préfet du département après obtention d'un concours dédié. Mais si, en 1941, les hôpitaux conservent encore une administration « relativement décentralisée », les directeurs demeurent « les exécuteurs des décisions des commissions administratives »⁵⁴³ toujours présidées par le maire ; le loup est entré dans la bergerie.

2. *Ordem e planifico*

188. Les premières⁵⁴⁴ mesures de réglementation professionnelle concernent d'abord les médecins. La fondation d'un Ordre des médecins, *via* la création du Conseil supérieur des médecins⁵⁴⁵, est réalisée par l'intermédiaire de différents actes dits lois prises de 1940 à

⁵⁴⁰ LECA Antoine, LUNEL Alexandre, SANCHEZ Samuel, « Histoire du droit de la santé », LEH, Coll. Intempora, 2014, p. 244.

⁵⁴¹ LECA Antoine, LUNEL Alexandre, SANCHEZ Samuel, *op.cit.*, p. 243.

⁵⁴² Avec, tout de même, trois classes de confort

⁵⁴³ VICHARD Philippe, « La loi hospitalière du 21 décembre 1941 origines, conséquences », Histoire des sciences médicales, Tome XLI, n°1, 2007, p. 69.

⁵⁴⁴ D'autres professions suivront. Les chirurgiens-dentistes bénéficieront à partir de la loi n°794 du 10 septembre 1942 publiée au JOEF du 16 septembre 1942, p.3153, d'une section dentaire au sein de l'Ordre. Un Ordre spécifique sera créé pour les vétérinaires à compter de l'ordonnance du 18 février 1942, ainsi que pour les pharmaciens par l'acte loi du 11 septembre 1941, JOEF du 20 septembre 1941, p. 4023.

⁵⁴⁵ Devenu Conseil national de l'Ordre médecins en juillet 1943.

1942⁵⁴⁶. L'ensemble des médecins habilités à exercer sur le territoire ont désormais l'obligation d'y être inscrits⁵⁴⁷.

Ce mouvement de réhabilitation des corporations, disparues depuis la Révolution⁵⁴⁸, vise à mieux contrôler et régenter l'activité des professionnels, même si la gestion de ces nouveaux organismes demeure privée, les différents Ordres institués étant des personnes morales de droit privé⁵⁴⁹.

189. Toutefois, c'est principalement concernant l'organisation de la profession pharmaceutique que le régime de Vichy va se distinguer, en proposant la première expérience de planification sanitaire, *via* la loi du 11 septembre 1941⁵⁵⁰. Le nombre d'officines se trouve ainsi limité et celles-ci doivent être réparties sur le territoire, c'est-à-dire, installées à distance les unes des autres. Les installations sont soumises à autorisation délivrée par le préfet après avis du directeur régional de la santé et de la chambre départementale de l'Ordre⁵⁵¹. Le niveau central garde la maîtrise sur la décision finale, mais confie au conseil régional de l'Ordre des pharmaciens le soin de définir un « plan de limitation »⁵⁵² des officines établies sur proposition de l'échelon départemental, tous les niveaux – national, régional et départemental – se trouvant impliqués dans la prise de décision⁵⁵³.

⁵⁴⁶ Lois des 7 octobre 1940, 31 décembre 1942 et 10 septembre 1942.

⁵⁴⁷ Ce qui exclut bien entendu les médecins juifs. D'autres exceptions existent et concernent les médecins militaires en situation active et les médecins agents de l'Etat ou des collectivités territoriales n'exerçant pas la médecine. On voit ici, déjà, transparaître les rapports particuliers qu'ont toujours entretenus ce que l'on appelle aujourd'hui les « médecins conseil », ou « médecins de prévention », vis-à-vis du reste du corps médical...

⁵⁴⁸ Par la loi Le Chapelier du 14 juin 1791.

⁵⁴⁹ Comme c'est toujours le cas aujourd'hui : art. L. 4125-1 CSP

⁵⁵⁰ Loi n° 3890 du 11 septembre 1941 relative à l'exercice de la pharmacie, JOEF du 20 septembre 1941, p. 4023

⁵⁵¹ Art. 21 : « Toute ouverture d'une nouvelle officine, tout transfert d'une officine d'un lieu dans un autre sont subordonnés à l'octroi d'une licence délivrée par le préfet sur la proposition du directeur régional de la santé et de l'assistance après avis de la chambre départementale des pharmaciens ».

⁵⁵² Art. 37 : « Un plan de limitation du nombre des officines sera établi par le conseil régional sur proposition du conseil de la chambre départementale des pharmaciens. Il sera soumis à l'approbation du secrétaire d'Etat à la famille et à la santé. Ce plan devra tendre à fixer le nombre des officines d'après les proportions suivantes, savoir : une officine pour 3 000 habitants dans les villes de 30 000 habitants et plus ; une officine pour 2 500 habitants dans les villes de moins de 30 000 habitants et de 5 000 habitants et plus ; une officine pour 2 000 habitants dans tous les autres cas ». Le texte ajoute certaines dérogations pouvant être accordées, selon les besoins de la population par le secrétaire d'Etat à la famille et à la santé. »

⁵⁵³ Ce principe de répartition démographique des officines est toujours en vigueur aujourd'hui, à la différence près que le directeur général de l'ARS prend seul les décisions.

Art. L 1525-2 CSP.

§2. L'Etat administrateur : recettes générales pour un secteur particulier

190. A la libération, le processus de socialisation des dépenses de santé va entamer sa mue, s'élargissant, avant de s'universaliser, afin d'englober la plupart des individus n'entrant pas dans le périmètre des premières lois⁵⁵⁴.

De plus, le rapport Beveridge⁵⁵⁵, publié en 1942, va teinter la refonte du système en apportant une coloration assistancielle à la logique assurantielle, bismarckienne, qui présidait aux réformes initiales de 1928 et 1930.

191. Néanmoins, la nouvelle « Sécurité sociale »⁵⁵⁶ ainsi constituée en 1945, si elle entend bien garantir « à chacun et en toutes circonstances qu'il disposera des moyens nécessaires pour assurer sa subsistance et celle de sa famille » afin, « dans un souci élémentaire de justice sociale », d'atteindre « la réalisation d'un plan qui couvre l'ensemble de la population »⁵⁵⁷, ne remet pas en cause le fonctionnement et le mode de financement choisis avant-guerre. Le principe de cotisations et prestations sociales uniformes demeure.

192. En d'autres termes, le système mis en place poursuit des objectifs *beveridgiens* – la couverture universelle – et un mode de gestion et de financement *bismarckiens* – les cotisations sociales versées par les travailleurs, et le paritarisme.

Ce péché originel condamnera le système à un déficit structurel qui s'intensifiera à mesure que le chômage progressera, et donc, que les cotisations sociales baisseront. De plus,

⁵⁵⁴ Seuls les salariés bénéficiaient d'une protection sociale face au risque maladie, et les prestations demeuraient limitées.

⁵⁵⁵ LORD BEVERIDGE William, « Social insurance and Allied Services », 1942.

⁵⁵⁶ Ordonnance n° 45-2250 du 4 octobre 1945 portant organisation de la sécurité sociale, JORF du 6 octobre 1945, p.6280 ; Ordonnance n°45-2454 du 19 octobre 1945 fixant le régime des Assurances sociales applicable aux assurés des professions non agricoles, JORF du 20 octobre 1945, p. 6721 ; et loi n° 46-1146 du 22 mai 1946 portant généralisation de la sécurité sociale, JORF du 23 mai 1946, p. 4475.

⁵⁵⁷ Exposé des motifs de l'ordonnance du 4 octobre 1945, *op.cit.*

l'élargissement progressif et continu, du moins jusqu'à la fin du XXème siècle⁵⁵⁸, de l'ouverture des droits à la Sécurité sociale ne manquera pas de déstabiliser ce système hybride. L'augmentation des dépenses et la stagnation des recettes conduiront à revoir la balance financière du système en augmentant peu à peu la part de l'impôt⁵⁵⁹, légitimant ainsi la reprise en main étatique du système de santé. L'augmentation rapide des déficits financiers au sortir des années 1970 accélèrera le processus. Et en reprenant peu à peu la main sur le système de santé, l'Etat abordera son administration de la même manière que les autres champs, via trois axes : planification (A), régionalisation (B), modernisation (C).

A. Un secteur planifié

193. Jusque dans les années 1980 le système de santé restait encore peu administré par l'Etat. Puis, les choix faits laissant la place à une possible reprise en main, les recettes observées dans les autres champs vont se voir appliquer dans le secteur sanitaire, planification en tête. Une fois l'effort planificateur réactivé dans le champ de l'organisation sanitaire (1) – comprise ici dans une acception plus ancienne, principalement axée sur le soin et le secteur hospitalier –, celui-ci s'étendra et se verra renforcé (2) avant d'être progressivement élargi à l'ensemble du dispositif de santé (3).

1. La réactivation de l'effort planificateur

194. Après la première expérience vichyssoise, il faudra attendre un peu pour que l'effort de planification sanitaire soit réactivé. En effet, aucune disposition particulière ne concerne la santé dans le premier Plan de développement économique et social. Et si le second Plan

⁵⁵⁸ La loi du 2 juillet 1999 instaurant la Couverture Maladie Universelle constitue certainement la plus récente avancée vers une universalisation de l'ouverture de la Sécurité sociale. Il y a fort à parier qu'elle en sera la dernière.

Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle, JORF n°0172 du 28 juillet 1999, p. 11229.

⁵⁵⁹ Ainsi que celle prise en charge par les ménages.

comporte des éléments à ce sujet, ils s'inscrivent tout au plus dans une logique de soutien à la reconstruction des équipements hospitaliers ayant souffert de la guerre⁵⁶⁰.

195. C'est finalement le développement et l'affirmation du secteur public hospitalier qui vont conduire les autorités centrales à prendre en main une thématique qui, dans les années 50, « n'est pas une priorité pour les pouvoirs publics »⁵⁶¹.

Le décret du 11 décembre 1958⁵⁶², dans la continuité de la loi de 1941, viendra consolider la position décisionnaire du directeur d'hôpital, ainsi que son allégeance au pouvoir central : sa nomination, toujours sur recrutement après concours national⁵⁶³, est prononcée par le ministre en charge de la santé et non plus par le préfet de département. En charge de « la conduite générale de l'établissement » puis titulaire de la compétence générale dans la gestion de l'Hôpital au détriment du conseil d'administration, le directeur est le responsable hiérarchique d'un personnel hospitalier définitivement fonctionnarisé en 1983⁵⁶⁴. Le personnel médical se voit lui aussi incorporé à temps plein à l'hôpital, via notamment le statut de professeur hospitalo-universitaire promu par les ordonnances Debré de 1958⁵⁶⁵.

196. L'Hôpital public comble ainsi peu à peu le retard avec les établissements privés, à caractère lucratif, grâce à la loi Boulin du 31 décembre 1970, dont « la grande nouveauté » selon André de Laubadère⁵⁶⁶ est d'ailleurs de les associer au service public hospitalier. Rattachement rendant possible du même coup l'établissement, en 1974, d'une première carte sanitaire découpée en vingt et une régions sanitaires⁵⁶⁷ regroupant établissements publics,

⁵⁶⁰ Qu'ils furent détruits, endommagés, ou que les travaux furent interrompus.

⁵⁶¹ LECA Antoine, LUNEL Alexandre, SANCHEZ Samuel, *op.cit.*, p. 261.

⁵⁶² Décret n°58-1202 du 11 décembre 1958 relatif aux hôpitaux et hospices publics, JORF du 12 décembre 1958, p. 11179.

⁵⁶³ Ouvert au niveau licence.

⁵⁶⁴ Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires, JORF du 14 juillet 1983, p. 2174.

⁵⁶⁵ Avec, tout de même le maintien d'un « secteur privé » autorisant les médecins hospitaliers à exercer une partie de l'activité dans le cadre du traditionnel « colloque singulier », au tarif quelquefois lui aussi singulier, réunissant le médecin et sa patientèle privée.

⁵⁶⁶ Cité par PONTIER, Jean-Marie, « Une réforme de l'hôpital sous le signe de la modernisation et de l'efficacité », AJDA, 2009, p. 2205.

⁵⁶⁷ Le découpage, est, peu ou prou, réalisé sur la base du découpage régional administratif. Ces régions sont découpées en 256 secteurs sanitaires, inspirés de la sectorisation psychiatrique de 1960, regroupant 80 000

privés non lucratifs participant au service public, et privés lucratifs ayant sollicité la signature d'un contrat de concession de service public hospitalier⁵⁶⁸. L'Etat espérait par ce biais créer un vaste service, sous sa tutelle, et organisé selon sa volonté. La carte hospitalière autorise ainsi pour la première fois les pouvoirs publics à fixer des objectifs d'équipements, créer, étendre, ou transformer les établissements sanitaires publics comme privés.

197. Confirmation de la « prégnance étatique »⁵⁶⁹, la loi de 1970 ne parvient cependant pas, malgré les ambitions initiales, à mener au bout sa logique, puisque la médecine ambulatoire se voit exclue de cet effort de planification ; la liberté d'installation demeure fortement défendue par les médecins.

2. Le SROS : une planification renforcée et régionalisée

198. Tout comme la régionalisation du système, la logique planificatrice va s'intensifier en 1991 en même temps que la régionalisation du système.

La loi du 31 juillet 1991⁵⁷⁰, dite loi Evin, va adjoindre à la carte sanitaire de 1970 un Schéma Régional d'Organisation Sanitaire – ou SROS⁵⁷¹ –, chargé d'arrêter, dans chaque région, des objectifs chiffrés par type d'installation, par activités, et équipements médico-techniques. La finalité des SROS est aussi, surtout, de mettre en œuvre une rationalisation du système, synonyme de réduction des coûts, et donc des équipements ainsi que du parc global de lits. A ce titre, les SROS, établis pour cinq ans, seront appliqués « à la lettre »⁵⁷² par le « représentant

habitants afin d'autoriser la mise en place d'un plateau technique minimal : radiologie, bloc opératoire, laboratoire d'analyses.

⁵⁶⁸ La loi autorise également les coopérations inter-hospitalières sous forme de syndicats interhospitaliers, afin d'amortir la suppression des petits établissements.

⁵⁶⁹ CLEMENT Jean-Marie, « Panorama critique des réformes hospitalières de 1789 à nos jours », LEH, Coll.Essentiel, 2007, p. 25.

⁵⁷⁰ Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, JORF n°179 du 2 août 1991, p.10255

⁵⁷¹ L'article. L.712-3 du CSP de l'époque dispose : « Le schéma d'organisation sanitaire détermine la répartition géographique des installations et activités de soins définies à l'article L.712-2 qui permettrait d'assurer une satisfaction optimale des besoins de la population. Un schéma est établi pour chaque région sanitaire pour tout ou partie de ces installations ou activités; toutefois, des schémas nationaux ou interrégionaux peuvent être établis pour certaines de ces installations et de ces activités de soins. »

⁵⁷² CLEMENT Jean-Marie, *op.cit.*

de l'Etat »⁵⁷³ en région, chargé de l'arrêter après avis des nouveaux comités régionaux de l'organisation sanitaire et sociale.⁵⁷⁴

199. Légèrement remanié dans le cadre du plan Juppé⁵⁷⁵, c'est surtout le plan Hôpital 2007⁵⁷⁶ qui viendra amender le système de planification hospitalière en supprimant la carte sanitaire et en remplaçant les secteurs sanitaires issus de la loi de 1971 par des « territoires de santé » de trois natures : territoires de santé « pour l'organisation de l'offre », pour « la concertation », pour « la proximité ».

De son côté, le SROS s'affirme un peu plus comme l'outil central de planification locale, en poursuivant son élargissement, notamment à l'offre de soins préventifs, même si le ministère continue de maintenir sa tutelle⁵⁷⁷.

⁵⁷³ Art. L.712-5 du CSP.

⁵⁷⁴ Art. L. 712-6 du CSP. Le tout est chapeauté par un comité national de l'organisation sanitaire et sociale.

⁵⁷⁵ Qui modifiera notamment à la marge le contenu des SROS de deuxième génération, revu par l'article 44 de la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle, modifiant l'article L712-3 du CSP : « Un schéma est établi pour chaque région sanitaire pour tout ou partie des moyens dont la nature est arrêtée par la carte sanitaire. Toutefois, des schémas nationaux ou interrégionaux peuvent être établis pour certaines installations ou activités de soins mentionnées à l'article L. 712-2. Le schéma d'organisation sanitaire vise à susciter les adaptations et les complémentarités de l'offre de soins, ainsi que les coopérations, notamment entre les établissements de santé. Il détermine l'organisation territoriale des moyens de toute nature, compris ou non dans la carte sanitaire, qui permettra la réalisation des objectifs mentionnés à l'article L. 712-1 du CSP. Il peut comporter des recommandations utiles à la réalisation de ces objectifs.

⁵⁷⁶ Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation, JORF n°206 du 6 septembre 2003, p. 15391.

⁵⁷⁷ L'article 5 de l'ordonnance vient modifier l'article L. 6121-1 du CSP : « Le schéma d'organisation sanitaire a pour objet de prévoir et susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins préventifs, curatifs et palliatifs afin de répondre aux besoins de santé physique et mentale. Il inclut également l'offre de soins pour la prise en charge des femmes enceintes et des nouveau-nés. Le schéma d'organisation sanitaire vise à susciter les adaptations et les complémentarités de l'offre de soins, ainsi que les coopérations, notamment entre les établissements de santé. Il fixe des objectifs en vue d'améliorer la qualité, l'accessibilité et l'efficacité de l'organisation sanitaire. Il tient compte de l'articulation des moyens des établissements de santé avec la médecine de ville et le secteur médico-social et social ainsi que de l'offre de soins des régions limitrophes et des territoires frontaliers. Un arrêté du ministre chargé de la santé fixe la liste des thèmes, des activités de soins et des équipements lourds devant figurer obligatoirement dans un schéma d'organisation sanitaire. Le schéma d'organisation sanitaire est arrêté sur la base d'une évaluation des besoins de santé de la population et de leur évolution compte tenu des données démographiques et épidémiologiques et des progrès des techniques médicales et après une analyse, quantitative et qualitative, de l'offre de soins existante. Le schéma d'organisation sanitaire peut être révisé en tout ou partie, à tout moment. Il est réexaminé au moins tous les cinq ans ».

200. Cette extension du domaine de la planification en santé, entendue ici dans son acception large, va trouver des prolongements via la mise en œuvre d'outils de planification s'émancipant du seul contexte hospitalier et de soins.

3. L'élargissement de la planification : le Plan régional de santé publique

201. En parallèle, et dans la foulée de cette planification « hospitalo-centrée » la santé publique a connu, depuis le milieu des années 1990, une vague importante de plans, dont la liste exacte est difficile à tenir à jour⁵⁷⁸.

Allant du bien connu « Plan cancer » au moins célèbre « Plan d'action chlordécone en Martinique et en Guadeloupe », il est difficile de dégager de ses outils « des stratégies transversales »⁵⁷⁹.

Tout au plus, ils permettent de témoigner de « l'ardente » volonté de faire du champ de la santé un champ planifié comme les autres.

202. En 1996, le Plan Juppé va étendre le champ de la planification territoriale à la santé publique en créant les Programmes régionaux de santé, qui seront remplacés, en 2004, par les Plans Régionaux de Santé Publique – PRSP⁵⁸⁰.

Outils structurants de la politique de santé publique en région, les PRSP ont d'abord pour but de dresser l'inventaire des actions entreprises dans un champ longtemps laissé dans un état de quasi-abandon par les pouvoirs publics : la prévention.

⁵⁷⁸ A tel point que le Ministère a jugé utile d'éditer un « livre des plans de santé publique », déjà riche de trois éditions. Celle de 2011 liste trente et un Plans et Programmes.

⁵⁷⁹ LOPEZ Alain, « Réguler la santé », *op.cit.*, p. 100.

⁵⁸⁰ Art 3 de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, JORF n°185 du 11 août 2004, p.14277, modifiant l'art. L. 1411-11 du CSP : « En vue de la réalisation des objectifs nationaux, le représentant de l'Etat arrête, après avis de la conférence régionale de santé mentionnée à l'article L. 1411-12, un plan régional de santé publique. Ce plan comporte un ensemble coordonné de programmes et d'actions pluriannuels dans la région et notamment un programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies, un programme de prévention des risques liés à l'environnement général et au travail et un programme de santé scolaire et d'éducation à la santé ; il tient compte du droit pour les personnes détenues, même dans le cas où elles se trouvent en dehors d'un établissement pénitentiaire en application des articles 723 et 723-7 du code de procédure pénale, d'accéder aux dispositifs mis en œuvre en application de l'article L. 6112-1 du présent code.

Le PRSP doit s'appuyer sur les travaux entrepris dans le cadre des différents schémas régionaux, et donc du SROS ; ce dernier devant lui aussi prendre en compte les objectifs du PRSP⁵⁸¹.

203. La planification s'inscrit alors dans une démarche englobante et itérative, qui, faute d'articulation claire, et, surtout, confrontée à un émiettement des responsabilités entre les différentes autorités chargées de produire leur plan pour un champ donné, et donc forcément restreint, ne permet pas de produire les bénéfices, déjà difficilement conciliables, escomptés : meilleure efficacité du système, meilleure anticipation des besoins, réduction des dépenses.

Mais avec les PRSP, « couche de plus ajoutée au mille-feuille »⁵⁸², qui connaîtront, selon les régions, des fortunes diverses, le dernier pas est franchi avant l'aboutissement de la logique planificatrice qui interviendra via l'instauration des ARS⁵⁸³.

204. Ils témoignent également, tout comme le SROS, de la régionalisation de l'administration sanitaire, évolution en cohérence avec celle observable dans les autres champs d'action de l'Etat.

B. Un secteur régionalisé

205. En parallèle du mouvement de territorialisation observable dans l'organisation de l'administration étatique et ayant conduit à la montée en puissance du niveau régional, le secteur de la santé connaîtra lui aussi sa mue territoriale.

La région, là aussi, apparaît comme le meilleur des échelons (1) pour démocratiser (2) le système et, surtout, le rationaliser (3).

⁵⁸¹ Loi du 9 août 2004, art.3.

⁵⁸² LOPEZ Alain, « Réguler la santé », *op.cit.*, p. 119.

⁵⁸³ v. *infra* 253 et suivants.

1. La région : le bon échelon d'administration

206. La régionalisation du système de santé est d'abord apparue comme un moyen d'accompagner la planification hospitalière.

Là encore, c'est la loi hospitalière de 1970 qui, en instaurant la carte sanitaire sur une base régionale et, dans le même temps, les commissions régionales de l'hospitalisation, les comités régionaux d'équipement sanitaire et les commissions régionales d'agrément pour les cliniques, marque le point de départ de ce processus.

Dans la continuité, c'est peu à peu l'administration même de la santé qui s'organise à l'échelon régional avec notamment l'instauration des Directions régionales des affaires sanitaires et sociales – DRASS – en 1977⁵⁸⁴. Elles constituent une fusion des services de l'Etat et de l'Assurance maladie, leur directeur devenant titulaire «des attributions précédemment exercées par le directeur régional de la sécurité sociale, chef du service régional de l'action sanitaire et sociale et le médecin inspecteur régional de la santé »⁵⁸⁵.

207. Il faut cependant attendre les années 90 pour que la régionalisation devienne un « axe majeur »⁵⁸⁶ des politiques sanitaires. Après la loi Evin, qui créera, nous l'avons vu, les SROS et les comités régionaux de l'organisation sanitaire et sociale, le mouvement va se poursuivre avec la création des Unions Régionales de Médecins Libéraux – URML – en 1993⁵⁸⁷ puis des URCAM, et des Agences Régionales de l'Hospitalisation – ARH – , prolongement dans le secteur hospitalier du rapprochement entre l'Etat et l'Assurance Maladie opéré avec la création des DRASS, et des conférences de santé avec les ordonnances du 24 avril 1996.

⁵⁸⁴ Décret n°77-429 du 22 avril 1977 portant organisation des directions régionales et départementales des affaires sanitaires et sociales, JORF du 24 avril 1977, p. 2393.

⁵⁸⁵ Article 2 du décret n°77-429 du 22 avril 1977, *op.cit.*

⁵⁸⁶ ENA, « Les politiques de santé », séminaire, promotion 2002-2004 Léopold Sédar Senghor, ENA, Strasbourg, 2004, p. 6.

⁵⁸⁷ Loi n° 93-8 du 4 janvier 1993 relative aux relations entre les professionnels de santé et l'assurance maladie, JORF n°3 du 4 janvier 1993, p. 251.

208. La reconnaissance de l'échelon régional comme cadre de référence de l'action sanitaire sera gravée dans le marbre de la loi en 2004. La région est en effet confirmée dans son rôle de pivot de l'action sanitaire par la loi du 9 août 2004. Le texte, qui met en place les PRSP, renforce le rôle des Conférences Régionales de Santé – CRS – et crée les Groupements Régionaux de Santé Publique – GRSP. Le Groupement « a pour mission de mettre en œuvre les programmes de santé contenus dans le plan régional de santé publique »⁵⁸⁸. Il réunit l'État et ses établissements publics, l'ARH, l'URCAM, les Caisses Régionales d'Assurance Maladie – CRAM – , et les collectivités territoriales. Il a pour but de favoriser le « rapprochement entre les acteurs régionaux de l'observation sanitaire et sociale pour améliorer la cohérence et la disponibilité des informations nécessaires à son action et met en place les moyens nécessaires au suivi et à l'évaluation des actions qu'il mène »⁵⁸⁹. La loi du 13 août 2004, portant réforme de l'assurance maladie, consacre quant à elle une section à « l'organisation régionale » et crée des Missions Régionales de Santé – MRS – entre ARH et URCAM.

209. La mue du système est donc finalisée : la régionalisation est acquise. Elle poursuit deux objectifs essentiels : rationaliser et démocratiser le système.

2. Régionaliser pour démocratiser

210. « Rapprocher la politique de santé des citoyens, mieux prendre en compte les besoins de la population, favoriser une médecine de qualité et de proximité »⁵⁹⁰ sont les arguments généralement présentés à l'appui de la régionalisation.

211. Le processus répond ainsi à la demande croissante de participation des usagers ; le développement d'organisation d'associations, comme le Comité inter associatif sur la santé,

⁵⁸⁸ Art. 8 créant l'art. L. 1411-14 du CSP.

⁵⁸⁹ Décret n°2005-1234 du 26 septembre 2005 relatif aux groupements régionaux ou territoriaux de santé publique, JORF n°229 du 1 octobre 2005, p. 15708.

⁵⁹⁰ TABUTEAU Didier, « La régionalisation du système de santé en questions », in Droit Social, 2002, n° 7-8, p. 745.

témoigne de cette nouvelle donne : la parole doit être rendue aux premiers bénéficiaires du système, et, pour cela, il est nécessaire de se rapprocher d'eux.

La régionalisation s'inscrit également dans un contexte de territorialisation permettant d'associer à sa gestion non seulement les usagers du système, mais également ses acteurs : les professionnels de santé de terrain.

Cette approche pédagogique et partenariale ayant pour but de faciliter, et de rendre plus acceptables, les mesures de rationalisation généralement accompagnées d'objectifs de diminution des dépenses inévitablement associées à l'ensemble des inflexions de l'action publique contemporaine.

212. Régionaliser a ainsi pour but de rationaliser le système en simplifiant son organisation locale, dans une volonté de réduction de coût et de lisibilité.

3. Régionaliser pour rationaliser

213. Jugée coûteuse, l'extrême centralisation des systèmes de santé a été abandonnée par la plupart des États européens⁵⁹¹. Pour le rapport Humbert de 1986, la décentralisation apparaît comme la meilleure réponse à « la croissance rapide des dépenses de santé » et à la difficulté qui en découle « d'assurer l'équilibre financier du système de protection sociale »⁵⁹².

Le processus est donc censé favoriser la recherche d'efficience du système de santé, confronté à des problèmes de financement de plus en plus importants : « cette progression ferme de la décentralisation des compétences et de la déconcentration des crédits publics s'appuie sur la certitude que l'échelon régional est à la fois le plus à même d'assurer l'adéquation entre l'offre et la demande et de soutenir des pratiques innovantes »⁵⁹³. Pour certains⁵⁹⁴,

⁵⁹¹ À ce sujet, v. POLTON Dominique, « Décentralisation des systèmes de santé : un éclairage international », *op.cit.*

⁵⁹²HUMBERT René « Une décentralisation du système de santé », Commissariat général du Plan, Paris, La Documentation française, 1986, p. 6

⁵⁹³ HALLEY DES FONTAINES Virginie, JABOT Françoise, « Santé et territoires : les enjeux des politiques locales », *in* Santé publique, 2005, n° 1, n° 51, p. 8.

⁵⁹⁴ ENA, « Les politiques de santé », *op. cit.*, p. 6.

l'affirmation d'un projet régional fort et structuré pourrait même endiguer les inégalités régionales constatées.

214. Mais l'installation de l'échelon régional apparaît également comme un élément transversal de la déconcentration des pouvoirs. La région est régulièrement présentée comme l'« unité-politico administrative d'avenir [...] pour résoudre tous les maux de l'époque et donc éventuellement aussi les difficultés du système national de santé »⁵⁹⁵. Le processus s'inscrit en réalité, dans une évolution générale de l'action de l'État développant la subsidiarité et la proximité. Ainsi pour Philippe Ligneau, elle s'observe de la même façon dans le secteur social⁵⁹⁶.

La réforme de 1996 marque ainsi un tournant essentiel vers l'évolution de la région comme territoire de santé de référence et de contrôle des dépenses en y installant des outils de régulation de l'offre de soins et d'organisation d'une politique de santé publique. Apparaîtront à cette occasion des mécanismes de péréquation régionale des dépenses hospitalières.

La création des Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins – PRAPS – en 1998⁵⁹⁷ participe également de cette logique qui se prolongera en 2000 avec les accords régionaux de bon usage des soins de médecins libéraux prévus à la Loi de Financement de la Sécurité Sociale – LFSS – pour 2000⁵⁹⁸, et en 2002⁵⁹⁹ avec la loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé instaurant les conseils régionaux de la santé.

Le territoire régional profite de plus des diverses institutions implantées. À ce titre, le Conseil économique et social régional ainsi que le Comité régional d'Organisation sanitaire et sociale

⁵⁹⁵ DE BERRANGER Thibaut, « Les compétences des régions en matière de santé dans les quinze Etats membres de l'Union européenne, approche comparative pour contribuer à la réflexion sur une éventuelle décentralisation du système de santé français », *RDSS*, 2006, n° 2, p. 2.

⁵⁹⁶ LIGNEAU, PHILIPPE, « Les régions, nouveaux acteurs dans le secteur social et la santé », *RDSS*, 1996, p. 485.

⁵⁹⁷ Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions, *JORF* n°175 du 31 juillet 1998, p. 11679.

⁵⁹⁸ Loi n° 99-1140 du 29 décembre 1999 de financement de la sécurité sociale pour 2000, *JORF* n°302 du 30 décembre 1999, p. 19706.

⁵⁹⁹ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, *JORF* du 5 mars 2002, p. 4118.

et l'ORS, apparus en 1982⁶⁰⁰, permettent de fournir à l'échelon régional une véritable force d'expertise, d'études et d'analyses.

215. C'est dans cet espace régionalisé et planifié que le contenu du *New Public Management* – NPM – va diffuser.

C. Un secteur modernisé : *New public management* et santé

216. Les promoteurs du *New Public Management* avancent l'idée que « l'inflation budgétaire, désormais reconnue et dénoncée au sommet de l'Etat, est due à l'inefficience du modèle bureaucratique selon lequel fonctionne cette organisation [...], ce modèle conduirait donc inévitablement à un gaspillage de moyens financiers et humains »⁶⁰¹.

217. Trois manifestations fortes du NPM vont ainsi pouvoir être identifiées en santé : la rationalisation comptable (1), la contractualisation (2), et *l'agencification* (3).

1. La rationalisation comptable

218. Le Conseil économique et social relève avec justesse que « ce sont presque toujours, outre un souci constant de rationalisation et de coordination, des difficultés financières qui sont à l'origine des réformes engagées ». Cette approche de rationalisation comptable transparaît dans certains outils mis en œuvre, que ceux-ci soient mis en œuvre au niveau national (a) ou, dans les territoires, au niveau des établissements (b).

⁶⁰⁰ Circulaire n°39 du 4 mars 1982, relative à la régionalisation des actions de prévention, BO du Ministère des affaires sociales et de la solidarité nationale n° 21 du 30 juin 1982.

⁶⁰¹ FERGUENE Ameziane, « Le New Public Management et la réforme de l'hôpital public en France avec la loi HPST. L'administration publique en Algérie : entre les impératifs de la modernisation et les défis de l'évaluation : Regards croisés sur les bonnes pratiques internationales », Colloque Constantine, 2014
L'auteur s'exprimait à propos de l'hôpital, mais le propos pourrait être étendu.

a. Des outils de contrôle nationaux

219. Une série de réformes, engagées depuis le milieu des années 1990, vont venir ouvrir la possibilité d'un contrôle des dépenses de santé par la représentation nationale.

Instauré par la loi organique du 22 juillet 1996 portant création des lois de financement de la sécurité sociale, l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie – ONDAM – a pour principale finalité de participer à la régulation des dépenses d'assurance maladie. L'objectif est de fixer un montant prévisionnel de dépenses et de s'y conformer.

220. La LFSS n'ayant pas de portée budgétaire, l'ONDAM est une simple norme d'évolution de la dépense, et non une enveloppe limitative. Le vote du Parlement porte ainsi aussi bien sur l'exercice clos que sur l'exercice présent, et même sur l'exercice à venir. Les LFSS comportent également des tableaux d'équilibre permettant de rapprocher les prévisions de recettes des différentes branches de sécurité sociale des objectifs de dépenses qui leur sont fixés. Ceci ne verrouille pas les dépenses mais permet de prévoir puis d'analyser plus finement les impacts des politiques budgétaires menées dans chaque domaine.

En effet, pour d'évidentes raisons, le dépassement de l'ONDAM n'entraîne pas l'interruption des prestations versées par l'Assurance maladie. Mise à part l'année 1997 et ce jusqu'en 2010⁶⁰², cet objectif a d'ailleurs été systématiquement dépassé.

221. La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie est cependant venue renforcer le caractère contraignant joué par l'ONDAM en mettant en place un comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie. Aux termes de l'article L 114-4-1 du code de la

⁶⁰² Le dépassement de l'ONDAM peut trouver son explication dans deux facteurs non exclusifs. Il peut résulter d'une erreur dans l'évaluation ou de la survenance d'événements non prévisibles tels que la pandémie grippale à laquelle nous sommes confrontés.

Les difficultés d'une évaluation précise du niveau des dépenses sont d'ailleurs renforcées par la méthode de calcul de l'ONDAM. La base prise en compte est le montant des réalisations prévues pour l'année en cours. Ainsi, les divergences entre les prévisions et les dépenses finales de l'année N auront un impact direct sur les prévisions de l'année N+1. De ce fait, les erreurs prévisionnelles sont susceptibles de se répéter et de s'aggraver d'année en année.

sécurité sociale, le Comité⁶⁰³ est chargé d'alerter le Parlement, le Gouvernement, les caisses nationales d'assurance maladie et l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire, en cas d'évolution des dépenses d'assurance maladie incompatible avec le respect de l'ONDAM.

222. Malgré diverses tentatives, une version territorialisée de l'ONDAM, l'Objectif Régional des Dépenses d'Assurance Maladie – ORDAM⁶⁰⁴ –, ne verra pas le jour. Cela aurait pourtant permis de mettre en cohérence les différentes évolutions touchant le système de santé. Le volet Hôpital de l'ONDAM fait tout de même l'objet de négociations entre les établissements et le représentant de l'Etat titulaire des compétences sanitaires en région. La création d'un ORDAM général s'est notamment heurtée aux médecins, et au premier de leurs syndicats, la Confédération des Syndicats Médicaux Français – CSMF –, qui considère cette perspective comme « une véritable provocation » ayant pour finalité « d'achever l'édifice de l'étatisation de la médecine libérale »⁶⁰⁵.

223. Par la mise en place de la LFSS, le plan Juppé vient ainsi inscrire les dépenses de santé, prises dans leur globalité, dans le périmètre de contrôle des parlementaires, mais aussi, par voie de conséquence, de celui de la Cour des comptes⁶⁰⁶, achevant ainsi de « remettre en cause le paradoxe d'une gestion qui échappait ainsi aux règles de la démocratie politique au

⁶⁰³ Il est composé du secrétaire général de la Commission des comptes de la sécurité sociale, du directeur général de l'Institut national de la statistique et des études économiques et d'une personnalité qualifiée nommée par le président du Conseil économique et social.

⁶⁰⁴ La définition d'ORDAM avait été discutée à l'occasion des débats relatifs à la loi HPST, puis en 2012, les ORDAM referont leur apparition par le truchement d'une proposition de loi organique créant des objectifs régionaux de dépenses d'assurance maladie présentée par Madame et Messieurs Patrice MARTIN-LALANDE, Gilles CARREZ, Jean-Pierre DOOR, Denis JACQUAT, Maurice LEROY, Bernard PERRUT et Bérengère POLETTI le 27 juin 2012.

A ce propos v. *infra* 787 et s.

⁶⁰⁵ Communiqué du 7 juillet 2011

Source :

<http://csmf.blog.lemonde.fr>

Consulté le 9/04/16

⁶⁰⁶ Alinéa 5 de l'art. C. 47-1 de la loi de 1996 modifiant l'article 47-2 de la Constitution: « La cour des comptes assiste le Parlement et le Gouvernement dans le contrôle de l'application des lfss.»

Loi constitutionnelle no 96-138 du 22 février 1996 instituant les lois de financement de la sécurité sociale, JORF n°46 du 23 février 1996, p. 2911.

nom d'une démocratie sociale dont l'échec était manifeste »⁶⁰⁷ ; ce contrôle se juxtaposant à celui déjà exercé par la Commission des comptes de la sécurité sociale créée en 1974⁶⁰⁸.

224. La création de la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale⁶⁰⁹, composée de treize députés chargés de veiller à la bonne gestion des dépenses de santé, puis l'adoption de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale – LFSS⁶¹⁰ – , venant notamment intensifier dans les LFSS la logique de performance, et ainsi la coloration « NPM » du dispositif, au travers de l'adoption de programmes de qualité et d'efficience⁶¹¹, viendront renforcer le contrôle parlementaire sur les finances de la Sécurité sociale. En filigrane, c'est bien à une reprise en main de l'Etat que l'on assiste.

225. Cette rationalisation comptable s'étendra dans un second temps dans les territoires eux-mêmes, et plus spécifiquement au niveau des établissements de santé.

b. Des outils locaux, au sein des établissements

226. La diffusion des concepts issus du NPM trouvera sa principale traduction, au niveau des établissements de santé, par la mise en place de la tarification à l'activité – T2A. Outil privilégiant « les recettes sur les dépenses, les résultats sur les moyens »⁶¹², l'installation de la T2A⁶¹³ va de pair avec la refonte des autres dispositifs budgétaires. Le budget devient « état prévisionnel des recettes et dépenses », et les missions de service public font l'objet d'un

⁶⁰⁷ PELLET Rémi, « La cour des comptes et les lois de financement de la Sécurité sociale », Droit social, 1996, p. 774.

⁶⁰⁸ Décret n°79-237 du 22 mars 1979 portant création d'une commission des comptes de la sécurité sociale, JORF du 27 mars 1979, p. 670.

⁶⁰⁹ Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, art 38, JORF n°0190 du 17 août 2004, p. 14598.

⁶¹⁰ Loi organique n° 2005-881 du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale, JORF n°179 du 3 août 2005 p. 12633.

⁶¹¹ Ces programmes sont déclinés par domaine (Maladie, Accidents du travail/maladies professionnelles, Retraites, Familles, Invalidité, dispositifs gérés par la CNSA, Financement) et s'appuient sur un diagnostic de la situation pour poser des objectifs et des indicateurs de suivi, des moyens associés et l'exposé des résultats des deux derniers exercices.

⁶¹² CLEMENT Jean-Marie, « Panorama critique des réformes hospitalières de 1789 à nos jours », LEH, Coll.Essentiel, Bordeaux, 2007, p. 39.

⁶¹³ Art. 22 à 34 de La loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004, JORF n°293 du 19 décembre 2003, p. 21641.

financement spécifique via une enveloppe dévolue aux missions d'intérêt général, les MIGAC.

227. Révolution copernicienne du financement des soins hospitaliers, passant d'une logique de financement *par l'amont*, via des dotations globales, à un financement *par l'aval*, en fonction de l'activité réelle d'établissements désormais responsables de leur bonne santé financière, la T2A, qui concerne les activités de MCOO⁶¹⁴, est un élément essentiel de la « Nouvelle gouvernance hospitalière » issue du plan Hôpital 2007⁶¹⁵. En adoptant la T2A, « la France a ainsi rejoint une majorité de pays occidentaux qui, tout en appliquant des modèles variables, ont adopté le principe de tarifs, correspondant chacun à un paiement forfaitaire par type de séjour donné »⁶¹⁶. Pour autant, la T2A n'est pas exempte de défauts, et a révélé « des clivages devenus, [...] quasiment idéologiques »⁶¹⁷.

De fait, elle ne repose que sur une analyse comptable des soins, faisant courir le risque d'une baisse de la qualité des soins proposés au profit d'une multiplication d'actes rémunérateurs. Elle induit également des mécanismes de marché, entraînant des phénomènes de distorsion de la concurrence entre les établissements de santé ; d'autant plus importants que se côtoient un secteur public et un secteur privé ne répondant pas exactement aux mêmes objectifs⁶¹⁸.

Ainsi, « par nature, la T2A incite les établissements à augmenter leur activité ; l'expérience des autres pays montre que l'introduction de la T2A a accru la propension des établissements à induire la demande de soins pour développer l'activité de certains de leurs services

⁶¹⁴ Médecine, chirurgien obstétrique, et depuis mars 2008, odontologie.

⁶¹⁵ Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé, JORF n°102 du 3 mai 2005, p. 7626, et décret n° 2005-421 du 4 mai 2005 portant diverses dispositions relatives au fonctionnement des établissements publics de santé et modifiant le code de la santé publique, JORF n°104 du 5 mai 2005, p. 7846.

⁶¹⁶ MILON Alain, LE MENN Jacky, « Rapport d'information fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale de la commission des affaires sociales sur le financement des établissements de santé », n°703, Sénat, 2012, p. 7.

⁶¹⁷ MILON Alain, LE MENN Jacky, « Rapport d'information fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale de la commission des affaires sociales sur le financement des établissements de santé », *op.cit.*, p. 87.

⁶¹⁸ *A ce sujet*, v. CHONE Philippe, EVAIN Franck, WILNER Lionel, YILMAZ Engin, « Réforme du financement des hôpitaux publics : quel impact sur leur niveau d'activité ? », Etudes et résultats, n°862, Drees, Insee, Paris, 2014.

profitables »⁶¹⁹. Par ailleurs, « en tant que mode de financement, la T2A n'a aucune vocation à assurer une couverture optimale des besoins ni à améliorer la qualité des soins »⁶²⁰.

Par ailleurs, la T2A n'est pas, bien au contraire, un outil efficace du point de vue de la régulation territoriale. Comme le notait un rapport sénatorial de 2012, « la mise en place d'une tarification liée à l'acte thérapeutique pratiqué induit, presque instinctivement, à l'idée que le financement doit être égal quels que soient le lieu ou les modalités d'exercice, l'acte étant censé être le même et le patient soigné de manière identique [...] or, des différences fondamentales existent entre l'ensemble des établissements de santé en France, en ce qui concerne les modes de prise en charge, les contraintes d'organisation, le coût des personnels ou encore la capacité à programmer l'activité »⁶²¹.

228. Un dispositif a toutefois été mis en place pour limiter les distorsions dans l'activité : les objectifs quantifiés d'offre de soins – ou OQOS. En cas de dépassement de son OQOS un établissement pourra ainsi se voir infliger une pénalisation financière par la Caisse Primaire d'Assurance maladie dont il relève.

229. Ces OQOS sont intégrés dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens – CPOM – , engageant établissement de santé d'un côté, et représentants de l'état de l'autre. Cette contractualisation prévue dans le cadre du Plan Hôpital 2007 est l'une des autres manifestations notables du NPM dans le secteur sanitaire.

⁶¹⁹ OP Zeynep, RENAUD Thomas, « Principes et enjeux de la T2A. Enseignements de la théorie économique et des expériences étrangères », Irdes, DT n°23, Paris, 2009, p. 20.

⁶²⁰ *ibid.*

⁶²¹ MILON Alain, LE MENN Jacky, « Rapport d'information fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale de la commission des affaires sociales sur le financement des établissements de santé », n°703, Sénat, 2012, p. 125.

2. Le développement de la contractualisation

230. Même si elle n'est pas à proprement parler nouvelle dans le champ de la santé⁶²², ni, d'ailleurs, dans celui de l'administration⁶²³, la contractualisation va connaître une intensification notable à partir des années 1990.

Amorcée en 1991, mais consacrée par la loi de 1996, la contractualisation entre les établissements de santé et l'organe de tutelle est désormais un outil essentiel d'administration de la santé. Si en 1991, les principes d'autonomie financière et administrative étaient des éléments fondamentaux du nouveau statut d'établissement public de santé⁶²⁴, ce constat invite à être relativisé par ce nouveau dispositif. « Instrument de la politique de régulation opérée par les pouvoirs publics » et s'appuyant « sur la définition d'une stratégie hospitalière étatique destinée à rationaliser le coût de la santé », la nature contractuelle du CPOM est en effet toute relative. Obligation de le négocier et de le conclure, déséquilibre entre les parties⁶²⁵, dont l'un est la tutelle de l'autre, et lui-même soumis à la tutelle centrale qui impose ses objectifs et ses orientations, laissent dubitatif sur la marge de manœuvre réelle des établissements.

231. A sa création, la doctrine sera d'ailleurs très partagée sur ce nouvel outil. « Nouvelle ruse de l'Etat » pour Jacques Caillosse, « emblème de la liberté [...] mis au service d'une réduction de leur autonomie » au contraire « renforcée » par les CPOM pour Jacques Chevallier⁶²⁶, les établissements, selon les situations locales, et les rapports entretenus avec la tutelle, se forgeront leur idée.

⁶²² La relation patient – médecin s'inscrit dans un rapport contractuel, comme a pu le rappeler le célèbre arrêt Mercier, et des conventions gèrent, depuis déjà longtemps, les rapports entre les Caisses et la médecine de ville.

⁶²³ *A ce sujet*, v. AMILHAT Mathias, « Contractualisation, négociation, consensualisme : nouvelles approches du droit public », RFDA, 2018, p. 1

⁶²⁴ Ancien article L714-1 du CSP devenu article L6141-1 du CSP.

⁶²⁵ Le constat est d'autant plus vrai que la taille des établissements est faible.

⁶²⁶ Cité par ALIE SANDEVOIR Isabelle, « Les conséquences des réformes hospitalières sur l'autonomie des établissements publics de santé », in VANDENDRIESSCHE Xavier (textes réunis par) « Etudes en l'honneur de Pierre Sandevor Services publics, services publics », L'Harmattan, Alès, 2000, p. 259.

Mais, en tout état de cause, les évolutions postérieures⁶²⁷, venus renforcer son « caractère contraignant »⁶²⁸ et augmenter la liste des points devant être inscrits au CPOM, ont apporté de l'eau au moulin de ceux qui ne voyaient dans les CPOM qu'un contrat d'adhésion⁶²⁹ et non un véritable outil de renouvellement des rapports entre tutelle et opérateurs inscrits dans les territoires.

232. Dans le même temps, le développement d'une « contractualisation "Canada dry" »⁶³⁰ s'appuyant sur véritable arsenal d'outils *pseudo-contractuels*, a pu être observé dans l'ensemble du système de santé. Les CPOM s'imposeront peu à peu comme un outil central de dialogue et de contrôle avec les établissements du secteur médico-social, comme avec les acteurs associatifs de la prévention. Et au sein même des établissements de santé de nombreux contrats apparaissent, contrats de pôle, contrats d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins ou autres contrats d'amélioration des pratiques.

233. La contractualisation est également au centre des rapports entre l'Etat et la Sécurité sociale. Les Conventions d'Objectifs et de Gestion – COG – , conclues, depuis 1996⁶³¹, entre l'Etat et les caisses nationales des régimes de Sécurité sociale visent ainsi à engager les parties sur des objectifs communs en vue de l'amélioration et de la modernisation du système.

Trouvant leur prolongement local dans les contrats pluriannuels de gestion liant caisses nationales et locales, elles sont ainsi la source de diffusion par capillarité d'un nouveau mode de relation entre Etat et sécurité sociale d'un côté, et structures locales et centrales de l'autre.

⁶²⁷ Notamment, ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation, JORF n°206 du 6 septembre 2003, p. 15391.

⁶²⁸ SAISON Johanne, « Un patron dans l'hôpital : mythe ou réalité ? », AJDA, 2010, p. 888.

⁶²⁹ *A ce propos v.* HARDY Jacques, « Le contrat dans la réforme hospitalière du 24 avril 1996 », Dr. Soc., 1997, p. 949 ; KADOCH Avi, « La délégation de gestion du service public hospitalier », Paris I, 2004, p. 119 ; CORMIER Maxime, « Le phénomène contractuel en droit de la santé », RGDM, 2007, n°spécial, « Le contrat en droit de la santé », p. 21 ; MORDELET Patrick, « Les contrats d'objectifs et de moyens des établissements de santé », *op.cit.* p. 151 ; cités par SAISON Johanne, « Un patron dans l'hôpital : mythe ou réalité ? », *op.cit.*

⁶³⁰ *in* CHEVALLIER Jacques, « Synthèse », *in* FORTIN Yves (dir.), « La contractualisation dans le secteur public des pays industrialisés depuis 1980 », L'Harmattan, 1999, p. 397.

Cité par AMILHAT Mathias, « Contractualisation, négociation, consensualisme : nouvelles approches du droit public », *op.cit.*

⁶³¹ Ordonnance n° 96-344 du 24 avril 1996 portant mesures relatives à l'organisation de la sécurité sociale, JORF n°98 du 25 avril 1996, p. 6301.

Prolongements des plans pluriannuels de gestion administrative initiés en 1988⁶³², qui constituent leur « banc d'essai »⁶³³, les COG, pluriannuelles elles aussi, constituent la feuille de route quadriennale des rapports entre l'Etat et les caisses.

Ces COG n'échappent pas non plus au contrôle parlementaire. Afin, certainement, de désamorcer cette impression de reprise en main de l'Etat, sur le système de santé, en même temps que de démocratiser le dispositif, la loi instaure également auprès de chaque branche de la sécurité sociale des conseils de surveillance constitués de parlementaires et de représentants de la société civile⁶³⁴. Les conseils « lieu de médiation »⁶³⁵ entre la représentation nationale, les caisses, l'Etat, et la société civile se réunissent au moins deux fois par an afin, justement, d'examiner les conditions de mise en œuvre des COG.

234. Un pas supplémentaire sera franchi par la loi du 26 janvier 2016 qui remplacera les COG par un contrat dénommé « Plan National de Gestion du Risque et d'Efficiences du Système de Soins » – PNGDRESS⁶³⁶ –, celui-ci étant décliné en régions et arrêté par le DGARS après concertation avec les caisses locales d'assurance maladie et avec les organismes complémentaires d'assurance maladie⁶³⁷. Outre l'accentuation de la régionalisation du dispositif, le changement sémantique opéré pourrait témoigner d'un glissement de la contractualisation vers la planification, au sens classique du terme. Peut-être s'agit-il pour l'Etat d'appeler *un chat un chat*, et ne plus abriter derrière des dispositifs pseudo-conventionnels, n'ayant de contractuels que les atours, un acte qui est en réalité principalement unilatéral.

235. A côté de cette montée en puissance du fait contractuel dans le domaine sanitaire, les thèses du NPM trouveront une autre extension pratique par l'intermédiaire de *l'agencification*.

⁶³² Pour le régime général, puis pour les autres régimes de non-salariés non agricoles à partir de 1991.

⁶³³ SOULIE Bruno, « Les conventions d'objectifs et de gestion : le nouveau cadre d'exercice des responsabilités respectives de l'Etat et de la Sécurité sociale », Droit social, n°9-10, 1996, p. 794.

⁶³⁴ Art L.228-1 du code de la sécurité sociale.

⁶³⁵ SOULIE Bruno, *op.cit.*

⁶³⁶ Art. 162, Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, *op.cit.*

⁶³⁷ Art. L1432-2 CSP.

3. L'agencification

236. A partir du moment où l'Etat a souhaité reprendre la main sur le système de santé, il lui a en effet fallu s'équiper en fonction. Jusqu'alors limité à un « strapontin administratif »⁶³⁸, l'administration de la santé, parent pauvre de l'appareil administratif français, va se trouver bouleversée à partir des années 1980 : croissance exponentielle des objectifs de la Direction Générale de la Santé, refonte du statut des personnels, revisite des rapports avec la Sécurité sociale ... et développement des agences (a). Dans un premier temps, il s'agira de structures à l'ancrage national, puis, peu à peu, le phénomène gagnera le niveau territorial inférieur (b).

a. Décryptage du phénomène

237. Structure importée du modèle anglo-saxon⁶³⁹, témoignant là aussi des colorations *beveridgiennes* que les différentes réformes ont apportées, les Agences ne répondent toutefois pas à un modèle précis, en termes d'organisation comme en terme de structuration juridique. Initié en 1993, le mouvement s'est intensifié à la suite du rapport Picq⁶⁴⁰, pour finalement aboutir à la création de dix-huit agences sanitaires aux statuts disparates⁶⁴¹.

Favorisée par un contexte européen⁶⁴² et international bienveillant vis-à-vis de ses structures dont l'Etat a fait son modèle d'action pour le champ sanitaire, l'incitant à créer des structures

⁶³⁸TABUTEAU Didier, « Les agences sanitaires : balkanisation d'une administration défaillante ou retour de l'Etat hygiéniste ? », Les Tribunes de la santé, n°1, 2003, p. 36.

⁶³⁹ Dont l'exemple le plus emblématique est certainement la Federal Drug Agency.

⁶⁴⁰ PICQ Jean, « L'État en France : servir une nation ouverte sur le monde », rapport au Premier ministre, 1995

⁶⁴¹ Le rapport Bur en dénombre quatre : EPA, GIP, Organisme consultatif, Autorité publique indépendante.

in BUR Yves, « Rapport d'information n°3627 déposé par la commission des affaires sociales en conclusion des travaux de la mission sur les agences sanitaires », Ass. Nat., 6 juillet 2011, p. 70.

⁶⁴² Notons par exemple la mise en place en 1993 de l'Agence européenne pour l'évaluation du médicament par le Règlement (CEE) n° 2309/93 du Conseil, du 22 juillet 1993, établissant des procédures communautaires pour l'autorisation et la surveillance des médicaments à usage humain et à usage vétérinaire et instituant une agence européenne pour l'évaluation des médicaments, CELEX : 31993R2309, OJ : JOL_1993_214_R_0001_006 ; l'Autorité européenne de sécurité des aliments en 2002 par le règlement (CE) n° 178/2002 du Parlement européen et du Conseil du 28 janvier 2002 établissant les principes généraux et les prescriptions générales de la législation alimentaire, instituant l'Autorité européenne de sécurité des aliments et fixant des procédures relatives à la sécurité des denrées alimentaires, JOCE du 1^{er} février 2002, L 31/1, ou encore l'Agence européenne des produits chimiques en 2006 via la règlement (CE) n° 1907/2006 du Parlement européen et du Conseil du 18 décembre 2006, concernant l'enregistrement, l'évaluation et l'autorisation des substances chimiques, ainsi que les restrictions applicables à ces substances (REACH), instituant une agence européenne des produits chimiques, modifiant la directive 1999/45/CE et abrogeant le règlement (CEE) n° 793/93 du Conseil et le règlement (CE)

similaires et capables de s'intégrer dans des réseaux européens, la multiplication des agences a ainsi donné lieu au développement d'un véritable maquis institutionnel. Ainsi, la mission d'information parlementaire menée par Yves Bur⁶⁴³ en 2011 dénombrait 24 272⁶⁴⁴ agents pour un budget d'environ 2,55 milliards d'euros.

Autres temps autres maux, et s'il ne s'agissait pas cette fois de lutter contre la grippe espagnole, la constitution de cette *armée espagnole* s'est notamment construite, parfois à marche forcée, sous l'aiguillon des différentes crises sanitaires : à chaque crise, son agence. A la crise du sang contaminé répond la création de l'Etablissement Français du Sang – EFS –, au scandale de l'hormone de croissance, celle de l'Agence du médicament⁶⁴⁵.

Modèle « jugé plus souple et réactif » il n'en est pas moins perméable « au poids de la tutelle qui pèse sur les agences » rendant « leur autonomie toute relative »⁶⁴⁶. Les Agences sont d'ailleurs engagées, elles aussi, dans un mouvement de contractualisation avec l'Etat, au travers de CPOM dont nous avons vu précédemment les limites.

238. Régulièrement critiquées, un rapport d'information parlementaire de 2006 considérait d'ailleurs les nombreuses agences comme « peu lisibles » et ne correspondant pas à « une logique de bonne administration »⁶⁴⁷. Les diverses hostilités n'ont toutefois pas interrompu le développement de l'administration en « mode agence », qui ne s'est d'ailleurs pas limité à la définition de structures nationales, indépendantes, ou censées l'être.

n°1488/94 de la Commission ainsi que la directive 76/769/CEE du Conseil et les directives 91/155/CEE, 93/67/CEE, 93/105/CE et 2000/21/CE de la Commission, JOCE du 29 mai 2007, L 136/3.

⁶⁴³ BUR Yves, « Rapport d'information n°697 déposé par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales en conclusion des travaux de la mission sur les agences régionales de santé », Ass. Nat., 6 février 2008.

⁶⁴⁴ A titre de comparaison, la DGS affichait 324 agents en 2014, et les ARS un effectif global de 9 300 personnes pour 2013. Source : DGS, Rapport d'activité 2014 ; Min. des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, Min. du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social, Min. de la ville, de la jeunesse et des sports, Secrétariat général, Dir. des ressources humaines, sous-dir. du pilotage des ressources, du dialogue social et du droit des personnels, Bureau de la GPEC et des dialogues de gestion, « Bilan social 2013 du réseau des ARS », 2014, p. 10.

⁶⁴⁵ Loi n° 93-5 du 4 janvier 1993 relative à la sécurité en matière de transfusion sanguine et de médicament, JORF n°3 du 4 janvier 1993, p. 237.

⁶⁴⁶ BUR Yves, « Rapport d'information n°3083 déposé par la commission des affaires européennes sur la protection des droits fondamentaux en Europe et les relations entre l'Union européenne et le Conseil de l'Europe », Ass. Nat., 2011, pp. 10 et 21.

⁶⁴⁷ BRICQ Nicole, « Rapport d'information n°355 fait au nom de la commission des finances. Les agences en matière de sécurité sanitaire : de la réactivité à la stratégie », Sénat, 2007.

La loi de modernisation du système de santé de 2016 tentera de mettre un peu d'ordre dans ce maquis institutionnel, au travers d'un chapitre consacré à la réforme du système d'agence sanitaire⁶⁴⁸. La principale nouveauté sera la création d'une Agence Nationale de Santé Publique – ANSP⁶⁴⁹ – regroupant l'Institut de Veille Sanitaire – Invs – , l'Etablissement de Préparation et de Réponse aux Urgences Sanitaires – Eprus – et l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé – Inpes.

239. Ce mouvement a trouvé son prolongement dans les territoires, au travers de l'installation d'Agences Régionales de l'Hospitalisation – ARH – , confirmant ainsi le secteur sanitaire comme « un lieu original d'expérimentation [...] d'une voie française des agences »⁶⁵⁰.

b. Un mouvement territorialisé

240. Pas décisif vers une « régionalisation du système de santé »⁶⁵¹, les ARH sont instituées par l'ordonnance de 1996.

Dotées de l'autonomie administrative et financière, elles sont constituées sous la forme d'un groupement d'intérêt public, constitué dans le cadre d'une convention nationale type, regroupant Etat et Assurance Maladie.

Placées sous tutelle ministérielle, elles sont administrées par une commission exécutive, constituée à parité de représentants de l'Etat et de l'Assurance Maladie, et pilotées par un directeur nommé par décret pris en Conseil des ministres.

⁶⁴⁸ Chapitre III : Réformer le système d'agences sanitaires, loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, JORF n°0022 du 27 janvier 2016.

⁶⁴⁹ Art. 166, loi du 26 janvier 2016, *op.cit.* ; Décret n° 2016-523 du 27 avril 2016 relatif à la création de l'Agence nationale de santé publique, JORF n°0101 du 29 avril 2016.

⁶⁵⁰ BORDELOUP Jean, « Les agences régionales de l'hospitalisation : clarifications ou nouvelles ambiguïtés ? », Droit social, 1996, p. 878.

⁶⁵¹ *ibid.*

241. Reprenant le flambeau des DRASS, leur mission est de « définir et de mettre en œuvre la politique régionale d'offre de soins hospitaliers, d'analyser et de coordonner l'activité des établissements de santé publics et privés et de déterminer leurs ressources. »⁶⁵².

242. Les nouvelles ARH et leur directeur récupérèrent l'essentiel des pouvoirs des préfets relatifs à la planification et au contrôle des établissements de santé. L'idée de l'ARH est ainsi d'améliorer l'efficacité du système en même temps que de le rationaliser en concentrant les compétences et responsabilités en matière hospitalière dans les mains d'un seul individu.

Cependant, l'indépendance du directeur de l'ARH doit toutefois être relativisée, même si son mode de recrutement, en s'émancipant de la sélection dans l'unique corps préfectoral⁶⁵³, porte en soi, pour une structure régionale chargée de traiter des maîtrises des dépenses, de planification et de contrôle des établissements, le sceau du modernisme. Chargés d'appliquer des orientations nationales contraignantes les directeurs d'ARH restent toutefois inféodés à la tutelle chargée de les nommer, et, le cas échéant, de les révoquer. Ainsi, si leur autonomie dépend pour partie de la personnalité de leurs dirigeants, ceux-ci auront tout intérêt à demeurer « partenaires de l'échelon central »⁶⁵⁴ afin de préserver les coudées franches sur leurs responsabilités. Jouer le jeu de la « voix de son maître » pour préserver sa liberté : voilà le paradoxe auquel est fatalement confronté Jacques, directeur d'ARH⁶⁵⁵.

243. Décentralisation fonctionnelle, déconcentration véritable, reprise en main de l'Etat, libération des territoires... On ne sait plus au juste auxquelles de ces finalités est censée répondre la création des ARH. Une feuille de route, néanmoins, se dessine : adapter aux spécificités régionales les injonctions et les outils nationaux dans une logique de rationalisation et de réduction des coûts...sans oublier de maintenir la qualité des soins et de contribuer à la réduction des inégalités tout en facilitant l'accès aux soins. Ambitieux

⁶⁵²Art. L 710-18, ordonnance no 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, JORF n°98 du 25 avril 1996, p. 6324.

⁶⁵³ Le poste de direction est ouvert plus largement aux membres des corps de contrôle ou à des fonctionnaires issus des administrations centrales.

⁶⁵⁴ALIE SANDEVOIR Isabelle, « Les conséquences des réformes hospitalières sur l'autonomie des établissements publics de santé », in «VANDENDRIESSCHE Xavier (textes réunis pas), « Etudes en l'honneur de Pierre Sandevour Services publics, services publics », *op.cit.*, p. 266.

⁶⁵⁵Référence est ici faite à l'œuvre de Denis Diderot, « Jacques le fataliste et son maître ».

programme contradictoire mis en œuvre par une structure centripète aux aspirations centrifuges.

244. L'ensemble de ces évolutions – planification, régionalisation, rationalisation - , trouveront leur prolongement logique dans la création par la loi HPST des Agences régionales de santé.

Longtemps envisagées et discutées, ces Agences constitueront l'aboutissement des différents mouvements ayant façonné l'administration de la santé, comme l'administration considérée plus généralement.

Section 2. L'ARS : clé de voûte de l'administration sanitaire

245. Dès 1986, des réflexions se font jour autour de la régionalisation du système via la mise en place d'ARS. Pour le rapport Humbert, la régulation du système ne pourra se faire qu'en opérant « une décentralisation du contrôle et du financement des institutions sanitaires »⁶⁵⁶. En 1993, le commissariat au Plan préconise lui aussi la création d'une ARS, rattachée aux Régions ou dirigée par elles⁶⁵⁷.

L'étude de ces travaux permet de constater que l'idée d'une ARS n'est pas nouvelle. Le Plan la reprend d'ailleurs en 2005 dans le rapport « Pôles : pour une régionalisation de la santé à l'horizon 2025 »⁶⁵⁸. Ce document prospectif envisage lui aussi, dans le scénario « l'an II de la décentralisation », privilégié par le groupe, la possibilité d'une ARS dirigée par les collectivités et rattachée au conseil régional. Il propose de réfléchir également sur un scénario

⁶⁵⁶ HUMBERT René « Une décentralisation du système de santé », Commissariat général du Plan, Paris, La Documentation française, 1986.

⁶⁵⁷ COMMISSARIAT GENERAL AU PLAN, « Santé 2010 : Rapport du groupe de Prospective du système de santé », La Documentation française, Paris, 1993.

⁶⁵⁸ COMMISSARIAT GENERAL DU PLAN, « Pour une régionalisation du système de santé en 2025 - Offre, régulation et acteurs : essai de prospective », Commissariat général du plan, Paris, 2005.

de « *déconcentration* » dans lequel l'Agence, organisme étatique co-piloté par les élus locaux, disposerait d'un exécutif fort, la faisant sortir de l'orbite centrale.

Au contraire, si, de l'avis général, l'État a besoin « de l'implication de l'ensemble des collectivités territoriales pour donner du sens et de la pertinence aux actions déclinées dans les politiques de santé publique »⁶⁵⁹, certains travaux, même s'ils encouragent un « pilotage régional renforcé et affiné »⁶⁶⁰, se montrent plus circonspects face à la perspective d'une organisation décentralisée. Pour eux, l'État devra maintenir sa main mise sur les nouvelles structures.

246. On le voit, un désaccord existe sur la « conception même de ces agences, leur place dans le système de santé et les pouvoirs qui doivent leur être conférés »⁶⁶¹. Pour Nathalie Martin Papineau, cela explique que, même si un consensus semble aujourd'hui exister autour de la nécessité de telles structures, leur mise en place ait été tant retardée. En effet, au-delà des différents rapports prospectifs l'ayant évoquée, on trouve trace de l'ARS dès le rapport annexé à la LFSS pour 2003.

Le retard pris s'explique aussi par l'envergure du défi à relever : rétablir la cohérence et la régulation entre des interventions publiques diversifiées, tout en accroissant la concertation entre les acteurs, sans forcément faire le deuil d'une régulation centralisée mise en œuvre de manière déconcentrée...

247. Finalement créées en 2009 par la loi HPST, les ARS s'inscrivent finalement dans le droit fil des évolutions précédemment observées dans le champ sanitaire, et dont elles constituent en quelque sorte l'aboutissement (§1). Ce faisant, ces nouvelles structures ne semblent toutefois pas répondre complètement à leur objectif initial de territorialisation des politiques, et de l'administration sanitaire nécessitant une réelle autonomie et une structuration en capacité de la mettre en œuvre (§2).

⁶⁵⁹ ENSP, « Collectivités locales et santé publique en région », 2006.

⁶⁶⁰ ENA, *op.cit.*, p. 23.

⁶⁶¹ MARTIN-PAPINEAU Nathalie, « Entre confirmation et réorientation de la santé en France », RDSS, n° 2, 2005, p. 253.

§1. L'ARS : un aboutissement logique

248. Pour autant, elles s'inscrivent pleinement dans la philosophie administrative française et ses lignes de force : planification et régionalisation (A). Parallèlement, les ARS inaugurent un mode d'administration relativement nouveau, mais s'inscrivant pleinement dans la logique de modernisation de l'appareil administratif, allant même, sur certains aspects, jusqu'à la dépasser (B).

A. L'ARS : outil de planification et de rationalisation régionales

249. Les ARS constituent, dans le domaine de la santé, l'aboutissement du mouvement de régionalisation, entendu comme moyen de mettre en œuvre une efficace rationalisation du système (1), et une planification envisagée comme holistique (2).

1. L'ARS : outil de rationalisation régionale

250. Profitant du processus de régionalisation engagé en amont, et ayant impacté l'organisation de l'État mais également de l'Assurance Maladie par la mise en place en 1996 des URCAM, les ARS peuvent ainsi poursuivre l'objectif de création d'un « guichet unique » sanitaire, ici entendu dans son acception la plus large possible.

L'Agence met fin à cet éclatement bicéphale, au niveau régional, en rassemblant dans une maison commune les ressources de l'État et de l'Assurance Maladie ; le but affiché étant de renforcer l'efficacité collective, de garantir l'avenir du service public de la santé et de constituer « une autorité unique au niveau régional, chargée du pilotage régional du système de santé, pour mieux répondre aux besoins de la population et accroître l'efficacité de notre système de santé »⁶⁶².

⁶⁶² *Source* :
<http://www.ars.sante.fr/Presentation-generale.89790.0.html>
Consulté le 03/04/2016

Pour ce faire, elle regroupe en une seule entité plusieurs organismes auparavant chargés des politiques de santé dans les régions et les départements : directions régionales et départementales des affaires sanitaires et sociales – DRASS et DDASS –, ARH, GRSP, URCAM, MRS, et volet hospitalier de l'assurance maladie, composé d'une partie du personnel des CRAM, du régime social des indépendants – RSI –, de la Mutualité sociale agricole – MSA –, des directions régionales du service médical – DRSM.

251. Derrière cette volonté d'unifier des forces dispersées, pour permettre de « mener des politiques de santé plus efficaces et de simplifier notre système de santé », l'ARS a pour mission de réaffirmer « l'ancrage territorial des politiques de santé [...] pour mieux adapter les réponses aux spécificités et aux besoins locaux, pour améliorer la répartition territoriale de l'offre de soins et lutter contre les inégalités de santé ».

Cet ancrage passe notamment par le système de gouvernance mis en place qui, outre un directeur général désigné par arrêté ministériel, instaure un conseil de surveillance présidé par le préfet de région, une Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie – CRSA – qui remplace la Conférence Régionale de Santé – CRS – et regroupe des représentants de l'ensemble des acteurs locaux – représentants des collectivités, représentants d'utilisateurs et de professionnels de santé. A cela vient s'ajouter un niveau de concertation infra-régional dans le cadre de conférences de territoire, inscrites dans des territoires de santé définis par l'ARS.

La loi de 2016 viendra les transformer en territoires de démocratie sanitaire, définis par le DGARS⁶⁶³ et ayant pour but de « couvrir l'intégralité du territoire de la région »⁶⁶⁴, abritant chacun un « conseil territorial de santé »⁶⁶⁵. L'objectif de cette territorialisation étant de « mettre en cohérence les « projets de l'agence régionale de santé, des professionnels et des

⁶⁶³ Pris, aux termes de l'article R1434-29 CSP, après avis « du préfet de région, de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie et des collectivités territoriales concernées qui disposent de deux mois, à compter de la publication sous forme électronique de l'avis de consultation, pour transmettre leur avis à l'agence régionale de santé ».

⁶⁶⁴ Article L1434-9 CSP.

⁶⁶⁵ Article L1434-10 CSP.

collectivités territoriales »⁶⁶⁶ ainsi que de prendre en compte « l'expression des acteurs du système de santé et notamment celle des usagers »⁶⁶⁷.

Si leurs formes sont diverses, ces différentes instances affichent finalement les mêmes objectifs : permettre une meilleure rationalisation du système, tout en veillant à sa démocratisation, par ces lieux de concertation régionale et infrarégionale.

252. Incidemment, ces instances participent également à l'alimentation d'un diagnostic territorial pertinent et complet, prélude nécessaire à une planification efficace.

2. Le Projet Régional de Santé : et un plan pour les gouverner tous

253. Avec La Loi HPST⁶⁶⁸, le législateur est venu relancer la planification, en y consacrant un chapitre complet intégré au Code de la Santé publique : Chapitre IV « Planification régionale de la politique de santé »⁶⁶⁹.

Concrètement, la volonté affichée est de regrouper au sein d'un seul outil de planification territoriale l'ensemble des plans et programmes développés.

Le Projet régional de santé – PRS – vient ainsi se substituer à la totalité des dispositifs, jusque-là indépendants les uns des autres.

254. Cette idée n'est pas nouvelle : une première tentative de planification holistique avait été entreprise en 1994 par l'intermédiaire de l'expérimentation dans certains territoires⁶⁷⁰ de Programmations stratégiques des actions de santé – PSAS – englobant projets de soins,

⁶⁶⁶ Article R1434-29 1° CSP.

⁶⁶⁷ Article R1434-29 2° CSP.

⁶⁶⁸ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, JORF n°0167 du 22 juillet 2009, p. 12184.

⁶⁶⁹ Devenu « territorialisation de la politique de santé » depuis la loi santé de 2016 Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, JORF n°0022 du 27 janvier 2016.

⁶⁷⁰ Ces PSAS regroupent la direction générale de la Santé, l'ENSP, et la Drass de chaque région. Ils ont été développés en Alsace, dans les Pays-de-la-Loire et en Midi-Pyrénées, puis, en 1995, dans sept autres régions, et dans les départements de Seine-Saint-Denis et de la Réunion.

prévention, promotion de la santé et réinsertion, inscrits dans le cadre d'un projet régional de santé.

255. Venant s'ajouter aux autres plans, les PSAS n'ont malheureusement pas réussi à transformer l'essai, ne venant qu'ajouter une strate supplémentaire à la programmation locale. Mais l'idée était déjà là : un plan unique défini autour d'une stratégie globale de santé. Cette volonté de regroupement, de rationalisation, est d'ailleurs l'un des ressorts essentiels des différents outils de planification.

C'est cela que se propose de réaliser les PRS issus de la loi de 2009, articulés autour de trois composantes reliées entre elles.

Le plan stratégique régional de santé, tout d'abord, est chargé de définir les orientations locales, en lien avec la stratégie nationale. Ces orientations constituent alors le fil rouge de l'ensemble des politiques de santé définies dans les deux autres composantes du PRS : les schémas d'organisation⁶⁷¹, dont le SROS qui voit son S final passer de « sanitaire » à « soins »⁶⁷² fait partie, et les programmes d'actions sectoriels⁶⁷³.

Ainsi, le PRS, véritable *matriochka* de schémas et plans divers, constitue la pierre angulaire de la planification en santé, tout autant que l'aboutissement d'un inexorable mouvement ayant conduit à envisager le meilleur moyen de quadriller, d'organiser et de mettre en œuvre la politique de santé dans un cadre territorial : la région.

256. Cependant, le PRS doit trouver à s'inscrire dans le droit fil des orientations nationales, et se conformer aux dispositions financières issues de la LFSS. Et s'il était originellement prévu que les ARS, grâce à cet outil, développent une véritable politique régionale de santé, le

⁶⁷¹ SROS, Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale et Schéma régional de prévention.

⁶⁷² La loi HPST opère également un changement sémantique. Le sanitaire ne doit plus être entendu comme ce qui relève du soin, et plus particulièrement du soin hospitalier, mais englobe désormais l'ensemble des composantes de la santé.

⁶⁷³ Programme Régional de Gestion des Risques (PRGDR), Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS), Le PRogramme Interdépartemental d'ACcompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC).

PRS issu de la loi HPST « retient une approche intégrée de la politique de santé », définie au niveau national, et « dont le projet régional n'est qu'une déclinaison »⁶⁷⁴.

257. De plus, paradoxalement, l'ambition d'exhaustivité qui avait pour fondement le souci d'une approche transversale de l'ensemble des différents champs de la santé publique, de manière à dessiner un parcours coordonné de soins pour les patients, de la prévention à la prise en charge médico-sociale, a été à cet égard, et de l'avis de la Cour des Comptes, « un obstacle majeur pour la réussite même de cet objectif »⁶⁷⁵. Critique entendu par le gouvernement, qui a souhaité revoir ce système de planification à l'occasion de la loi de 2016.

258. Le contenant est maintenu, mais le contenu est revu : exit les Plans Stratégiques Régionaux de Santé – PSRS –, SROS et autres Schémas Régionaux de Prévention – SRP – ... Poussant la logique d'interconnexion à son paroxysme, la prochaine génération de PRS ne sera plus constituée que d'un seul étage, le schéma régional de santé, « établi pour cinq ans sur la base d'une évaluation des besoins sanitaires, sociaux et médico-sociaux et qui détermine, pour l'ensemble de l'offre de soins et de services de santé, y compris en matière de prévention, de promotion de la santé et d'accompagnement médico-social, des prévisions d'évolution et des objectifs opérationnels »⁶⁷⁶. Il sera tout au plus, bordé par un cadre d'orientation stratégique chargé de déterminer « des objectifs généraux et les résultats attendus à dix ans »⁶⁷⁷.

259. Un seul étage... ou presque, car ces objectifs régionaux⁶⁷⁸ pourront être déclinés via des outils locaux de contractualisation infrarégionale : les Contrats Locaux de Santé –

⁶⁷⁴ COUTY Edouard, KOUCHNER Camille, LAUDE Anne, TABUTEAU Didier (ss. la dir.), « La loi HPST. Regards sur la réforme du système de santé », Presses de l'EHESP, Coll. Droit et Santé, Rennes, 2009, p. 328.

⁶⁷⁵ COUR DES COMPTES, « La sécurité sociale, Rapport 2014 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale », Cour des Comptes, 2014, Paris, p. 346.

⁶⁷⁶ Article 158 de la loi du 26 janvier 2016, *op.cit.*, modifiant l'art. L. 1434-2 2° du CSP.

⁶⁷⁷ Article 158 de la loi du 26 janvier 2016, *op.cit.*, modifiant l'art. L. 1434-2 1° du CSP.

⁶⁷⁸ Qui porteront notamment sur la réduction des inégalités sociales et territoriales en matière de santé, sur l'amélioration de l'accès des personnes les plus démunies à la prévention et aux soins, sur le renforcement de la coordination, de la qualité, de la sécurité, de la continuité et de la pertinence des prises en charge sanitaires et médico-sociales ainsi que sur l'organisation des parcours de santé, notamment pour les personnes atteintes de

CLS⁶⁷⁹–, déjà présents dans la loi HPST⁶⁸⁰ et concernant plus particulièrement la prévention⁶⁸¹, et les nouveaux contrats territoriaux de santé, plutôt axés sur les soins.

Le PRS est arrêté par le Directeur Général de l'ARS – DGARS – après avis, dans cet ordre, de la CRSA, des conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie, du préfet de région, et des collectivités territoriales. Il est également précisé que cette consultation se fait « dans le champ de leurs compétences respectives »⁶⁸², laissant planer le doute sur le contenu du document sur lequel ces différentes institutions auront à se prononcer. Il est en effet difficile d'imaginer que le PRS soit tronçonné pour ne présenter aux personnes listées que la partie de Plan entrant dans le champ de leurs compétences. Cela nécessiterait d'ailleurs, dans un premier temps, d'arrêter une liste précise de chacun de ces acteurs...

260. Mais cette procédure de planification reste bien à la main des ARS, qui n'ont à consulter personne pour déterminer des éléments directement constitutifs du PRS. En effet, le cadre d'orientation stratégique, véritable feuille de route du schéma régional de santé, est, en tant que tel, épargné par cette phase de consultation.

261. Outil principal de la planification à la main des ARS, le PRS témoigne ainsi de l'un des enjeux forts de la nouvelle institution régionale. Au travers du PRS, ce sont bien les ARS

maladies chroniques et les personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie et viseront, aux termes de l'article R. 1434-6 du CSP à « Développer la prévention et la promotion de la santé ;

« 2° Améliorer l'organisation des parcours de santé en favorisant la coordination et la coopération des acteurs de l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale, en particulier en mobilisant les équipes de soins primaires mentionnées à l'article L. 1411-11-1 et les communautés professionnelles territoriales de santé mentionnées à l'article L.1434-12 ;

« 3° Favoriser l'accès aux soins, à la prévention et à l'accompagnement, sur les plans social, géographique et de l'organisation, notamment des personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie et des personnes les plus démunies ;

« 4° Préparer le système de santé à la gestion des situations sanitaires exceptionnelles déclinées dans le dispositif ORSAN mentionné à l'article L. 3131-11 du CSP.

⁶⁷⁹ *v. infra* 393 et suivants.

⁶⁸⁰ Art. L.1434-17 du CSP.

⁶⁸¹ Aux termes du 3° de Art .L. 1434-2 du CSP. Issus de la loi HPST, les CLS pouvaient concerner les « programmes déclinant les modalités spécifiques d'application des schémas régionaux, dont un programme relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies et un programme relatif au développement de la télémédecine ».

⁶⁸² Art. R. 1434-1.-I CSP modifié par le décret n° 2016-1023 du 26 juillet 2016 relatif au projet régional de santé, JORF n°0174 du 28 juillet 2016.

qui sont en charge de la planification régionale. L'articulation du CSP et l'intégration du chapitre prévoyant la mise en place des PRS au titre 3, consacré aux agences régionales de santé, témoignent de cette volonté profonde de faire des ARS même un outil de planification entendu « dans toute sa noblesse »⁶⁸³.

262. Les ARS sont ainsi chargées d'incarner autant que de mettre en œuvre une régionalisation planifiée, par ailleurs emportée dans le mouvement de rationalisation issu de la RGPP et du NPM, et portant le souhait de réviser les cadres classiques de l'administration territoriale.

B. L'ARS : l'administration « autrement »⁶⁸⁴

263. Si les ARS constituent à bien des égards l'évolution prévisible de l'administration territoriale du secteur sanitaire, elles témoignent également d'une nouvelle manière d'envisager l'action de l'Etat inspirée des techniques et méthodes issues du NPM. Enchâssée au sein de l'organisation déconcentrée de l'Etat, l'ARS jouit pourtant d'un statut juridique (1) et d'une position spécifiques, comme en témoigne la position particulière du DGARS (2).

1. Une structuration juridique sur-mesure

264. L'ARS, est une agence. Lapalissade. Ce choix de dénomination, révélateur des tendances à l'œuvre, n'en est pas moins source d'interrogations. Organisme *sui generis* dépourvu de tout régime juridique spécifique, l'agence, nous l'avons vu, n'est qu'un contenant dont les ingrédients en disent plus long sur sa nature exacte.

⁶⁸³ Intervention de Daniel Lenoir, DG de l'ARS Nord-Pas de Calais, au colloque du 13 décembre 2012, « Collectivités, territoires et santé : regards croisés sur les frontières de la santé », à l'Université Lille 2.

⁶⁸⁴ Il est ici fait référence au rapport du Conseil d'Etat sur les agences : « l'agence, comme le montre l'étude, ce n'est pas moins d'Etat ; c'est l'Etat autrement ». CE, *op.cit.*, 2012, p. 8.

265. En premier lieu il convient de noter que, à la différence des ARH dont elles reprennent pour partie le flambeau, les ARS ne sont pas des Groupements d'Intérêt Public – GIP. L'abandon de ce statut spécifique témoigne du « changement dans l'ampleur et la nature des missions et des responsabilités »⁶⁸⁵ de la nouvelle structure. Avec l'ARS, l'administration sanitaire régionale va changer de braquet et devra pouvoir s'appuyer sur un statut le lui permettant.

Comme l'énonce l'article L. 1432-1. du CSP, « les agences régionales de santé sont des établissements publics de l'Etat à caractère administratif ».

C'est d'ailleurs le statut d'Etablissement Public à caractère Administratif – EPA – , particulièrement souple, et dont le régime est principalement régi par la pratique et la jurisprudence, qui est généralement retenu lors de la création d'agences.

Même si la notion reste floue et largement malléable, il ressort de la lecture de la doctrine qu'il est possible de définir l'établissement public comme un procédé de « décentralisation fonctionnelle »⁶⁸⁶ par l'intermédiaire « d'une personne morale de droit public spécialisée dans la gestion d'un service public, distincte de l'Etat et des collectivités territoriales, mais rattachée à eux »⁶⁸⁷. L'établissement public apparaît ainsi comme un organisme spécialisé, jouissant d'une autonomie de gestion vis-à-vis de sa tutelle, conséquence de la reconnaissance de sa personnalité morale.

266. De surcroît, dans le cas de l'ARS, la spécialisation de sa compétence est également territorialisée, et circonscrite au niveau régional. La décentralisation fonctionnelle se double ici d'une décentralisation territoriale.

⁶⁸⁵ LE MENN Jacky, MILON Alain, « Rapport d'information fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale et de la commission des affaires sociales sur les agences régionales de santé », Sénat, 2014, p. 23.

⁶⁸⁶ TRUCHET Didier, « Droit administratif », Puf, Thémis droit, 5^{ème} éd., Lonrai, 2013, p. 198.

⁶⁸⁷ FRIER Pierre-Laurent, PETIT Jacques, « Droit administratif », LGDJ, éd Lextenso, 9^{ème} éd., Mayenne, 2014, p. 231.

267. Une autre difficulté résulte de la mission de l'ARS, qui n'est pas, en tant que telle, la gestion d'un service public. Elle exerce, conjointement, dans la région dans laquelle elle s'inscrit, des fonctions de police, de régulation et d'administration de la santé, et met en œuvre la politique de l'Etat.

A la lumière de la définition de l'EPA proposée et des caractéristiques propres de la structure observée, l'ARS apparaît comme un organisme de droit public doté de la personne morale et chargé de gérer de manière autonome les affaires sanitaires de la région dans laquelle elle s'inscrit, sous le rattachement et la tutelle de l'Etat.

268. Une autre manière d'envisager l'ARS est de la rattacher au corpus des agences sanitaires nationales définies par le Professeur Maestre comme des « établissements de droit public à vocation nationale, créés par le législateur, en vue d'exercer pour le compte de l'état des missions d'expertise en matière de régulation du risque sanitaire »⁶⁸⁸. De ce point de vue, les ARS apparaîtraient comme des établissements de droit public à vocation régionale, créés par le législateur, en vue d'exercer pour le compte de l'Etat des missions liées à la mise en œuvre de la politique sanitaire.

269. Ainsi, quoi qu'il en soit de la définition retenue, les ARS créées par la loi HPST, n'en reste pas moins inféodées à leur entité de rattachement. EPA de l'Etat, l'ARS reste un organe de l'Etat, son « prolongement personnalisé »⁶⁸⁹, même si territorialisé. Par conséquent, l'ARS doit naturellement trouver à s'intégrer à l'organisation régionale. Cependant, de par sa nature protéiforme, elle va s'en tenir à l'écart.

270. Le but de ce « pas de côté » est de créer des services s'éloignant des dogmes bureaucratiques wébériens et, notamment, de leur rigidité manifestée par la verticalité et le

⁶⁸⁸ MAESTRE Philippe, « Les agences sanitaires nationales », Th., P.U. d'Aix Marseille, 2006, p. 671.

⁶⁸⁹ *id.*, p. 234.

pouvoir hiérarchique. Il s'agit d'obtenir une administration plus souple, plus réactive, plus autonome, et plus responsable que ne le sont les habituels services déconcentrés.

Le témoignage le plus saisissant de cette position « à part » dans l'appareil administratif français semble pouvoir se trouver dans le statut spécifique du directeur de l'ARS.

2. Le directeur général de l'ARS : un préfet à côté du préfet

271. Les ARS ont à leur tête un directeur général. Ce directeur général, nommé par décret du président de la République sur rapport du premier ministre et du ministre de la santé⁶⁹⁰, est un agent de l'Etat. De ce fait, il s'intègre à l'administration. Pour autant il occupe une place à part dans la hiérarchie classique de l'appareil d'Etat. Dans le cadre des missions qu'il exerce, le DGARS n'est en effet pas hiérarchiquement soumis au préfet de région. Au niveau local, régional, il devient l'agent alpha de l'administration sanitaire. Il reste toutefois, comme a pu le confirmer le Conseil d'Etat dans un arrêt du 12 décembre 2012, hiérarchiquement soumis aux ministres⁶⁹¹.

272. Cette position particulière du DGARS vis à vis de la préfecture, n'a pas été sans poser quelques difficultés. Car même si l'Agence fait partie des huit composantes de l'administration générale définie par le décret du 16 février 2010, ce même texte précise que si le préfet de région est bien le « responsable de l'exécution des politiques de l'Etat dans sa circonscription », sa compétence s'arrête là où commence celle du DGARS.

Les préfets de région, et à moindre titre les préfets de département, ne sont pas pour autant complètement exclus de l'ARS et de la mise en œuvre de la politique de santé. Le préfet de région demeure consulté sur l'ensemble des schémas et préside le conseil de surveillance de l'ARS, chargé notamment d'approuver les comptes et le budget de l'Agence. Ses prérogatives

⁶⁹⁰ Leur mode de nomination suit le même schéma que celui des préfets. Mais, à la différence des préfets, rien n'est formellement prévu, au niveau légal ou réglementaire concernant la nomination du DGARS. Il s'agit ici d'un usage, reliquat d'un mode de désignation traditionnel de l'organisation déconcentrée de l'Etat.

⁶⁹¹ CE, 12 décembre 2012, n°350479, Syndicat national des établissements et résidences privés pour les personnes âgées (SYNEPRA) : JurisData n° 2012-029356 ; Rec. Lebon, commenté *in* GUIGNARD Didier, « L'Agence Régionale de Santé, son directeur général et le pouvoir hiérarchique des ministres », Droit Administratif n°4, Avril 2013, comm. 32.

en matière de maintien de l'ordre public et de sécurité des populations, ont également poussé le législateur à maintenir dans le giron du préfet de département un certain nombre d'attributions entrant dans ce cadre⁶⁹². Ainsi, le cas échéant, le préfet de département territorialement compétent « dispose à tout moment des moyens de l'agence », les agents de l'ARS étant placés sous son autorité lorsqu'un « évènement porteur d'un risque sanitaire peut constituer un trouble à l'ordre public »⁶⁹³.

273. Mais le DGARS n'en reste pas moins la clé de voûte locale de l'administration sanitaire. L'ensemble des décisions de l'ARS sont prises par lui, même si elles le sont en général « au nom de l'Etat » dont il est le prolongement.

De par cette position ambivalente, au cœur de l'appareil étatique mais en-dehors de son architecture classique, et de par la coloration « NPM » du liquide amniotique dans lequel s'est poursuivie sa gestation, le DGARS représente une manifestation, hybridée, d'incarnation de l'autorité publique. Une nouvelle forme d'Etat dans l'Etat, mais à côté de l'Etat. Il se veut être un « patron pour la santé », un préfet spécialisé dont le profil doit afficher les oripeaux du modernisme.

274. C'est ce souhait qui, pour bonne part, est à l'origine de la méthode de sélection choisie pour désigner les préfigureurs des ARS.

275. Afin de sélectionner des profils différents de ceux généralement en poste dans la haute fonction publique ou au sein du corps préfectoral, et recruter des personnes rompues à la culture d'entreprise afin de la diffuser au sein des nouvelles ARS, il a été décidé

⁶⁹² A titre d'exemples nous noterons les hospitalisations sans consentement, art. L. 3211-11, L. 3211-11-1, L. 3212-8, L. 3213-1 à L. 3213-9, L. 3214-3 et L. 3214-4 du CSP, la lutte contre les maladies transmises par l'intermédiaire des insectes art. L. 1435-1 et 2, et R. 1435-7 et 8 du CSP, le volet sanitaire des plans de secours et de défense, les réquisitions éventuellement nécessaires à la mise en œuvre de la permanence des soins L. 6314-1 du CSP, ou encore la protection contre les risques sanitaires liés à l'environnement art. 7 de Ordonnance n° 2010-177 du 23 février 2010 de coordination avec la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, JORF n°0047 du 25 février 2010, p. 3585.

⁶⁹³ Art. L. 1435-1 du CSP. L'article précise également que, dans les cas prévus par le texte, le préfet peut déléguer sa signature au DGARS.

d'externaliser le recrutement. Confié à un cabinet de recrutement parisien la procédure « innovante et exemplaire » de sélection s'inscrit pleinement dans cette logique de modernisation de l'appareil d'Etat. Publication de l'appel d'offres dans les grands quotidiens, dont Le Monde et Le Figaro, méthodologie de recrutement revue par un organisme privé, 944 candidatures étudiées, et, au final, vingt-six préfigureurs retenus par un comité spécialement appointé et présidé par Jean-Martin Folz, ancien PDG de Peugeot SA ; les candidats retenus, selon les souhaits initiaux, proposant des « profils diversifiés », mais « assurant un équilibre de représentation entre les différents services et réseaux concernés par la création de ce nouvel établissement »⁶⁹⁴ public.

276. Ce processus spécifique ne permettra pourtant pas complètement de se départir des « équilibres institutionnels »⁶⁹⁵ habituels. Ainsi, dix-sept préfigureurs sont issus de l'Etat, six de l'Assurance maladie, un présente un profil politique⁶⁹⁶, et seuls deux sont issus du secteur privé. Au bout du compte, seul un des préfigureurs retenus ne présente aucune expérience dans le secteur public⁶⁹⁷. 27% sont des femmes, et la moyenne d'âge est de cinquante et un ans. Le constat est édifiant : le renouvellement des élites ne se fera pas dans la précipitation. *Chi va piano va sano.*

277. Mais quoi qu'il en soit des succès de la procédure, il s'agissait d'instaurer un homme fort chargé d'assumer, quasi-seul, l'ensemble des décisions de santé en région. Un homme pour les incarner, à la tête d'une structure dédiée. Bref un « super préfet sanitaire »⁶⁹⁸ à côté du préfet, mais dans une formule répondant aux caciques modernes de l'administration : une sorte de « grand patron de grand établissement public »⁶⁹⁹. Il a ainsi été décidé, dans la droite

⁶⁹⁴ Ministère du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville, Dossier de presse du 30 septembre 2009, p. 4.

⁶⁹⁵ PIERRU Frédéric, « La santé en fusions. L'accouchement des agences régionales de santé au forceps institutionnel », in CASTAING Cécile (ss. la dir. de), « La territorialisation des politiques de santé, Actes de la journée d'étude organisée le 22 novembre 2011 par le Centre d'étude et de recherche sur le droit administratif et la réforme de l'État de l'université Montesquieu-Bordeaux IV », Leh, 2012, Sofia, p. 98.

⁶⁹⁶ Claude Evin, préfigureur de l'ARS IDF.

⁶⁹⁷ Christophe Jacquinet, préfigureur de l'ARS Picardie, diplômé de l'IEP de Paris. Il partage tout de même un socle de formation commune avec les grands commis de l'Etat. Après une deuxième expérience à la tête de l'ARS Rhône Alpes, il retournera dans le secteur privé.

⁶⁹⁸ LE MENN Jacky, MILON Alain, *op.cit.*, p. 37.

⁶⁹⁹ PIERRU, *op.cit.*, p.100, citant un membre du groupe projet ARS.

lignée du rapport Riter, de structurer les ARS autour d'un « exécutif fort, resserré autour du directeur »⁷⁰⁰, celui-ci disposant, à la différence de celui de l'ARH, de l'autorité hiérarchique direct sur l'ensemble des agents, tous statuts confondus. Le fait est que le DGARS souffre de peu d'oppositions et de contre-pouvoirs en région : l'ensemble des dispositifs et structures mis en place, qu'ils soient internes ou externes à l'ARS, n'ont qu'un rôle de conseil, ou, comme dans le cas du conseil de surveillance, un pouvoir contraignant tout à fait résiduel.

278. Disposant de la quasi-totalité des pouvoirs sanitaires au niveau régional, et pilotées par un homme fort aux coudées franches, tout au moins vis à vis de l'échelon local, les ARS, à bien des égards, apparaissent pourtant bien comme le « colosse au pied d'argile »⁷⁰¹ décrit par certains observateurs.

§2. Ce que n'est pas l'ARS : carences et limites de cette régionalisation de la santé

279. Les ARS, structures composites, se retrouvent directement confrontées au revers de la médaille des choix opérés. Mastodontes locaux regroupant des personnels d'origines diverses, les nouvelles agences sont tout sauf facilement administrables (A), même pour un DGARS dont les marges de manœuvre, en interne comme vis à vis de la tutelle, apparaissent finalement assez faibles, mettant ainsi à mal les objectifs de territorialisation initialement mis en avant (B).

⁷⁰⁰ RITTER Philippe, « Rapport sur la création des ARS », Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports, 2008, p. 43.

⁷⁰¹ AMIEL Philippe, DELANDE Guy, « Les agences régionales de santé : un colosse aux pieds d'argile », Revue droit & santé n° 34, p. 194.

A. ...une structure facilement administrable

280. Si l'ARS est un regroupement de structures déconcentrées, donc relevant de l'Etat, elle est également, et surtout, la rencontre de deux logiques et de deux mondes différents : l'Etat d'un côté, l'Assurance maladie de l'autre. Et pour les promoteurs de l'ARS, rapport Ritter en tête, il était essentiel que cette fusion locale ne se fasse pas au détriment des agents des deux institutions, afin que tous « trouvent leur compte »⁷⁰² auprès de leur nouvel employeur.

Malheureusement, il y a loin de la coupe aux lèvres. Dans son rapport, la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale – MECSS – relève d'ailleurs «le sentiment de malaise profond relayé par les représentants de salariés» et étayé par les études menées⁷⁰³, tranchant avec « l'enthousiasme »⁷⁰⁴ des personnels de direction vis à vis des travaux de rapprochement opérés dans les premières années de la jeune ARS.

281. Il était inévitable, au vu de la méthode choisie⁷⁰⁵, que des difficultés en terme de gestion des ressources humaines apparaissent. Opérée à marche forcée et automatiquement, l'assimilation des personnels de l'Assurance maladie exerçant des compétences tombant sous le giron de l'ARS s'est faite à statut constant. Nécessaire, afin d'éviter un levier de bouclier général de la part des agents de l'Assurance Maladie, cette logique de fusion différenciée conduit à voir se côtoyer au sein de la structure des agents aux statuts très différents : fonctionnaires d'état, salariés de l'Assurance Maladie dont les conditions contractuelles sont régies par neuf conventions collectives distinctes⁷⁰⁶, auxquels viennent s'ajouter des contractuels de droit public, en général aux postes stratégiques et mis en place par les nouvelles directions, parfois au détriment des logiques de promotion interne qui n'auraient pas manqué de se mettre en œuvre à structures constantes.

⁷⁰² RITTER Philippe, *op.cit.*, p. 40.

⁷⁰³ Une enquête lancée en 2011 par la direction des ressources humaines du ministère des affaires sociales et de la santé auprès des personnes travaillant en administration centrale, dans les DRJSCS et les DDCS, dans les ARS et leurs délégations territoriales ainsi que dans les centres de ressources, d'expertise et de performance sportive sur le degré d'exposition des agents aux risques psycho-sociaux place les agents d'ARS en tête sur la quasi-totalité des indicateurs.

⁷⁰⁴ LE MENN Jacky, MILON Alain, *op.cit.*, p. 39.

⁷⁰⁵ Mais n'est-ce pas le lot de tous les processus de conduite de changement ?

⁷⁰⁶ Trois conventions collectives sont actuellement applicables pour chacun des régimes (régime général, MSA et RSI) : employés et cadres ; praticiens conseils ; agents de direction.

282. Et même si le CE a précisé, dans un arrêt en date du 12 décembre 2012⁷⁰⁷, que le pouvoir hiérarchique pesant sur le DGARS s'arrête à la fixation des règles d'organisations des services de l'Agence, ce « verrouillage » contractuel laisse toutefois peu de marge de manœuvre et d'autonomie au DGARS dans sa politique managériale et RH. Les agents de l'Etat dépendent du ministère et de la commission administrative paritaire pour les questions de mutation d'avancement et de grade, alors que les parcours professionnels des anciens de l'Assurance Maladie sont pour bonne partie gérés par les dispositifs contractuels préexistants.

Au surplus, les ARS sont tenues de maintenir le « *statut quo* » et la répartition initiale de personnels de l'Etat et de l'Assurance Maladie au sein de la structure, « cette règle étant fixée dans les CPOM conclus avec l'Etat »⁷⁰⁸. Cette situation duale a conduit la plupart des ARS à mettre en place une RH bicéphale, chargée de gérer de manière disjointe des personnels menant des activités communes et, dans la plupart des cas, non différenciées.

283. En plus de cette difficulté structurelle, les ARS, filles de la RGPP, doivent exercer leurs missions dans un contexte budgétaire très contraint et entraînant des baisses d'effectifs continues depuis leur création. De 2010 à 2014 le nombre d'agents aura ainsi diminué de plus de 7%, passant de 9 591 ETP à 8 888⁷⁰⁹. Les jeunes ARS « installées dans une certaine précipitation, sont ainsi placées dans la situation de devoir déjà faire mieux avec moins de moyens »⁷¹⁰.

Car les missions ne manquent pas pour les agents. Et la nouvelle organisation a profondément changé l'activité des professionnels en son sein. C'est principalement le cas des professionnels de la santé publique, médecins et inspecteurs de santé publique, appelés, de schémas à définir en Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) à négocier, à devenir de véritables « techniciens du contrat »⁷¹¹, fonction assez éloignée de leur culture professionnelle originelle.

⁷⁰⁷ CE, 12 décembre 2012, n° 354635, Syndicat des médecins inspecteurs de santé publique (SMISP) : JurisData n° 2012-029358, Rec. Lebon, commenté in GUIGNARD Didier, *op.cit.*

⁷⁰⁸ La règle est la suivante : 83% de personnel de l'Etat, et 17% de l'Assurance maladie. SENAT, *op.cit.*, p. 39

⁷⁰⁹ Il s'agissait là d'un objectif pour l'année 2014.

⁷¹⁰ LE MENN Jacky, MILON Alain, *op.cit.*, p. 40.

⁷¹¹ PIERRU Frédéric, *op.cit.*, p. 101.

284. Et même si l'organisation de l'ARS et son management découlent directement de la personnalité du DGARS, on observe assez peu de différences entre les organisations mises en œuvre au sein des différentes structures régionales. Cela s'explique par le fort dirigisme de la tutelle centrale, et de la situation dans laquelle se trouve le DGARS. Chargé de gérer de manière autonome la structure dont il a la charge, celui-ci doit lui aussi s'en tenir à une feuille de route nationale, transcrite localement dans le cadre d'une CPOM accompagnée d'objectifs « sur lesquels il va être jugé par la tutelle »⁷¹². Cette situation de fait le conduit mécaniquement à concentrer son attention sur la gestion des « 20 % d'agents, de cadres, qui travaillent sur des missions spécifiques valorisées par Paris »⁷¹³. Il s'agit plus d'accompagner les restructurations hospitalières, réduire les déficits, et veiller à l'efficacité de la médecine de premier recours, que de mettre en place un système de prévention efficace, ou d'accompagner efficacement le secteur médico-social. Le « *curato-centrisme* » est encore puissant, et abattre les murs ne suffit pas toujours à supprimer les démarcations.

285. De la même manière, régionaliser n'est pas forcément synonyme d'autonomie accrue pour les territoires. Après tout, on peut être quelque part et avoir la tête ailleurs.

B. ...une véritable territorialisation de la régulation sanitaire

286. Rapprocher la tête des jambes doit permettre de raccourcir la distance synaptique, et donc, de rendre plus efficace l'action régionale, car plus en phase avec le contexte local. Néanmoins, un double handicap limite la réalisation d'une véritable territorialisation des politiques de santé. Le premier réside dans la forte pesanteur de la tutelle, mettant à mal l'autonomie des ARS (1); et le tropisme central du système, qui se ressent au sein même des ARS, entraîne un second handicap : une forte centralisation interne, que la réforme territoriale de 2016 risque d'aggraver (2).

⁷¹² *ibid.*

⁷¹³ *ibid.*

1. Un double verrouillage : le conseil national de pilotage, et les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens

287. Au niveau régional, le DGARS est incontestablement l'homme fort de l'administration sanitaire. Cependant, ses capacités d'action, et surtout, son autonomie vis à vis du niveau central doivent être relativisées. Le mode de pilotage national des ARS (a), ainsi que les CPOM les engageant avec la tutelle ministérielle (b), limitent très largement la possibilité de voir émerger une véritable différenciation locale.

a. Le conseil national de pilotage : incarnation de la tutelle ministérielle

288. Objets publics non identifiés, les ARS se sont vues proposer un nouveau mode de pilotage, se voulant plus moderne et stratégique. Les ARS sont ainsi chapeautées, au niveau national, par un Conseil National de Pilotage – CNP – réunissant « des représentants de l'Etat et de ses établissements publics, dont la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, ainsi que des représentants des organismes nationaux d'assurance maladie membres de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie [...], les ministres chargés de la santé, de l'assurance maladie, des personnes âgées et des personnes handicapées, ou leur représentant [...], les ministres chargés du budget et de la sécurité sociale. »⁷¹⁴.

Il a pour mission de donner aux ARS « les directives pour la mise en œuvre de la politique nationale de santé sur le territoire » ainsi que de veiller « à la cohérence des politiques qu'elles ont à mettre en œuvre »⁷¹⁵.

289. Le CNP est par ailleurs chargé de valider « toutes les instructions qui sont données aux agences » et de conduire « l'animation du réseau des agences »⁷¹⁶ en réalisant un suivi basé sur « la comparaison des indicateurs de performance des agences régionales de santé, [...] la

⁷¹⁴ Art. L1433-1 Alinéa 1 du CSP. La liste précise a été fixée par le décret n° 2010-786 du 8 juillet 2010 relatif au pilotage national des agences régionales de santé. L'article D1433-1 du CSP en fixe la liste précise. Il est présidé par le ministre chargé de la santé, de l'assurance maladie, des personnes âgées et des personnes handicapées ou le secrétaire général du ministère des affaires sociales, et est composé de quatorze membres auxquels s'ajoute les ministres chargés du budget et de la sécurité sociale.

⁷¹⁵ Art. L 1433-1 al.2 CSP.

⁷¹⁶ Art. L 1433-1 al.4 CSP.

diffusion de bonnes pratiques et [...] la mutualisation de certaines fonctions » ainsi que d'élaborer des « outils méthodologiques, dans le domaine de la gestion des ressources humaines, des opérations budgétaires et comptables, des autres fonctions support, et en ce qui concerne le schéma directeur du système d'information des agences. »⁷¹⁷.

290. On le voit, le « *dispositif ARS* » est bien encadré, et la tutelle qu'incarne le CNP est très présente. Trop, d'ailleurs, pour nombre d'observateurs. Ainsi, la Cour des comptes relevait, en 2012, que le CNP, qui se réunit sur une base bimensuelle, avait adressé 307 instructions en 2010 et 310 en 2011, soit « plus d'une par jour ouvrable »⁷¹⁸. Les juges de la rue Cambon déplorent par ailleurs le positionnement du CNP, « trop peu stratégique »⁷¹⁹ et fonctionnant comme une « instance administrative de coordination »⁷²⁰ dirigée par le secrétariat général des affaires sociales⁷²¹ s'appuyant pour ce faire sur une équipe spécifique.

On pourrait voir là la matérialisation d'un embryon d'Agence Nationale de Santé, pendant central des ARS, un temps envisagé pour diriger et gouverner, et jugé, à terme, comme inévitable par certains observateurs avisés pour réaliser le « plein épanouissement »⁷²² du dispositif issu de la loi HPST. Mais la dyarchie Etat/Assurance Maladie au niveau national a finalement survécu à la réforme, préservant par conséquent l'ensemble des structures parisiennes chargées du pilotage du système de santé. Ainsi, au niveau central, le CNP reproduit l'architecture en « tuyaux d'orgues » que la création des ARS aura eu pour but de rénover au niveau régional. Le secrétariat général des ministères sociaux, pilote « de fait » du réseau d'agences régionales, sans aucun pouvoir hiérarchique sur les structures émettrices d'avis, peine par conséquent à jouer son rôle de filtre.

⁷¹⁷ Art. D 1433-6 CSP.

⁷¹⁸ COUR DES COMPTES, « La sécurité sociale, Rapport 2012 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale », Cour des Comptes, 2014, Paris, p. 242.

⁷¹⁹ *id.*, p. 241.

⁷²⁰ *id.*, p. 242.

⁷²¹ Créé en 2005 pour donner une stabilité à toutes les « fonctions support » de l'ensemble des ministères concernés. Décret n°2006-947 du 28 juillet 2006 relatif aux attributions du secrétaire général du ministère de l'économie, des finances et de l'industrie et portant création d'un secrétariat général.

⁷²² « D'ici 2025, l'esprit de la loi HPST trouvera son plein épanouissement avec la création d'une agence nationale de santé dotant les ARS de nouveaux outils juridiques et financiers performants » Claude Evin, cité par « Les nouveaux patients. Rôles et responsabilités des usagers du système de santé en 2025. Rapport 2011. » Office de prospective en santé, Sciences Po, Les presses, 2011, 63 p., *cité par* COURREGES Cécile, LOPEZ Alain, « L'Agence Nationale de Santé : le défi d'un pilotage national unifié, refusant technocratie et centralisation », Santé Publique 2012, Vol. 24, p. 229.

Mais quoi qu'il en soit de son efficience, le CNP témoigne des velléités centralistes du système : l'Etat reprend les commandes du pilotage régional. Et même si le CNP est également chargé de développer un embryon de péréquation régionale, puisqu'il doit surveiller que les « financements attribués à chaque agence prennent en compte l'objectif de réduction des inégalités de santé »⁷²³, les outils de différenciation restent très peu nombreux.

La cour des comptes, dans son rapport de 2012, considérait à ce titre que sur le flux financier global de 173 milliards d'euros entrant dans le ressort des ARS, celles-ci n'avaient de véritable latitude que sur, au plus, 3 milliards d'euros, soit moins de 2%⁷²⁴. Ce constat n'a vraisemblablement pas été remis en cause par l'instauration du fonds d'intervention régional – FIR⁷²⁵ – par la LFSS de 2012⁷²⁶. S'il entendait renforcer l'autonomie des agences, il convient en effet de relativiser la portée de ce fonds, dont, d'ailleurs, une bonne partie se trouve en réalité fléchée vers des dépenses contraintes⁷²⁷. L'enveloppe retenue a été bien plus faible que celle initialement envisagée⁷²⁸, et la loi de 2016 est venue renforcer le contrôle sur cet outil de différenciation, puisque le CNP est désormais⁷²⁹ chargé de déterminer les orientations nationales du FIR⁷³⁰.

En tout état de cause, l'augmentation des marges de manœuvre financières des ARS est de toute façon limitée par la manière dont la tarification sanitaire est conçue. Déterminé par des coûts et forfaits définis nationalement, l'essentiel des dépenses de santé s'impose mécaniquement aux ARS. Augmenter la liberté et l'autonomie financière des Agences reviendrait « à réfléchir à différencier les prix et les tarifs selon les régions, ce que personne n'envisage aujourd'hui sérieusement »⁷³¹.

⁷²³ Art. L 1433-1 al.6 CSP.

⁷²⁴ COUR DES COMPTES, *op.cit.*, 2012, p. 257.

⁷²⁵ Art L 1435-8 CSP.

⁷²⁶ Art 65, loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012, JORF n°0296 du 22 décembre 2011, p. 21682.

⁷²⁷ Selon Claude Evin, alors DG ARS de l'Ile de France, plus de 90 % de l'enveloppe consacrée au FIR en 2013 pour son agence correspondrait à des dépenses contraintes, si bien que seuls 58 millions d'euros sur de 580 millions d'euros étaient véritablement attribués à la discrétion de l'ARS. Propos relayé *in* DOOR Jean-Pierre, « Rapport n°1790 fait au nom de la commission des lois constitutionnelles, de la législation et de l'administration générale de la République sur la proposition de loi organique n°13 créant des objectifs régionaux de dépenses d'assurance maladie », Ass.Nat., 12 février 2014.

⁷²⁸ Envisagé à l'origine à hauteur de 5,4 milliards d'euros, le FIR 2012 s'est élevé à 1,3 milliard d'euros.

Source : COUR DES COMPTES, *op.cit.*, 2012. Pour 2015, il s'élevait à 3,278 milliards.

⁷²⁹ Le cadrage national faisait auparavant l'objet de circulaires ministérielles.

⁷³⁰ Art. 162 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, *op.cit.*

⁷³¹ LE MENN Jacky, MILON Alain, *op.cit.*, p. 68.

Le contrôle de la CNP sur l'activité des ARS ne s'arrête pas là. Le comité a par ailleurs la charge d'évaluer « périodiquement les résultats de l'action des agences et de leurs directeurs généraux, notamment sur la base des contrats définis à l'article L. 1433-2 ». L'article cité ici, renvoie aux CPOM, dont le CNP s'est vu confié le suivi.

Le contrôle du CNP s'étend également aux adaptations régionales du nouveau Plan national de gestion du risque et d'efficience du système de soins – PNGRESS – , négociées par le DGARS et, pour les régimes d'assurance maladie, par leur représentant désigné par le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, mais dans les limites du contrat type défini par le Conseil⁷³².

b. Le CPOM

291. Aboutissement de la logique contractuelle promue jusqu'alors et renforcée par la loi HPST⁷³³, le CPOM constitue la feuille de route des ARS. Il « définit les objectifs et priorités d'action de l'agence régionale de santé pour la mise en œuvre de la stratégie nationale de santé et des plans ou programmes nationaux de santé, déclinés dans le projet régional de santé ». Conclu pour cinq ans et révisable tous les ans il « comporte un volet consacré à la maîtrise des dépenses de santé, qui fixe des objectifs chiffrés d'économies »⁷³⁴.

292. Le CPOM permet ainsi d'encadrer l'adaptation territoriale de la stratégie nationale de santé qui sera réalisée par l'ARS, et principalement l'interprétation qui sera faite du DGARS de ses missions, puisqu'il est personnellement parti au contrat, aux côtés des « ministres chargés de la santé, de l'assurance maladie, des personnes âgées et des personnes handicapées »⁷³⁵. Toutefois, la manière dont le CPOM est négocié permet de s'interroger sur les paradoxes potentiels contenus dans la réforme. Si la forte personnalisation et l'incarnation de la politique sanitaire régionale, se voient ici encore renforcées par la position du DGARS, placé en position de direct négociateur de l'adaptation territoriale de la politique de santé,

⁷³² Art. L. 182-2-1-1 du CSS.

⁷³³ A ce titre, voir FIESCHI-BAZIN Elisabeth, « Le renforcement du recours aux instruments contractuels », *in* territorialisation p.153 et TRUCHET Didier, « Le contrat dans la loi HPST » *in* « Le volet territorial de la loi HPST », RGDM num. spé. 2011 p. 137.

⁷³⁴ Art. L1433-2 al.2 CSP.

⁷³⁵ Art. L 1433-2 al.1 CSP.

personnellement responsable de sa mise en œuvre, il n'en demeure pas moins que son mode de nomination invite à relativiser sa marge de négociation.

Comme c'est le cas pour les autres dispositifs contractuels intervenant dans le champ de la santé, la nature véritablement contractuelle du CPOM semble juridiquement contestable. Il s'agit en effet pour le DGARS de définir avec son employeur les conditions dans lesquelles il organisera et orientera son action, ainsi que les éléments sur lesquels il sera évalué. Situation à priori inconfortable, en tout cas au regard de l'autonomie des ARS et de leur DGARS déjà contraint par sa lettre de mission, dans la définition de la politique régionale. Ajouter à cela la possibilité de revoir annuellement le contenu du CPOM permet d'envisager pleinement la position précaire dans laquelle le DGARS se trouve au sein de ce rapport qui n'a de contractuel que le nom. Et si les CPOM conclus entre l'ARS et les établissements de santé relèvent « le dirigisme de l'Agence »⁷³⁶, celui conclu entre les Ministres et le DGARS met en lumière le dirigisme de l'Etat.

293. Nul doute, de plus, que les autorités ministérielles, ainsi que le CNP, chargé d'examiner le contrat avant signature, d'en approuver les objectifs et d'en suivre l'exécution⁷³⁷, auront tendance à observer la cohérence d'ensemble des différents CPOM régionaux, autant pour faciliter leur gestion et leur suivi, que pour assurer une certaine uniformité de l'action publique locale. Uniformité qui ne rime pas avec adaptation.

C'est d'ailleurs ce que la pratique relève. Le rapport de la MECSS en fait la démonstration, en affirmant que « la plupart des indicateurs sont communs à l'ensemble des ARS », et ne « permettent pas de prendre en compte la diversité des situations régionales, d'autant qu'ils « ne font l'objet d'aucune articulation »⁷³⁸ avec les PRS. Et la Cour des Comptes d'enfoncer le clou, regrettant, via les CPOM, « un pilotage plus administratif que stratégique d'entités dont le statut d'établissement public aurait laissé attendre bien davantage de latitude d'action

⁷³⁶ RIHAL Hervé, « Nature de l'avenant tarifaire du CPOM », AJDA, 2008, p.1893, *cité par* SAISON Johanne, « Un patron dans l'hôpital : mythe ou réalité ? », *op.cit.*

⁷³⁷ Article D 1433-5 du CSP.

⁷³⁸ LE MENN Jacky, MILON Alain, *op.cit.*, p.23. Selon les informations fournies par le secrétariat général des ministères sociaux, aux trente indicateurs métiers communs à l'ensemble des ARS s'ajoutent des indicateurs spécifiques dont le nombre varie de 1 pour l'ARS Lorraine à 14 pour l'ARS Océan Indien (le nombre médian se situant à 4 indicateurs spécifiques par ARS). Sont également inclus dans les CPOM neuf indicateurs ressources humaines, 4 indicateurs de gestion et 1 indicateur relatif aux systèmes d'information.

et de marges d'autonomie », reflétant ainsi « le poids d'administrations centrales qui n'ont pas pris toute la mesure des changements de fonctionnement que la création d'agences se substituant à des services déconcentrés, devait appeler de leur part »⁷³⁹.

Les services de l'Etat ont pris bonne note des remarques adressées à l'encontre des CPOM. Face au « bilan mitigé »⁷⁴⁰ de la première génération, la deuxième génération de CPOM 2015-2018 s'est vue précédée d'une révision du dispositif par un groupe de travail ad hoc animé par le secrétariat général réunissant des représentants de directions centrales, des caisses nationales et des ARS. La nouvelle trame⁷⁴¹, validée par le CNP en 2014, substitue aux 14 objectifs de mise en place et aux 31 indicateurs métiers de la première génération, 4 objectifs prioritaires métiers et un objectif de management, le tout décliné en 11 objectifs opérationnels prévoyant des leviers d'action nationaux et régionaux. A cela s'ajoute une liste d'indicateurs, fixée par le secrétariat général, et dans lesquels les ARS doivent piocher. Il est difficile, à priori, de dire si le maniement des nouveaux CPOM sera plus aisé, même si la volonté de les rendre publics, comme recommandé par la MECSS, devrait encourager les autorités, qu'elles soient régionales ou nationales, à produire des documents lisibles et compréhensibles de tous ; en tout cas il n'est pas interdit de l'espérer.

C'est cependant la pratique qui permettra de déterminer si les modifications apportées ont permis de « revenir à l'essence même d'un contrat pluriannuel resserré sur un nombre limité de priorités et d'objectifs » prompt à une meilleure articulation « des priorités régionales issues du PRS avec les priorités nationales »⁷⁴². Quoi qu'il en soit, et quoi qu'il en sera, cet outil, dont l'intérêt dans la perspective d'une cohérence nationale de la politique sanitaire n'est pas ici directement questionné, ne pourra que contribuer à contraindre l'action des ARS et de leur DG, et ainsi limiter la territorialisation de l'action publique en la matière.

294. « On n'est pas dans un système de santé régionalisé » déclare sans hésiter un directeur DGARS, avant d'ajouter que le CNP est en réalité « le conseil d'administration de fait de chacune des ARS »⁷⁴³. L'adjonction du CPOM au paysage permet en effet de douter de

⁷³⁹ COUR DES COMPTES, *op.cit.*, 2012, p. 243.

⁷⁴⁰ *ibid.*

⁷⁴¹ Instruction SG n° 2014-223 du 17 juillet 2014 relative à l'élaboration des CPOM État-ARS 2015-2018.

⁷⁴² *ibid.*

⁷⁴³ PIERRU Frédéric, *op.cit.*, p. 105.

l'efficacité de la régionalisation proposée par les ARS. Cet ADN centralisateur, ou re-centralisateur, a d'ailleurs diffusé dans les ARS. Et si l'on est pas dans un système national régionalisé, on n'est pas non plus dans un système régional territorialisé.

2. L'ARS : une recentralisation locale

295. La régionalisation opérée par la loi HPST poursuit bien entendu l'objectif d'une meilleure territorialisation des politiques de santé. Toutefois, l'organisation territoriale même des ARS (a), dont la situation ne devra pas être facilitée par la réforme de l'administration déconcentrée consécutive à la loi du 16 janvier 2015 (b), incite à relativiser les capacités des agences à mener à bien cet objectif constitutif.

a. Le rôle des délégations territoriales

296. Aux termes de la rédaction de l'article L1432-1 du CSP antérieure à 2016, les ARS doivent mettre en place des Délégations Territoriales – DT – dans les départements.

Concernant l'organisation territoriale des Agences, c'est tout ce qu'a prévu la loi HPST. Rien de plus ne sera précisé par la suite.

297. Les DGARS jouissent donc, dans ce cas précis, d'une marge de manœuvre assez importante, puisque leur seule obligation est de maintenir une représentation départementale. Aucune forme particulière n'est requise, et le terme « délégation » n'emporte pas, ou n'emporte plus mécaniquement de présence physique sur le territoire du département, puisque la loi de 2016 est venue légèrement reformulée le texte, en substituant « délégations départementales » à « délégation territoriale dans les départements ». La recoloration départementale de cette délégation, qui ne cadrerait pas avec la gamme chromatique régionale retenue pour la réforme de 2009, et qui avait été rapidement évacuée au profit du terme « territorial », au teint moins marqué, a de quoi surprendre. Ainsi anciennement dénommées, les délégations territoriales prolongeaient, au moins lexicalement, la volonté affichée de territorialisation abritée sous le « T » de la loi les ayant portées sur les fonts baptismaux. Et si nous ne pensons pas qu'il faille voir dans la modification de 2016 les stigmates d'une

tentation de la re-départementalisation, ce changement sémantique pose question. Certes, le découpage des DT retenu par les ARS correspondait souvent aux limites des départements, d'autant qu'elles apparaissent comme une survivance des directions départementales, les DDASS, aspirées dans la nouvelle agence régionale. Pour autant l'ancienne dénomination laissait entrevoir une marge de manœuvre plus grande laissée au DGARS pour organiser l'action territoriale de ses équipes.

298. Les DT⁷⁴⁴ ont pour mission de maintenir le lien entre l'ARS et les partenaires infrarégionaux des ARS. Elles permettent également de proposer un interlocuteur privilégié au préfet de département. Mais le délégué territorial n'a en rien les compétences d'un DG départemental.

Ces délégations sont en réalité les antennes locales, au sens entomologique, des Agences. Elles sont ses organes sensoriels, permettant de prendre le pouls du local, mais dépourvues de réel pouvoir décisionnel. Le rachis territorial mène vers l'unique centre réel de décision : le siège de l'Agence, abritant son unique décisionnaire, le DGARS, et situé, conformément à l'article R 1432-53-2 du CSP, au chef-lieu de la région⁷⁴⁵.

Les partenaires des ARS déplorent d'ailleurs régulièrement la capacité d'action limitée des délégués territoriaux, les amenant « à se tourner directement vers les ARS »⁷⁴⁶. Le modèle de « centralisme administratif »⁷⁴⁷, qui limite les marges de manœuvre des ARS, se trouve ici reproduit « au niveau régional vis-à-vis des DT »⁷⁴⁸.

299. Mais compte tenu des marges de manœuvre laissées aux ARS, différents types d'organisations ont pu apparaître. Christine Rolland et Frédéric Pierru⁷⁴⁹ identifient trois idéaux-types classés du moins intégré au plus intégré à la maison mère : la DT de plein

⁷⁴⁴ Nous continuerons ici à les appeler DT, les ARS n'ayant pas toutes décidées de modifier leur dénomination.

⁷⁴⁵ L'article prévoit qu'il peut en être déterminé autrement par arrêté ministériel.

⁷⁴⁶ Audition de Ronald Maire, Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés non lucratifs sanitaires et sociaux, à la MECSS, in LE MENN Jacky, MILON Alain, *op.cit.*, p. 137.

⁷⁴⁷ *ibid.*

⁷⁴⁸ *ibid.*

⁷⁴⁹ ROLLAND Christine, PIERRU Frédéric, « Les Agences Régionales de Santé deux ans après : une autonomie de façade », Santé Publique, Vol. 25, 2013, p. 411.

exercice, aux responsabilités proches des anciennes DDASS, la DT intermédiaire, et la DT ambassade, version la plus intégrée et pour laquelle la plupart des missions ont été incorporées aux directions de la structure centrale.

Au vu de leur objectif congénital de rationalisation, c'est-à-dire de limitation des coûts et des effectifs, les ARS ont tendance à évoluer vers le troisième modèle permettant, outre la mutualisation de l'ensemble des fonctions supports et la dilution des effectifs départementaux dans des directions centrales thématiques, d'incarner la régionalisation consubstantielle de la réforme. C'est d'ailleurs celui-ci qui est promu par le CNP, qui le juge « le plus cohérent avec l'esprit ARS »⁷⁵⁰ ; D'autant que, comme le note la Cour des Comptes, si les DT regroupaient encore, en 2011, 45% des effectifs, avec toutefois des situations très différentes d'une région à l'autre, la tendance était à la régionalisation et à la mutualisation. Les DT ayant ainsi « vocation à se positionner sur un rôle d'animation territoriale et des missions de proximité dont les contours sont aujourd'hui encore mal définis »⁷⁵¹. Principalement axé sur le volet médico-social, comme le laissait présager leur parenté *dassienne*, le travail d'animation territoriale « cœur de métier »⁷⁵² des délégués, « au contact des acteurs locaux, des élus et des usagers pour les associer et faciliter la mise en place des actions »⁷⁵³, est cependant mis à mal par leur position au sein de l'architecture ARS. Le délégué apparaît ainsi souvent « comme l'exécutant des directives du siège, manquant de visibilité sur le territoire concerné faute d'être en charge du suivi des établissements sanitaires, tout en étant en première ligne sur le terrain »⁷⁵⁴.

300. Faisant office de « courroie de transmission » entre le local et le régional, les DT sont également régulièrement confrontées au peu de retour du niveau central vers lequel il est « difficile de faire remonter les interrogations et les demandes »⁷⁵⁵.

Cette « perte en ligne » est compréhensible vu la tâche incombant aux ARS. La réforme territoriale de 2016 ne devrait pas arranger les choses en la matière.

⁷⁵⁰ ROLLAND Christine, PIERRU Frédéric, *op.cit.*, p. 417.

⁷⁵¹ COUR DES COMPTES, *op.cit.*, 2012, p. 252.

⁷⁵² FANTINO Bruno, « ARS, mode d'emploi », Dunod, coll. santé social, 2014, p. 116.

⁷⁵³ *id.*, p. 121.

⁷⁵⁴ ROLLAND Christine, PIERRU Frédéric, *op.cit.*, p. 418.

⁷⁵⁵ Auditions de la MECSS M. Gérard Roche, président du conseil général de la Haute-Loire, membre du bureau de l'Assemblée des départements de France, LE MENN Jacky, MILON Alain, *op.cit.*, p. 145.

b. Des ARS aux « GARS »⁷⁵⁶

301. La réforme territoriale a naturellement touché l'administration d'Etat, qui a dû s'adapter aux nouvelles Régions fixées par la loi du 16 janvier 2015. Dans les régions ayant vu leurs limites géographiques modifiées, l'ensemble des services régionaux déconcentrés ont été impliqués, à partir du 1^{er} janvier 2016⁷⁵⁷, dans un processus de fusion et de regroupement des services.

Malgré leur statut d'établissement public, et non d'organes déconcentrés de l'Etat, les ARS ont suivi le mouvement. Une ordonnance⁷⁵⁸ et un décret⁷⁵⁹ sont ainsi venus adapter les agences aux nouvelles délimitations régionales.

Des vingt-deux ARS métropolitaines, seules six ont été épargnées par ce rapprochement territorial. Les seize autres ont dû composer avec une fusion impliquant dans certains cas trois structures distinctes⁷⁶⁰ ; la « maison commune »⁷⁶¹ régionale Etat/Assurance maladie est à peine, et difficilement, aménagée, que déjà les travaux d'agrandissement commencent.

302. En plus des statuts différents des personnels avec lesquels les DGARS avaient déjà à jongler, cette nouvelle étape dans la régionalisation, qui concerne plus de dix mille agents, a conduit, là aussi à marche forcée, à intégrer et faire cohabiter deux voire trois logiques d'organisation et de management différents. Ainsi, le décret prévoit notamment le maintien des actes des anciens DG relatifs aux accords collectifs conclus au sein de l'agence⁷⁶².

⁷⁵⁶ Grandes ARS.

⁷⁵⁷ Décret n° 2015-1689 du 17 décembre 2015 portant diverses mesures d'organisation et de fonctionnement dans les régions de l'administration territoriale de l'Etat et de commissions administratives, JORF n°0293 du 18 décembre 2015.

⁷⁵⁸ Ordonnance n° 2015-1620 du 10 décembre 2015 adaptant les agences régionales de santé et les unions régionales de professionnels de santé à la nouvelle délimitation des régions, JORF n°0287 du 11 décembre 2015, p. 22840.

⁷⁵⁹ Décret n° 2015-1650 du 11 décembre 2015 adaptant les agences régionales de santé à la nouvelle délimitation des régions et prorogeant le mandat des unions régionales de professionnels de santé regroupant les infirmiers, JORF n°0289 du 13 décembre 2015, p. 23029.

⁷⁶⁰ Grand-Est et Nouvelle-Aquitaine.

⁷⁶¹ Selon les propos de Roselyne Bachelot *in* LIBAULT Dominique, « Les parcours professionnels des agents de droit privé au sein des agences régionales de santé : pour une action partenariale renforcée des ARS et des organismes de sécurité sociale », IGAS, mars 2015, p. 3.

⁷⁶² Article 3 II, Décret n° 2015-1650 du 11 décembre 2015, *op.cit.*

Garantie bien légitime pour les agents, mais qui risque de compliquer singulièrement la tâche des responsables des ressources humaines des nouvelles grandes agences.

303. Au-delà des difficultés managériales, la réforme risque de déstabiliser les ARS dont l'assise territoriale, nous l'avons vu précédemment, ne garantissait déjà pas un équilibre à toute épreuve. La croissance rapide de certaines ARS, pourrait tendre à les faire évoluer de plus en plus vers ce « colosse aux pieds d'argile »⁷⁶³ décrié par certains commentateurs. Car, dans certains cas, la fusion a conduit à revoir l'organisation territoriale des ARS pour proposer un *modus vivendi* commun, au risque de dégarnir des DT déjà souvent peu fournies. Dans le cas du Nord-Pas de Calais la fusion a ainsi conduit à diviser par deux le nombre des délégués territoriaux, passant de quatre à deux. A l'embryon de territorialisation, compatible avec l'esprit de la loi HPST et amorcé par le découpage de chacun des départements en deux territoires de santé regroupant chacun une DT, s'est substituée une départementalisation strictement compatible avec le texte de loi, la nouvelle organisation se limitant à la mise en place d'une DT par département. La crainte d'une centralisation locale accrue, au profit d'un siège aux pieds de plus en plus longs, est plus que jamais envisageable.

304. On peut également espérer que la fusion sera une chance pour envisager à nouveau l'animation territoriale, mais en tout état de cause, la réforme devrait encore restreindre les possibilités pour les partenaires des ARS de trouver un interlocuteur autre que le DG, dont le rôle essentiel et prépondérant dans la politique sanitaire régionale semble sortir encore renforcé.

305. Peut-être que cette position confortée lui permettra de revendiquer plus d'autonomie vis-à-vis du central, et d'engager des modes de partenariats nouveaux avec des acteurs à la taille suffisante pour revendiquer, d'égaux à égaux, une place dans l'organisation du système. Ou alors au contraire, son élévation pourrait le rapprocher encore du centre décisionnel, et l'inféoder plus encore aux directions centrales.

⁷⁶³ DELANDE Guy, « Les agences régionales de santé : un colosse aux pieds d'argile », RDS n°34, 2010, p. 197.

L'avenir nous dira quelles conséquences tirer de cette réorganisation régionale.

CONCLUSION DU CHAPITRE 2

306. « La nature même des ARS, et notamment la double filiation Etat / Assurance maladie, exclut le scénario d'une organisation des ARS sous forme de service déconcentré de l'Etat et exige l'identification claire d'une entité à la responsabilité spécifique »⁷⁶⁴. Le rapport Ritter, inspiration principale du législateur pour la constitution des ARS, proposait ainsi de créer des structures *sui generis*, modernes, autonomes, et adaptées aux spécificités du secteur sanitaire.

Portant dans leur ADN les tendances fortes ayant irrigué la réforme générale de l'Etat, les Agences telles qu'issues de la loi de 2009 ne semblent cependant pas répondre totalement à l'ensemble des objectifs que portait la réforme.

Sur le plan de la territorialisation de l'action publique, les ARS n'ont pas permis de rompre avec « le cadre de l'acception traditionnelle du territoire, celle qui donne un rôle primordial à l'État dans l'élaboration des politiques de santé, les territoires infra-étatiques étant essentiellement appréhendés comme des cadres opérationnels de la déclinaison des politiques nationales »⁷⁶⁵.

307. Dès lors, derrière une « façade de décentralisation »⁷⁶⁶, c'est en réalité d'un mouvement de reprise en main étatique, réalisé à l'abri d'une structure hybride, cachant en réalité un démembrement supplémentaire de l'Etat local. C'est ainsi d'une forme nouvelle *d'établissement public administratif déconcentré* dont témoignent les ARS.

Il ne pouvait en être autrement pour des structures chargées « simplement »⁷⁶⁷ de mettre en œuvre au niveau régional, « en l'adaptant aux spécificités de chaque région »⁷⁶⁸ la politique

⁷⁶⁴ RITTER Philippe, *op.cit.*, p. 39.

⁷⁶⁵ MARTIN-PAPINEAU Nathalie, « La construction de la politique de santé », in « CASTAING Cécile (ss. la dir. de), « La territorialisation des politiques de santé », *op.cit.*, p. 22.

⁷⁶⁶ MOQUET-ANGER Marie-Laure, « Les aspects de la nouvelle organisation territoriale de la santé », JCP Adm. 2009, n°2224.

⁷⁶⁷ CLEMENT Jean-Marie, *op.cit.*

⁷⁶⁸ CSP, art. L. 1431-2. On ajoutera qu'elle est en outre chargée « de réguler, d'orienter et d'organiser (...) l'offre de services de santé, de manière à répondre aux besoins en matière de prévention, de promotion de la santé, de soins et de services médico-sociaux, et à garantir l'efficacité du système de santé ».

de santé de la Nation définie par le gouvernement dans le cadre d'une stratégie nationale⁷⁶⁹ relevant de la responsabilité de l'Etat⁷⁷⁰.

⁷⁶⁹ CSP, art. L. 1411-1-1 tel que résultant de l'art. 1^{er} de la loi du 26 janv. 2016.

⁷⁷⁰ *ibid.*

Une formulation proche préexistait. La loi de 2002 prévoyait que « La Nation définit sa politique de santé selon des objectifs pluriannuels ». Celle de 2004 ajoutait que « la détermination de ces objectifs, la conception des plans, des actions et des programmes de santé mis en œuvre pour les atteindre ainsi que l'évaluation de cette politique relèvent de la responsabilité de l'Etat ».

Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, JORF du 5 mars 2002, p. 4118, et loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, JORF n°185 du 11 août 2004, p. 14277 ;

CONCLUSION DU TITRE 1

308. La régionalisation qui a globalement touché l'organisation de la France au cours du XX^{ème} siècle, a finalement touché la santé. Longtemps parent pauvre de l'administration, le secteur sanitaire a connu une reprise en main à partir du secteur sanitaire, ayant conduit à l'importation dans ce secteur particulier des recettes développées par ailleurs et impactant l'ensemble de la réforme de l'Etat.

309. En matière sanitaire, la régionalisation prend aujourd'hui la forme de l'ARS, organisme hybride, sous tutelle ministérielle, et dont le directeur est hiérarchiquement rattaché aux ministres. Ce double verrouillage étatique confirme bien la volonté de faire « irrémédiablement » de la santé « une affaire d'Etat »⁷⁷¹.

Pour autant, qu'il s'agisse de régionaliser ou de territorialiser, les ARS n'apparaissent pas, loin s'en faut, au milieu d'un désert institutionnel. Au-delà, ou plutôt, au-dessous de l'Etat et de ses démembrements, d'autres intervenants existent, au premier rang desquels les collectivités territoriales, et leurs creusets de *spécificités*. Et comme le rappelle le Haut conseil de la santé publique dans son rapport de 2006⁷⁷², la réforme devra définir un mode de coopération entre ARS et collectivités permettant une représentation susceptible de leur accorder une place significative dans la nouvelle architecture sanitaire régionale. Une régionalisation efficace, portant le souhait d'encourager la démocratisation du système concomitamment à sa rationalisation, est à ce prix. Il convient donc, à ce stade, d'étudier la place laissée aux collectivités dans le schéma de pilotage retenu. La place qu'on leur laisse, et la place que, parfois, elles s'arrogent.

⁷⁷¹ APOLLIS Benoît, « La dualité fonctionnelle du directeur général de l'ARS », RDS n°53, 2013, p. 377.

⁷⁷² HCSP, « Les politiques régionales de santé publique », La doc. française, 2008, p. 16.

Titre 2. La place des collectivités territoriales dans la régionalisation de la santé : une opportunité de passer du strapontin aux loges ?

310. Comme nous l'avons vu, la régionalisation de l'administration sanitaire et du pilotage du système, engagée dès le milieu des années quatre-vingt-dix, a franchi, avec l'adoption de la loi HPST et la mise en place de l'ARS, un pas décisif. La gestion au plus proche, au local, est désormais promue comme un outil essentiel de modernisation du système.

Dès lors, cette « localisation » invite à s'interroger sur la place laissée aux collectivités au sein de ce système de pilotage rénové. Quelles compétences ont-elles ? Quelles sont les responsabilités à leur charge ?

311. Car un des vecteurs de la modernisation du système réside dans sa démocratisation, invoquée de manière quasi incantatoire. Dans cette perspective, le pendant naturel de cette régionalisation pourrait être, ou devrait être, la reconnaissance d'une place spécifique aux collectivités territoriales, composées d'individus démocratiquement élus, dans le pilotage même de l'action sanitaire inscrite dans un cadre local. Pourtant, nous verrons que ce mouvement a très largement laissé à l'écart les collectivités, qui restent pour l'essentiel, cantonnées à un rôle de partenaire de la mise en œuvre de certaines politiques spécifiques (Chapitre 1).

Au surplus, alors que les évolutions du système auraient pu laisser imaginer qu'une place de choix serait confiée aux Régions, c'est plutôt le contraire auxquels nous assistons, malgré les expérimentations qui ont pu être menées, et la revendication par certains conseils régionaux d'une place renforcée, aux côtés de l'Etat et de l'Assurance Maladie, dans le pilotage du système. Nous aborderons ici le cas particulier de la Région NPDC (Chapitre 2).

Chapitre 1. Des collectivités partenaires des politiques de santé, mais dépourvues de réelles compétences

312. L'observation empirique des voies prises par la réforme de l'appareil administratif français, envisagée généralement et, spécifiquement, concernant la santé, montre la direction prise vers une territorialisation, aux reflets régionaux, de l'action publique. Toutefois, cette régionalisation de la santé s'est finalement réalisée sans avoir été assortie de véritable transfert de compétences vers les collectivités territoriales. Ce constat invite ainsi à s'interroger sur la place qu'occupent les collectivités dans l'architecture sanitaire régionale et locale.

313. Ainsi celles-ci ne sont pas totalement exclues du champ sanitaire, puisqu'elles demeurent en effet titulaires de certaines compétences résiduelles (Section 1), et restent associées, en tant que partenaires de l'action locale, à la mise en œuvre du système de santé (Section 2).

Section 1. Des compétences résiduelles

314. Le constat ne souffre *a priori* d'aucune contestation : les différentes vagues de décentralisation des années 1980 et 2000 n'ont jamais atteint les côtes sanitaires. Au contraire, les réformes démontrent dans le domaine un mouvement inverse, paradoxal, de recentralisation (§2). Pour autant, si les transferts de compétences au profit des collectivités n'ont pas concerné le secteur de la santé, celles-ci n'en restent pas moins titulaires de compétences résiduelles, principalement liées, ou conséquentes, à leurs autres attributions (§1).

§1. Des compétences liées à leurs attributions

315. Au titre de l'article L1111-2 du CGCT, « les communes, les départements et les régions règlent par leurs délibérations les affaires de leur compétence. Ils concourent avec l'Etat à l'administration et à l'aménagement du territoire, au développement économique, social, sanitaire, culturel et scientifique, à la lutte contre les discriminations, à la promotion de l'égalité entre les femmes et les hommes ainsi qu'à la protection de l'environnement, à la lutte contre l'effet de serre par la maîtrise et l'utilisation rationnelle de l'énergie, et à l'amélioration du cadre de vie. »

Au-delà de l'aspect général de cette disposition, par l'intermédiaire des quelques compétences expressément attribuées légalement, les niveaux communaux (A), départementaux (B) et régionaux (C) exercent des responsabilités au sein du champ sanitaire ; chacune des couches du *mille-feuille territorial* abrite en effet sa part de garniture sanitaire.

316. Cet investissement local se fait, avant tout, par l'intermédiaire des compétences attribuées par la loi. Il est cependant difficile de déceler la cohérence d'ensemble du corpus de compétences attribuées par la loi aux collectivités. Eparpillé dans notre droit positif, l'ensemble du champ d'intervention sanitaire des collectivités ne se dévoile qu'au prix « d'incessants allers-retours »⁷⁷³, entre le code de la santé publique, le code général des collectivités territoriales et, dans une certaine mesure, le code de l'action sociale et des familles.

La clause de compétence générale a également pu être invoquée pour justifier l'investissement des collectivités dans le champ sanitaire.

⁷⁷³ VILLENEUVE Pierre, « Les compétences sanitaires des collectivités territoriales », RDSS, 2009, p. 86.

A. Le niveau communal et la santé

317. Les compétences sanitaires confiées au niveau communal sont principalement corrélées aux pouvoirs du maire (1). Au-delà de celles attribuées par la loi, la possibilité est ouverte aux Communes d'élargir leur champ d'intervention de manière volontaire (2)

1. Les compétences optionnelles : le maire premier préventeur de France

318. Les responsabilités du niveau communal sont en majeure partie liées aux pouvoirs de police conférés aux maires. En application de l'article L 2211-1 du CGCT le maire est ainsi chargé de la police municipale dont l'objet, défini à l'article L 2211-2, est « d'assurer le bon ordre, la sûreté, la sécurité et la salubrité publique dans sa commune. ». Il s'agit avant tout pour le maire, via les pouvoirs de police qui lui sont confiés, de garantir la protection de l'intégrité physique de ses administrés⁷⁷⁴. Son intervention en matière de salubrité publique se matérialise principalement par un pouvoir de surveillance des différentes sources potentielles de risques sanitaires auxquelles pourraient être confrontées les personnes sur le territoire de sa Commune. A ce titre, il est dépositaire d'un pouvoir de surveillance « de l'état des ruisseaux, rivières, étangs, mares ou amas d'eau »⁷⁷⁵ mais aussi des baignades et activités nautiques⁷⁷⁶ ainsi que des immeubles menaçant ruine⁷⁷⁷. Ce pouvoir s'accompagne généralement d'un pouvoir d'ordonner la suppression de la source de risques, par la réalisation des travaux nécessaires ou par la suppression pure et simple de l'élément concerné⁷⁷⁸. A tout le moins, le maire peut prononcer la mise en demeure des propriétaires de procéder aux travaux d'entretien dans le but de faire cesser le danger potentiel que le dit bien pourrait faire peser

⁷⁷⁴ L'article L.2212-2 du CGCT confie au maire une obligation générale de prévention des accidents et des fléaux calamiteux ainsi que des pollutions de toute nature, ainsi que de pourvoir d'urgence à toutes les mesures d'assistance et de secours et, s'il y a lieu, de provoquer l'intervention de l'administration supérieure. L'article L. 2212-4 du CGCT lui impose, en cas de danger grave ou imminent, de prendre les mesures de sûreté exigées par les circonstances, et d'en informer d'urgence le préfet de département.

⁷⁷⁵ Art. L2213-29 CGCT.

⁷⁷⁶ Art. L2213-23 CGCT.

⁷⁷⁷ Art. L2213-24 CGCT.

⁷⁷⁸ A titre d'exemples, nous citerons le cas des mares communales, pour lesquelles le maire doit faire procéder à l'assainissement en application de l'article L2213-30 CGCT, dans le cas des fours, fourneaux et cheminées dont l'état de délabrement ferait craindre un incendie, le maire peut ordonner leur démolition, en application de l'article L 2213-26 CGCT.

sur la salubrité publique, comme c'est le cas concernant les travaux de remise en l'état de terrains situés en zone d'habitation⁷⁷⁹.

319. Aux termes de l'article L 1311-2 du CSP le maire peut également prendre des arrêtés ayant pour objet d'édicter des dispositions particulières en vue d'assurer la protection de la santé publique dans la commune, notamment en ce qui concerne la prévention des maladies transmissibles et la salubrité publique⁷⁸⁰.

Ainsi, par l'intermédiaire de ses pouvoirs de police sanitaire spéciale et son rôle général de protection de la santé défini par le CSP, le maire apparaît comme le premier préventeur du système de santé.

320. Par ailleurs, en application de l'article L 2224-7-1 du CGCT⁷⁸¹ les Communes sont compétentes en matière de distribution d'eau potable. En conséquence, les Communes ont à leur charge la gestion du réseau public de collecte des eaux usagées⁷⁸². Connexe à celle de police sanitaire, visant à la protection de la salubrité publique, cette compétence s'inscrit pleinement dans le cadre de la gestion des services publics locaux à la charge de la Commune. C'est également le cas des services municipaux de désinfection et des services communaux d'hygiène « chargés, sous l'autorité du maire, de l'application des dispositions relatives à la protection générale de la santé publique »⁷⁸³.

2. Les compétences facultatives

321. Au-delà de leurs compétences d'attribution, les Communes peuvent s'emparer des questions de santé sur d'autres champs. Tout d'abord, la loi du 13 août 2004 avait ouvert la

⁷⁷⁹ Art. L2213-25 CGCT.

⁷⁸⁰ Art. L1311-1.

⁷⁸¹ Art. L2224-7-1 modifié par l'article 54 de la loi n° 2006-1772 du 30 décembre 2006 sur l'eau et les milieux aquatiques, JORF n°0303 du 31 décembre 2006, p. 20285. Avant cette date, le service public d'eau potable n'était pas une compétence obligatoire à la charge de la Commune.

⁷⁸² Art. L1331-1 CGCT.

⁷⁸³ Art. L1422-1 CSP.

possibilité d'une expérimentation, pour quatre ans, consistant à octroyer aux Communes en faisant la demande, la responsabilité de la résorption de l'habitat insalubre, ainsi que la lutte contre le saturnisme, aux côtés des autorités étatiques. Cette expérimentation n'a cependant pas débouché sur un transfert de compétences durable au profit des Communes, et n'a pas connu de suite législative ou réglementaire.

322. La loi du 23 février 2005 relative au développement des territoires ruraux⁷⁸⁴ permet également aux Communes, comme aux autres collectivités, d'octroyer des aides spécifiques à l'installation des professionnels de santé ou d'encourager l'exercice en zones sous- médicalisées⁷⁸⁵. Les conditions du versement de ces aides ont été précisées par un décret du 30 décembre 2005⁷⁸⁶. Elles peuvent concerner les professionnels installés ou en cours d'installation, et prennent alors la forme d'une prime d'installation⁷⁸⁷ et/ou d'exercice forfaitaire⁷⁸⁸ versée en contrepartie de l'engagement, de la part du professionnel, d'exercer pendant un minimum de trois années dans la zone⁷⁸⁹. Ces aides peuvent aussi être proposées aux étudiants de 3^{ème} cycle, qui peuvent bénéficier d'une indemnité d'études et de projet professionnel ne pouvant dépasser les émoluments annuels de troisième année d'internat, à condition que l'étudiant s'engage à exercer en zone sous-médicalisée pendant au moins cinq ans. L'aide aux étudiants peut également prendre la forme d'une mise à disposition de logement ou d'une indemnité ne pouvant excéder 20 % des émoluments forfaitaires mensuels de troisième année d'internat⁷⁹⁰. Des indemnités de déplacement peuvent également être versées⁷⁹¹. Cependant, si ces aides sont versées à la discrétion des collectivités, elles restent cantonnées, en application de l'article L 1434-4 du CSP, aux zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins ; ces zones étant déterminées par arrêté pris par le DGARS.

⁷⁸⁴ Loi n° 2005-157 du 23 février 2005 relative au développement des territoires ruraux, JORF n°0046 du 24 février 2005, p. 3073.

⁷⁸⁵ Art. L1511-8 CGCT.

⁷⁸⁶ Décret n°2005-1724 du 30 décembre 2005 pris pour l'application du I de l'article L. 1511-8 du code général des collectivités territoriales et relatif aux aides à l'installation et au maintien des professionnels de santé et des centres de santé dans les zones où l'offre de soins est déficitaire, JORF n°304 du 31 décembre 2005, p.20741

⁷⁸⁷ Ou la mise à disposition de locaux.

⁷⁸⁸ Art. R1511-44 CGCT.

⁷⁸⁹ Art. R1511-45 CGCT.

⁷⁹⁰ Art. D1511-52 CGCT.

⁷⁹¹ Art. D1511-53 CGCT.

323. Mais les Communes peuvent également engager d'autres actions sur ce sujet. Au cas où un intérêt public local est caractérisé, la Commune peut s'emparer de la thématique santé et mettre en œuvre des projets spécifiques.

L'arrêt Ville de Nanterre⁷⁹², du 20 novembre 1964, témoigne de cette possibilité offerte aux Communes. En l'espèce, la ville, par décision prise en conseil municipal, souhaitait mettre en place un cabinet dentaire municipal afin de pallier la carence de l'équipement hospitalier et le nombre insuffisant de praticiens privés proposant pour la plupart des tarifs supérieurs aux tarifs de la Sécurité sociale. La décision avait fait l'objet d'un recours en excès de pouvoir. Le Tribunal administratif avait fait droit à cette demande en déclarant illégale la création du cabinet. Le jugement fut ensuite annulé par le Conseil d'Etat, celui-ci considérant que « cette initiative répondait, dans cette ville et à l'époque envisagée, à un besoin de la population et, par suite, à un intérêt public local ». Il s'agit là, en réalité, de l'application de la clause générale de compétence, permettant aux Communes d'intervenir sur le champ sanitaire, et que la réforme des collectivités de 2015 a laissé intacte.

324. Cette volonté d'investir la question sanitaire trouve également sa traduction par la prise de la compétence santé au niveau intercommunal, dans le cas où un intérêt public local le justifie. Ainsi, en 2009, ce sont 187 EPCI qui s'en sont emparées⁷⁹³, soit 7,6% de l'ensemble des structures⁷⁹⁴.

Les Communes et intercommunalités ont également la possibilité de participer aux activités de vaccinations dans le cadre de convention avec l'Etat, en application de l'article L 3111-1 CSP.

⁷⁹² CE, Section, 20 novembre 1964, Ville de Nanterre, requête numéro 57435, Rec. p. 562.

⁷⁹³ ORS, « Les intercommunalités et la santé », 50/51°, Les petits dossiers de l'ORS NPDC, ORS NPDC, 2010, n°23.

⁷⁹⁴ 2601 EPCI.

Source :

http://www.collectivites-locales.gouv.fr/files/files/BIS_65_version_en_ligne.pdf

Consulté le 22/08/2017

325. En plus du niveau communal, le niveau départemental est lui aussi concerné, quoique de manière incidente, par la santé.

B. Le niveau départemental

326. L'implication des conseils départementaux en matière sanitaire l'est principalement de manière incidente. En effet, leurs compétences d'attribution les obligent à s'intéresser à certains pans relevant du secteur (1). Toutefois, à l'instar des Communes, ils peuvent s'engager de façon volontaire dans le domaine, même si la dernière réforme territoriale a quelque peu limité cette possibilité (2).

1. Les compétences d'attribution

327. Sans compétences d'attributions sur le champ sanitaire, le Département joue tout de même un rôle dans le domaine de la santé, puisqu'aux termes de l'article L3321-1 du CGCT, il a à sa charge des dépenses obligatoires « relatives à la l'action sociale, à la santé et à l'insertion »⁷⁹⁵.

On le constate, les interventions sanitaires exercées par le Département sont pour l'essentiel directement liées à sa « vocation sociale »⁷⁹⁶, clairement affirmée par la réforme territoriale de 2015, ayant modifié la formulation de l'article L3211-1 du CGCT. Désormais le Département est compétent pour « mettre en œuvre toute aide ou action relative à la prévention ou à la prise en charge des situations de fragilité, au développement social, à l'accueil des jeunes enfants et à l'autonomie des personnes. Il est également compétent pour faciliter l'accès aux droits et aux services des publics dont il a la charge ».

Suivant la logique observée dans le champ de l'administration d'Etat, le législateur, par la loi du 2 janvier 2002⁷⁹⁷, a imposé aux Départements la définition d'un schéma régional

⁷⁹⁵ Art. L3321-1 10° CGCT.

⁷⁹⁶ LONG Martine, RIHAL Hervé, « La vocation sociale du département », AJDA, 2011, p. 1835.

⁷⁹⁷ Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, JORF du 3 janvier 2002, p. 124.

d'organisation médico-sociale. Etabli pour une durée de cinq ans, il est adopté par le conseil départemental puis arrêté par son président.

328. Toutefois, la marge de manœuvre des Départements pour sa définition demeure contrainte par l'action de l'Etat. Ainsi, en application de l'article L 312-5 du CASF, le schéma est établi après l'adoption d'un schéma national ministériel. Il est suivi de schémas régionaux relatifs à l'accueil des demandeurs d'asile et aux services de protection des personnes majeures. Au surplus, le schéma départemental doit s'inscrire en cohérence avec le schéma régional de santé⁷⁹⁸, et doit prendre en compte les orientations fixées par le préfet de département concernant notamment les établissements ou services mettant en oeuvre les mesures éducatives ordonnées par l'autorité judiciaire⁷⁹⁹. L'action du Département, sur le terrain de la planification médico-sociale intervient donc en bout de chaîne, laissant ainsi peu de place à une réelle liberté dans la fixation du schéma.

C'est dans le cadre de ce schéma que s'organise l'action du Département en faveur des personnes âgées dépendantes, qu'il a la charge de définir et mettre en œuvre⁸⁰⁰ aux côtés de l'ARS. Les deux structures gèrent ensemble la mise en place, le suivi et le financement des EHPAD. Cette gestion s'inscrit dans le cadre de CPOM⁸⁰¹ tripartite conclu pour cinq ans entre le directeur de chaque établissement, le président du conseil départemental, et le DGARS⁸⁰².

329. C'est également dans le domaine de la protection maternelle et infantile que l'action du Département en matière sanitaire est importante. Chargés de la gestion de l'organisation et du financement des services et consultations de santé maternelle et infantile, les Départements doivent en outre assurer les activités de protection de la santé maternelle et infantile à

⁷⁹⁸ Art. L 312-4 CASF.

⁷⁹⁹ Art. L 312-5 4° CASF.

⁸⁰⁰ Art. L113-2 CASF.

⁸⁰¹ Art. L.313-11 CASF.

⁸⁰² Art. L313-11 CASF.

domicile, l'agrément des assistants familiaux, ainsi que l'agrément, le contrôle, la formation et la surveillance des assistantes maternelles⁸⁰³.

Le Département dispose toujours également de compétences facultatives en lien avec la santé.

2. La survivance des compétences facultatives du Département

330. Les différentes réformes territoriales survenues entre 2010 et 2015 ont opéré, comme nous l'avons vu, plusieurs revirements successifs concernant la volonté du législateur de maintenir ou de supprimer la clause de compétence générale. Concernant le Département celle-ci aura ainsi été supprimée, puis rétablie, avant de disparaître à nouveau. Les compétences du Département sont aujourd'hui d'attribution. L'article L. 3211-1 CGCT dispose ainsi que « le conseil départemental règle par ses délibérations les affaires du Département dans les domaines de compétences que la loi lui attribue. ». Le texte a par ailleurs été expurgé de la notion d'intérêt départemental qui permettait auparavant à l'ex-conseil général de répartir son action, en vertu de la clause de compétence générale, à un champ plus large d'intervention⁸⁰⁴.

331. De ce fait, les actions volontaristes des Départements risquent de se trouver limitées, même s'il apparaît nécessaire de n'émettre cette affirmation qu'avec certaines réserves : sur ce point seule la pratique des textes, et donc, les actions concrètes des Départements, tout comme, le cas échéant, les contestations qui pourraient leur être opposées, permettront de la confirmer.

Mais, corollairement, cette nouvelle donne invite à s'interroger sur d'autres compétences ou actions sanitaires que le Département pouvait autrefois développer. C'est le cas, par exemple,

⁸⁰³ Art. L2111-2 CSP.

⁸⁰⁴ Dans sa version antérieure aux différentes réformes territoriales de ces dernières années, l'article L. 3211-1 du CGCT définissait le champ de compétences du département de la sorte : « Le conseil départemental règle par ses délibérations les affaires du département. Il statue sur tous les objets sur lesquels il est appelé à délibérer par les lois et règlements et sur tous les objets d'intérêt départemental dont il est saisi ». Formulation issue de la loi n° 96-142 du 21 février 1996 relative à la partie Législative du code général des collectivités territoriales, JORF n°47 du 24 février 1996, p. 2992.

de la possibilité offerte aux collectivités d'octroyer des aides depuis la loi de 2005, aux professionnels de santé et étudiants souhaitant s'installer dans des zones sous-dotées.

Si, à la lecture du texte, il apparaît que cette possibilité est offerte à l'ensemble des collectivités sans restrictions, il est possible de s'interroger sur le possible obstacle que constitue le nouveau régime de compétences départementales, régi par un principe d'attribution légale. Sans compétences sanitaires, et sans clause générale de compétence, la question reste ouverte.

Il en va de même concernant la participation, là aussi offerte à l'ensemble des collectivités en application de l'article L 3111-1 CSP, aux activités de vaccinations dans le cadre de convention avec l'Etat. Néanmoins, en l'espèce, ce nouveau régime d'attribution des compétences devrait, en pratique tout au moins, entraîner peu de difficultés, puisque l'article L 3111-1 du CSP précise que « les médecins des services de protection maternelle et infantile et des autres services de santé dépendant des conseils départementaux (...) participent à la mise en œuvre de la politique vaccinale ». On voit mal quels motifs, hors application rigoureuse de cette nouvelle répartition des compétences, pourraient justifier l'exclusion des Départements du dispositif conventionnel prévu à l'article L 3111-1 CSP.

332. Si la réforme de 2015 semble avoir en partie limité la marge de manœuvre des Départements, il convient désormais d'investiguer les responsabilités incombant à la dernière strate locale décentralisée, elle aussi touchée par la suppression de la clause générale de compétence : la Région.

C. Le niveau régional

333. Les diverses vagues de décentralisation n'ont laissé aux Régions, en ce qui concerne la santé, qu'une mince écume. Toutefois, s'ils ont peu de compétences en la matière (1), les conseils régionaux conservent la possibilité d'une action dans ce secteur particulier (2).

1. Les compétences d'attribution

334. Les compétences d'attribution légales à la charge des Régions demeurent très rares.

Là encore les quelques compétences exercées sont la conséquence directe des autres attributions du conseil régional. Arcboutées sur deux piliers, le développement économique et l'aménagement du territoire, les interventions régionales s'inscrivent naturellement, dans la plupart des cas, dans ce cadre d'action. Les compétences qui leur ont été transférées concernent donc directement ces deux questions. C'est le cas de la formation.

C'est ainsi que la Région s'est vu confiée, par la loi du 13 août 2004, des compétences en matière de formation de certains professionnels de santé.

L'article L 4383-3 CSP prévoit que la création des instituts ou écoles de formation des professionnels de santé, des aides-soignants, des auxiliaires de puériculture, des ambulanciers et des cadres de santé fait l'objet d'une autorisation délivrée par le président du conseil régional, après avis, tout de même, du DGARS. Il incombe également au président de Région d'agréeer les directeurs des instituts et écoles précédemment mentionnés. Le conseil régional exerce le même type de compétences à l'égard des centres de formation des préparateurs en pharmacie hospitalière⁸⁰⁵ et, agrément de leur directeur exclu, à l'égard des écoles de formation des sages-femmes⁸⁰⁶. La gestion du fonctionnement et de l'équipement de l'ensemble de ces structures, lorsqu'elles sont publiques, revient aussi à la Région, qui a de plus compétence pour octroyer aux étudiants inscrits à ces formations des aides dont les conditions sont fixées par délibération du conseil régional, dans des limites minimales, concernant leur taux et leur montant, fixées par décret⁸⁰⁷.

La Région peut par ailleurs investir, de manière non obligatoire, d'autres questions concernant la santé.

⁸⁰⁵ Art. L 4244-1 et Art. L 4244-2 CSP.

⁸⁰⁶ Art. L 4151-7 CSP et Art. L 4151-9.

⁸⁰⁷ Art. L 4151-8 CSP et Art. L 4383-4. Les étudiants préparateurs en pharmacie hospitalière en sont exclus.

2. Les compétences facultatives

335. Comme les autres collectivités territoriales, la Région peut participer, en application de l'article L 3111-1 CSP, aux activités de vaccination dans le cadre de convention avec l'Etat.

De la même manière, au même titre que les Communes et les Départements, les Régions peuvent définir et octroyer des aides aux professionnels de santé et aux étudiants en médecine désireux de s'implanter dans des zones sous-dotées.

336. Les Régions s'étaient également vu proposer, via l'article 70 de la loi du 13 août 2004, la possibilité de s'engager dans une expérimentation afin de participer au financement et à la réalisation d'équipements sanitaires. Cette expérimentation était ouverte sur candidature, présentée dans un délai d'un an après promulgation de la loi, et devait s'étendre sur une durée de quatre ans. Les conditions de la participation des Régions devaient trouver à se formaliser dans le cadre d'une convention entre le président du conseil régional et le directeur de l'ARH, mais entraînait mécaniquement la participation de représentants de la Région au sein du comité exécutif de l'agence, à parité avec les représentants de l'Etat et de l'Assurance maladie⁸⁰⁸.

337. La loi du 9 août 2004 a par ailleurs intégré au CSP un article⁸⁰⁹ reconnaissant aux Régions la possibilité de « définir des objectifs particuliers à la Région en matière de santé » ainsi que d'élaborer et mettre en œuvre les actions régionales correspondantes » et d'informer le préfet de région ainsi que le DGARS des dites actions ainsi que des moyens associés.

Cet article, qui revêtait par le passé principalement le caractère d'une déclaration de principe, pourrait entraîner d'autres implications après la réforme territoriale d'août 2015. En effet, dans ce cadre, les Régions se sont vues retirer, comme les Départements, leur clause générale de compétence. C'est pourtant principalement sur ce fondement que s'appuyaient les actions volontaristes des Régions en matière de santé.

⁸⁰⁸ Un tiers des sièges chacun.

⁸⁰⁹ Art. L 1424-1 CSP.

338. Les compétences régionales sont aujourd'hui d'attribution, comme le révèle la nouvelle formulation de l'article L 4221-1 du CGCT, qui dispose que « le conseil régional règle par ses délibérations les affaires de la région dans les domaines de compétences que la loi lui attribue »⁸¹⁰.

Pour autant, si la clause a été formellement supprimée, le champ des compétences offert légalement à la Région semble embrasser un spectre particulièrement large. L'article L 4221 CGCT circonscrit en effet l'action régionale à la « promotion du développement économique, social, sanitaire, culturel et scientifique de la région », au « soutien à l'accès au logement et à l'amélioration de l'habitat, (...) à la politique de la ville et à la rénovation urbaine, (...) aux politiques d'éducation et l'aménagement et l'égalité de ses territoires », ainsi qu'à la préservation de l'identité régionale et la promotion des langues régionales.

A la lecture de cet inventaire à la Prévert, on voit mal le domaine qui pourrait être exclu de l'intervention régionale⁸¹¹. Au surplus, pour ce qui concerne la santé, le texte prévoit explicitement que les Régions ont compétence pour promouvoir le développement sanitaire. La combinaison de la définition légale des compétences de la Région issue du CGCT et la possibilité offerte par le CSP de définir des objectifs particuliers de santé et de développer les actions associées, permet de penser que les Régions pourront maintenir une action sanitaire originale pour peu qu'elles considèrent qu'un intérêt régional, désormais absent des textes, les y pousse.

Là encore ce sont les choix faits par les exécutifs des nouvelles grandes Régions, dans un contexte budgétaire de plus en plus contraint invitant les collectivités à se concentrer sur leur *cœur de métier*, qui permettront de se faire une idée sur la question.

339. Si, comme nous venons de le faire, il est possible de trouver trace, dans les différents codes, textes législatifs et réglementaires, de compétences attribuées aux collectivités en matière sanitaire, et plus particulièrement en santé publique, le constat s'impose : les

⁸¹⁰ La formulation antérieure aux différentes réformes, et issue de la loi du 21 février 1996, *op.cit*, était la suivante : « Le conseil régional règle par ses délibérations les affaires de la région. Il statue sur tous les objets sur lesquels il est appelé à délibérer par les lois et règlements et sur tous les objets d'intérêt régional dont il est saisi.

⁸¹¹ Il est d'ailleurs paradoxal de constater que la loi NOTRe du 7 août 2015, dont l'objectif affiché était de mieux encadrer les compétences et leur délimitation pour chaque échelon, a encore enrichi le champ de compétences de la région du soutien à l'accès au logement et à l'amélioration de l'habitat, à la politique de la ville et à la rénovation urbaine et le soutien aux politiques d'éducation ainsi qu'à l'égalité des territoires.

collectivités n'occupent pas aujourd'hui un rôle central dans l'administration de la santé. Cela est d'autant plus vrai que le domaine a connu un mouvement anachronique de recentralisation, à peine compensé par une européanisation encore balbutiante.

§2. La recentralisation de la santé.

340. Les évolutions récentes de l'organisation du système sanitaire témoignent d'une évolution du secteur, à rebours des tendances observables par ailleurs. A tous les niveaux observés précédemment, on observe une étonnante recentralisation de la santé, que la régionalisation actuelle ne semble pas véritablement inverser (A). Il est cependant possible de croire que l'Europe, et son intérêt progressif pour le sujet, pourrait, par son tropisme régionaliste, contribuer à enrayer, ou en tout cas limiter, les effets de cette recentralisation (B).

A. Une tendance générale : la perte d'influence de chaque niveau territorial

341. Que ce soit au niveau communal (1) ou départemental (2), les dernières évolutions témoignent en réalité d'une perte d'influence, et de compétences, des collectivités. Concernant la Région, qui n'a jamais disposé de beaucoup de pouvoirs dans le domaine sanitaire, la régionalisation n'a paradoxalement pas contribué à augmenter de façon nette l'influence de la collectivité (3).

1. La Commune et l'Hôpital : chronique d'une perte d'influence

342. La loi du 16 vendémiaire an V⁸¹² avait confié aux Communes « la surveillance immédiate des hospices civils établis dans leur arrondissement » ; et la loi de préciser : « elles

⁸¹² 7 octobre 1796.

nommeront une commission composée de cinq citoyens résidant dans le canton, qui éliront entre eux un président et choisiront un secrétaire »⁸¹³. Peu de temps après, une circulaire du ministre Chaptal du 25 floréal de l'an IX⁸¹⁴ est venue installer le maire de la Commune dans la fonction de président de la commission des cinq citoyens. Dès lors, le principe ne connaîtra pas d'importants bouleversements. La présidence de l'organe de direction de l'Hôpital est assurée par le maire de la Commune sur laquelle il est implanté. Cependant, comme nous l'avons vu précédemment, la position du Président de l'établissement va peu à peu être fragilisée par la montée en puissance du rôle du directeur d'Hôpital, qui, dépendant plus directement de l'Etat, échappe peu à peu au contrôle de l'organe de direction de son établissement.

De plus, la commune perd peu à peu de son influence au sein de l'Hôpital. Si l'entrée de représentants de la sécurité sociale ne bouleverse pas outre mesure les forces en présence, les représentants de la Commune restant majoritaires à la commission administrative, il n'en sera pas de même avec les réformes postérieures. En 1958, le nombre de membres de la commission passe ainsi de sept à neuf, alors que le nombre de sièges attribués aux représentants communaux demeure de trois.

L'ordonnance hospitalière du 24 avril 1996 ouvrira ensuite la possibilité au maire de déléguer à un autre représentant de la Commune, ou à une personnalité qualifiée, la présidence du conseil d'administration, tout en continuant à y siéger. Mais c'est surtout la HPST qui opérera la révolution copernicienne de la présidence de l'Hôpital. Prenant acte des différents rapports pointant du doigt, comme le relève Jean-Marie Clément, le défaut de gouvernance de l'Hôpital, conséquence, entre autres, de « l'influence trop importante du maire de la Commune où il est implanté »⁸¹⁵, la réforme de 2009 va bouleverser le système de pilotage hospitalier en supprimant le conseil d'administration, remplacé par un conseil de surveillance qui n'est plus présidé de droit par le maire ; le président de cette nouvelle instance est désormais choisi parmi le collège des représentants des collectivités territoriales ou des

⁸¹³ Art.1 de la loi du 16 vendémiaire an V.

⁸¹⁴ 15 mai 1801.

⁸¹⁵ CLEMENT Jean-Marie, « La loi HPST : rupture ou continuité », in « Le volet hospitalier de la loi HSPT : enjeux, premier bilan et perspectives », RGDM, numéro spécial 2011, p. 14.

personnalités qualifiées nommées par le DGARS ou le préfet de département⁸¹⁶. Le troisième collège est composé de représentants du personnel de l'établissement en question.

La loi HPST fragilise donc très clairement la position du maire et, partant, celle de la Commune, dans la gestion hospitalière. L'objectif est ici de faciliter pour l'ARS le travail de rationalisation planificatrice de l'offre de soins hospitaliers, réalisé à un niveau régional, en contournant les blocages des élus locaux et leurs réflexes protecteurs du tissu hospitalier local, que les raisons invoquées soient fondées ou non.

343. Cette limitation de l'influence de la Commune au sein du conseil de surveillance, associée au développement des communautés hospitalières de territoire promues par la loi HPST, qui éloigneront mécaniquement la gestion des hôpitaux du niveau communal, au profit d'un niveau au moins intercommunal si ce n'est départemental, invite à considérer avec toute l'attention qu'elle mérite cette affirmation prédictive de Jean-Marie Clément : « c'est la fin de la dimension communale et, surtout, l'extinction de l'influence des élus locaux dans les instances hospitalières »⁸¹⁷.

La loi HPST a parallèlement promu le développement de dispositifs de coopérations inter-hospitalières ayant pour but de mieux organiser l'offre hospitalière sur un territoire donné, en

⁸¹⁶ L'article R6143-1 CSP distingue les établissements publics de santé de niveau communal, présentant des conseils de surveillance de neuf membres, et les autres, constitués de quinze membres. Pour les établissements communaux, l'article R6143-2 CSP prévoit que les représentants des collectivités soient le maire ou son représentant, le président du Département ou son représentant, un représentant de l'EPCI sur lequel l'établissement est implanté, ou à défaut, un représentant d'une autre Commune. Les personnes qualifiées sont au nombre de trois : l'un est nommé par le DGARS, les deux autres sont des représentants d'usagers nommés par le préfet de département. Pour les établissements dotés d'un conseil de surveillance de quinze membres, l'article R6143-3 CSP reprend la répartition prévue pour les conseils à neuf membres, mais opère des distinctions dans la détermination des deux membres supplémentaires issus des collectivités. Les établissements de ressort communal voient cette représentation enrichie d'un membre supplémentaire issu de la Commune sur laquelle est implanté l'établissement, et d'un membre supplémentaire issu de l'EPCI abritant l'Hôpital. Les établissements de ressort intercommunal voient la représentation s'enrichir de membres de l'EPCI concerné, ainsi qu'un représentant de la principale Commune d'origine des patients en nombre d'entrées en hospitalisation au cours du dernier exercice connu, autre que celle du siège de l'établissement principal. Pour les établissements de niveau départemental, deux représentants d'EPCI et un représentant supplémentaire du conseil départemental viennent s'ajouter. Pour les établissements de niveau régional et interrégional, un membre d'EPCI et un représentant du conseil régional sur lequel est implanté l'Hôpital viennent compléter la représentation. Les choses sont un peu différentes pour les établissements de ressort national : la représentation des collectivités est composée par le maire de la Commune, le président du conseil général, un membre du conseil régional sur lequel l'établissement est implanté, et deux autres membres de ces collectivités désignés par le ministre chargé de la santé. La représentation des personnes qualifiées est composée de deux personnes désignées par le DGARS, et trois personnes nommées par le préfet de département dont deux au moins sont des représentants d'usagers.

⁸¹⁷ CLEMENT Jean-Marie, « La loi HPST : rupture ou continuité », *op.cit.*, p. 26.

mutualisant certains services et activités, et en développant une stratégie commune. Elle a, pour ce faire, donné naissance à deux nouveaux dispositifs de partenariats contractuels. Il s'agit des communautés hospitalières de territoire – CHT –, regroupant exclusivement des structures publiques, et les Groupements de Coopération Sanitaire – GCS –, associant structures privées et publiques. La création de ces nouvelles structures a contribué à éloigner encore la Commune de la gestion de l'hôpital, et c'est tout particulièrement le cas en ce qui concerne les CHT. En effet, créées dans le cadre d'une convention entre les différents établissements qu'elles regroupent, les CHT sont dirigées par une commission regroupant les présidents des conseils de surveillance, les présidents des commissions médicales d'établissement et des directeurs des établissements partenaires⁸¹⁸. Or, comme nous l'avons vu, la fonction de président du conseil de surveillance n'est plus nécessairement occupée par l'édile communal. Dès lors, cette nouvelle institution, dont les objectifs poursuivis s'inscrivent dans une logique pertinente de mutualisation de moyens, contribue néanmoins à éloigner encore un peu plus l'hôpital public de l'orbite municipale.

La loi de modernisation du système de santé de 2016 est venue renforcer cet éloignement en transformant les CHT en Groupement Hospitaliers de Territoires – GHT. De plus, la participation à un GHT est désormais rendue obligatoire. Au surplus, leur nouvelle structuration a pour conséquence d'évincer totalement les élus locaux de leur pilotage, puisque le GHT est désormais piloté par un comité stratégique composé des directeurs d'établissement, des présidents des commissions médicales d'établissement, des présidents des commissions des soins infirmiers, et des présidents de commissions de rééducation et des commissions médico-techniques de l'ensemble des établissements parties au groupement⁸¹⁹.

344. Toutefois, les élus locaux sont présents dans la nouvelle architecture institutionnelle, mais regroupés dans une commission ad hoc, le comité territorial des élus locaux. Celui-ci ne dispose plus que d'un pouvoir consultatif d'évaluation et de contrôle, limité aux actions garantissant l'égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité sur l'ensemble du territoire du groupement⁸²⁰. Ce comité est composé des maires des Communes sièges des établissements parties au groupement, des représentants des élus des collectivités territoriales aux conseils

⁸¹⁸ Art. L. 6132-1 CSP tel qu'issu de la loi HPST, *op.cit.*

⁸¹⁹ Art. L. 6132-2 CSP.

⁸²⁰ Art. R. 6132-13-I CSP issu du décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire, JORF n°0101, 29 avril 2016. Toutefois, ce même article prévoit que la convention constitutive du GHT puisse confier d'autres missions à ce comité.

d'administration des établissements ou services médico-sociaux parties au groupement, du président du comité stratégique du GHT, des directeurs des établissements parties au groupement et du président du collège médical ou de la commission médicale de groupement⁸²¹.

Le Département s'est vu lui aussi amputer, et ce plus directement, de certaines de ces prérogatives en matière sanitaire.

2. Les pertes des compétences du Département

345. Les grandes lois de décentralisation de 1983⁸²² avaient confié aux Départements la gestion d'une aide médicale départementale nouvellement instaurée, et visant à garantir à toute personne résidant en France, ainsi que pour les personnes à sa charge, une aide pour les dépenses de soins qu'elle ne pouvait assumer. En pratique, cette aide était en réalité une aide double consistant en la prise en charge du paiement des cotisations ouvrant droit à une assurance personnelle pour les personnes non affiliées à un régime d'assurance maladie, à laquelle venait s'ajouter le financement du reste à charge⁸²³. Les Départements demeuraient libres de fixer des barèmes d'admission à ces aides. En pratique deux barèmes, l'un ouvrant droit à une prise en charge totale, et l'autre à une prise en charge partielle, cohabitaient souvent. Par la suite, la loi du 24 août 1993, en introduisant une condition de régularité de séjour pour bénéficier de l'Assurance maladie, va créer un appel d'air vers l'aide médicale départementale, désormais seul recours pour les sans-papiers désirant bénéficier d'une prise en charge de leurs soins de santé. La mise en place de la Couverture Maladie Universelle⁸²⁴, en 1999⁸²⁵ mettra fin à cette aide décentralisée⁸²⁶, remplacée par un dispositif d'assistance

⁸²¹ *ibid.*

⁸²² Loi n° 83-663 du 22 juillet 1983 complétant la loi 83-8 du 7 janvier 1983 relative à la répartition des compétences entre les communes, les départements, les régions et l'Etat, JORF du 23 juillet 1983, p. 2286

⁸²³ Ticket modérateur, forfait hospitalier, dépenses de soins dentaires ou d'optiques...

⁸²⁴ Dénommé Protection Universelle Maladie depuis la loi de modernisation du système de santé de 2016, *op.cit.*

⁸²⁵ Loi 99-641 du 27 juillet 1999 relative à la Couverture maladie universelle, JORF n°0172 du 28 juillet 1999, p. 11229.

⁸²⁶ Il est à noter que si la CMU a elle aussi été adossée, pour son octroi, à un barème, seuls cinq Départements avaient opté en 1998 pour un niveau de barème équivalent ou supérieur. Les collectivités semblent globalement faire preuve d'une plus grande générosité.

Source :

DRESS, « L'aide médicale départementale », Etudes et résultats, bilan au 31 décembre 1998, n°61, avril 2000, Min.de l'emploi et de la solidarité.

centralisé et géré au niveau national⁸²⁷.

Il s'agit là d'un des rares, et très certainement le premier cas de recentralisation de compétences, tout au moins en ce qui concerne la santé.

Il sera suivi par la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales, qui prévoit la recentralisation des activités de prévention sanitaire confiées aux Départements. Les activités de vaccination et de lutte contre le cancer, la tuberculose, la lèpre et les infections sexuellement transmissibles, ont ainsi connu un mouvement ascendant de reprise en main étatique. Antérieurement, et ce à partir des lois de décentralisation du début des années 1980, le Département assurait, en application de l'article L 3111-11 du CSP, l'organisation des services départementaux de vaccination qui relevaient de sa compétence. Il en était de même des dispensaires antivénéériens⁸²⁸ chargés de la prophylaxie et du traitement ambulatoire des maladies vénériennes⁸²⁹. Depuis 2004, ces compétences sont exercées par l'Etat, même si celui-ci peut en confier la mise en œuvre aux collectivités dans le cadre de conventions⁸³⁰. Ainsi, à une logique de décentralisation légale par transfert de compétences, s'est substituée une logique de décentralisation contractuelle dans laquelle les collectivités se voient en quelque sorte placées dans la position du titulaire d'une régie de service public confiée par l'Etat. Ainsi dépourvues de la compétence, les collectivités sont cantonnées au rôle de prestataires de service.

346. Mais le Département n'a pas eu à souffrir, dans la mise en œuvre de ses compétences, que de ces recentralisations directes. La loi HPST, et la création des ARS, ont en effet très largement changé la donne concernant son champ de compétence privilégiée : le social.

La définition du SROMS, adossé au PRS, et arrêté par le DGARS, contraint inévitablement les marges de manœuvre départementales dans ce domaine.

Plus globalement, le choix opéré de privilégier l'échelon national comme échelon de référence de définition des politiques de santé, mais également comme cadre de référence de la mise en œuvre des politiques définies nationalement, entraîne mécaniquement une perte d'influence du niveau départemental et donc des conseils départementaux. Il est ainsi à

⁸²⁷ Complétée par la mise en place de l'Aide médicale d'Etat.

⁸²⁸ Aujourd'hui plus connu sous le terme de centre de dépistage anonyme et gratuit.

⁸²⁹ Ancien art. L 1423-2 CSP.

⁸³⁰ « La lutte contre la tuberculose et la lèpre relève de l'Etat. Les collectivités territoriales peuvent exercer des activités en ces domaines dans le cadre d'une convention conclue avec l'Etat [...]. ». Art. L 3112-2 CSP.

craindre que « désormais les décisions dépendront très largement des choix effectués à l'échelon régional de l'Etat au travers de l'ARS »⁸³¹ ; crainte d'ailleurs bien réelle puisque, comme le relève la CNSA dans son analyse de la première génération de SROMS, dans une majorité de régions, « il semble que les conseils départementaux se soient vus accorder une place équivalente à celle des autres partenaires des ARS »⁸³² dans le processus de définition des schémas, alors même que ceux-ci sont titulaires de la plupart des compétences en matière d'action sociale et médico-sociale. Et l'attraction naturelle des ARS pour le soin pourrait considérablement transformer l'approche préalablement privilégiée par les Départements, dont le soin n'était pas la compétence. Ainsi, depuis l'arrivée des ARS et de leur SROMS, si « traditionnellement l'approche sociale primait sur l'approche sanitaire, la logique est inversée »⁸³³.

347. Concernant la Région, s'il n'y a pas eu, à proprement parler de recentralisation de compétences, la mise à l'écart du conseil régional dans le processus de régionalisation de la santé est révélatrice de cette tendance à la recentralisation des compétences dans les mains de l'Etat.

3. Une régionalisation *recentralisatrice* par omission

348. Si la régionalisation du système de santé n'a pas, à proprement parler, entraîné de recentralisation de compétence régionale, c'est-à-dire de captation par l'Etat de compétences exercées par la Région, ni de perte d'influence notable des conseils régionaux, à la différence de ce qui a pu se passer pour les Communes à travers le cas de l'Hôpital, il apparaît étonnant, et, là encore, anachronique, que cette modification de la nature du système n'ait été envisagée que d'un point de vue étatique ; c'est-à-dire comme un mode d'organisation de l'action de l'Etat.

En d'autres termes, on aurait pu attendre de cette régionalisation que soient associés plus largement les acteurs du niveau régional. En ce qui concerne la Région, c'est son maintien à l'écart du dispositif, son oubli de la collectivité régionale, qui témoignent, par eux-mêmes, de

⁸³¹ LONG Martine, RIHAL Hervé, « La vocation sociale du département », AJDA 2011, p. 1835.

⁸³² CNSA, « Bilan national de la première génération des SROMS 2012-2016 », CNSA, p. 17.

⁸³³ LONG Martine, RIHAL Hervé, *op.cit.*

la forte volonté centralisatrice qui sous-tend la loi HPST. C'est en réalité, aux dires de Didier Tabuteau, à « une régionalisation en trompe l'œil »⁸³⁴ à laquelle on assiste, même si la montée du phénomène européen pourrait contribuer à freiner la recentralisation de la question sanitaire.

B. L'Europe, un frein à la recentralisation ?

349. Si la santé ne constitue pas un champ d'intervention européen privilégié, il n'en demeure pas moins qu'elle constitue un sujet d'intérêt, de plus en plus important, pour l'Europe. En effet, certains sujets, la lutte contre les épidémies par exemple, commandent à l'Europe de se pencher sur la question sanitaire (1). Dès lors, la tendance européenne à encourager la montée en puissance du niveau régional, pourrait avoir pour effet de limiter la recentralisation du système (2).

1. La santé et l'Europe

350. La santé n'apparaît pas, dans les premiers temps de la construction européenne, comme une préoccupation majeure. Pensés à l'origine pour encadrer une organisation à vocation économique, les textes originaux n'abordent la santé que de manière indirecte. Le traité de Rome n'effleure ainsi la question que sous l'angle de l'hygiène et de la sécurité au travail. C'est ensuite la question des soins dispensés aux ressortissants européens, préoccupation dont l'importance croît à mesure que la liberté de circulation de la personne, promue par l'Europe, devient réalité, qui sera prise en considération, par le règlement de 1971 sur les soins dispensés à l'étranger⁸³⁵.

Comme les Etats, l'Europe ne viendra vraiment s'intéresser à la thématique santé que par le biais d'une nécessaire réponse aux crises sanitaires. La crise de la vache folle, l'apparition de nouvelles épidémies comme le SIDA, encourageront les Etats, confrontés à des difficultés

⁸³⁴ TABUTEAU Didier, « Politiques de santé et territoires », RDSS, 2009, p. 7.

⁸³⁵ Règlement CEE n° 1408/71, relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés et à leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté, JO L n°149, p. 2. Il sera remplacé par le règlement dit "Simplification", CE n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil, du 29 avril 2004, portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale, JO L n°200, 30 avril 2004.

similaires et dépassant le simple cadre national, à s'organiser au niveau européen. Dès lors, la santé devient un sujet de préoccupation communautaire. Cela étant il est nécessaire de préciser que la question de la santé a été très tôt une préoccupation européenne, et cela quand bien même aucun transfert de compétence n'aurait été organisé. La Cour de justice a ainsi pu le rappeler dès un arrêt de 1976, considérant la santé comme un « objectif de premier rang »⁸³⁶.

La mise en œuvre de cet « objectif » va ensuite se matérialiser par une intervention de l'Europe sur différents champs en lien avec la sécurité sanitaire, tels que les substances et organes humains, le sang et ses dérivés, la législation phytosanitaire et vétérinaire ou encore la recherche appliquée à la santé et plus spécialement au risque génétique. La première politique structurée portera sur les médicaments, avec une première directive en 1985, pour aboutir à l'instauration d'une Agence européenne du médicament⁸³⁷ en 1993.

351. C'est par l'adoption de l'Acte Unique en 1986 que la santé devient une préoccupation inscrite dans le marbre des textes. La Commission doit ainsi veiller, « en matière de santé, de sécurité, de protection de l'environnement et de protection des consommateurs » à prendre « pour base un niveau de protection élevé »⁸³⁸. A cette préoccupation générale, viennent s'ajouter deux préoccupations particulières en matière d'impact sur la santé au travail et sur l'environnement.

Enrichie à chaque nouveau texte, c'est aujourd'hui dans le cadre de l'article 168 du Traité sur le fonctionnement de l'Union Européenne⁸³⁹ que son action concernant la santé est envisagée. Aux termes de cet article, l'UE garantit qu'« un niveau élevé de protection de la santé humaine est assuré dans la définition et la mise en œuvre de toutes les politiques et actions » qu'elle définit. Plus spécifiquement, l'action de l'UE « qui complète les politiques nationales, porte sur l'amélioration de la santé publique et la prévention des maladies et des affections humaines et des causes de danger pour la santé physique et mentale » ainsi que sur la réduction « des effets nocifs de la drogue sur la santé, y compris par l'information et la prévention. ». En application du principe de subsidiarité, l'UE n'exerce donc que peu de compétences en matière sanitaire, se bornant à compléter l'action des Etats membres sur le

⁸³⁶ CJCE 20 mai 1976, De Peijper, aff. 104/75 Rec. p. 673.

⁸³⁷ Qui porte avant tout sur les autorisations de mise sur le marché et sur certaines réglementations techniques.

⁸³⁸ Article 18 modifiant l'article 100 A, 3° du traité CEE.

⁸³⁹ Dans sa réduction résultant du Traité de Lisbonne de 2007.

champ de la santé publique de la prévention, et de la lutte contre les pandémies.

352. L'action de l'UE s'est transcrite dans une stratégie santé initiée en 2003 via le premier programme « santé publique » 2003-2008. A sa suite, un livre blanc a été adopté, présentant une stratégie de santé devant permettre à l'Europe de remplir son « rôle de premier plan » en matière de santé, « réaffirmé »⁸⁴⁰ par le traité de Lisbonne. Cette approche stratégique, envisagée pour la période 2008-2013, s'est prolongée par un troisième programme de santé 2014-2020, prenant la forme d'un règlement européen⁸⁴¹.

La stratégie européenne issue du livre blanc, si elle met l'accent sur certaines thématiques, telles que le vieillissement de la population, les menaces pour la santé, et les nouvelles technologies⁸⁴², et arrête quelques objectifs spécifiques, retranscrit surtout la volonté d'envisager la santé comme une composante à part entière des politiques développées par l'Union. La question sanitaire est donc abordée de manière transversale, comme un moyen au service des autres domaines, en même temps qu'une finalité générale. Cette manière d'envisager la santé s'inscrit dans une démarche promue par l'Union : la *Health in All Policies*, plus connue en France sous l'appellation *Evaluation de l'Impact en Santé*. Il s'agit pour les décideurs de réaliser, pour chacune de leurs décisions, une analyse préalable de leurs impacts sur la santé, afin de prendre en compte cette composante en amont de la décision, et d'ainsi augmenter, autant que faire se peut, sa « *sanitario-compatibilité* ».

Plus spécifiquement, pour l'Union, cette stratégie santé a été envisagée comme une composante de la stratégie globale « Europe 2020 » visant « à rendre l'économie de l'UE intelligente, durable et inclusive en favorisant la croissance pour tous » ; ces objectifs économiques ayant pour condition préalable « d'avoir une population en bonne santé »⁸⁴³. La porte d'entrée économique prise par l'Europe pour pénétrer dans la thématique santé affleure également dans les choix faits relatifs à l'administration de cette question. Au niveau européen c'était en effet, jusqu'en 2014, une « direction générale santé des consommateurs »

⁸⁴⁰ Règlement (UE) n° 282/2014 du Parlement européen et du Conseil du 11 mars 2014 portant établissement d'un troisième programme d'action de l'Union dans le domaine de la santé (2014-2020) et abrogeant la décision n° 1350/2007/CE Texte présentant de l'intérêt pour l'EEE, OJ L 86, 21/3/2014, p. 1.

⁸⁴¹ *ibid.*

⁸⁴² *id.*, p.3

⁸⁴³ *Source* :

http://ec.europa.eu/health/strategy/policy/index_fr.htm

Consulté le 15/05/2016

qui était chargée d'administrer le secteur⁸⁴⁴.

C'est donc une lecture utilitariste que fait l'Europe de la santé, pensée comme un moyen de remplir les objectifs de développement économique à l'origine de la construction européenne.

353. Mais il est également possible d'envisager les choses sous un autre angle. En effet, cette approche détournée de la santé permet à l'Europe, qui ne dispose pas, nous l'avons dit, de compétences en la matière, d'intervenir tout de même sur ce terrain. La politique des « petits pas », mise à la sauce sanitaire. Cela semble également transparaître de la méthode choisie, et du choix des outils, de plus en plus contraignants et intégrateurs : d'abord un programme, puis un livre blanc, et aujourd'hui, un règlement.

Cette approche particulière ressort également de l'effort financier de plus en plus important consenti par l'Union : de 353,77 millions d'euros pour le 1^{er} programme, le montant de l'enveloppe de l'actuelle programmation est de 449,4 millions d'euros⁸⁴⁵. A ces sommes viennent également s'ajouter les financements issus des différents programmes et fonds européens, qui, s'ils ne touchent pas directement la santé, développent des projets dans le domaine, ou ayant des implications en santé⁸⁴⁶.

De plus, même si le principe de subsidiarité en la matière est régulièrement rappelé, et que l'Union considère que son action, pour être utile, doit venir en complément de celle des Etats membres, il n'en reste pas moins que ces mêmes Etats considèrent que « le défi qui consistait à préserver un système de santé durable ne pouvait être relevé sans qu'il soit procédé à une intégration accrue au niveau européen »⁸⁴⁷.

354. Mais que l'on assiste ou non dans le futur à une plus grande intégration de la santé,

⁸⁴⁴ Renommée depuis 2016 « DG santé et sécurité alimentaire ».

⁸⁴⁵ Il est toutefois à noter que le 2^{ème} programme, pour la période 2008-2013 a connu une légère baisse. Le montant de l'enveloppe, décidé dans un contexte de crise financière mondiale, a été fixé à 321,5 millions d'euros. Il faut également préciser que le budget européen, entre 2013 et 2016, n'a quasiment pas évolué alors que l'enveloppe consacrée à la santé a elle augmenté de près de 37%.

⁸⁴⁶ On citera par exemple, le programme Horizon 2020, le nouveau Fonds structurel et d'investissement européens, ainsi que le FSE.

⁸⁴⁷ Paola Testori-Coggi, DG Sanco, *in* Parlement européen, « La santé dans toutes les politiques (approche HIAP) », Parlement européen, Bruxelles, 25 mai 2011, cité par MOUNCIF-MOUNGACHE Mouna, « L'impact de l'UE sur la politique régionale de santé », *in*, ALAM Thomas, GURRUCHAGA Marion (ss. la dir. de), « Actes du colloque GRALE – CERAPS – Université de Lille du 13 au 15 décembre 2012. Collectivités, territoires et santé : regards croisés sur les frontières de la santé », L'Harmattan, Condé-sur-Noireau, 2015, p. 51.

l'intervention européenne influence déjà la manière dont les Etats envisagent son administration. Dès lors, la création par l'Europe d'agences chargées de traiter ses questions⁸⁴⁸, a contribué à encourager ce mouvement d'externalisation administrative, inspiré du NPM, observé également à l'intérieur de nos frontières étatiques.

De par son penchant régionaliste, l'Europe, via son intervention en matière de santé, contribue également à encourager la régionalisation des systèmes de santé.

2. L'Europe, la santé, et les Régions

355. La manière dont l'Europe envisage son intervention en santé l'a conduite, naturellement, à se tourner vers des partenaires qui ne sont pas forcément ceux à qui les Etats ont spécifiquement confié la compétence. Réalisée, en grande partie par le truchement de son investissement en aménagement du territoire et en développement économique, l'action sanitaire de l'Europe a ainsi tendance à s'appuyer sur les institutions en charge de ses mêmes questions dans les Etats membres. Dès lors, les Régions françaises, titulaires de ces compétences, deviennent des interlocuteurs privilégiés de l'UE, d'autant plus que leur rôle dans le domaine s'est vu réaffirmer par la réforme territoriale de 2015, et que l'augmentation de leur périmètre territorial, résultant de cette même réforme territoriale, leur donne une taille critique, plus conforme aux standards européens.

De ce point de vue, la mobilisation possible, pour des actions de santé, des fonds structurels européens, FEDER et FSE⁸⁴⁹, permet à l'Union de soutenir très directement l'action sanitaire des collectivités. A ce titre, ces fonds apparaissent comme de « véritables moteurs permettant aux collectivités de se mobiliser notamment pour financer les programmes régionaux de santé publique et de faire en sorte que la politique de l'Union européenne s'applique sur leur

⁸⁴⁸ Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail, Autorité européenne de sécurité des aliments, Agence européenne des médicaments, Agence exécutive pour les consommateurs, la santé, l'agriculture et l'alimentation, Centre européen de prévention et de contrôle des maladies, Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail

⁸⁴⁹ Sur la période 2007-2013, le FEDER disposait de 5 milliards d'euros à consacrer à des infrastructures sanitaires. Pour 2013-2020 le Règlement (UE) N° 1301/2013 du Parlement Européen et du Conseil du 17 décembre 2013 relatif au Fonds européen de développement régional et aux dispositions particulières relatives à l'objectif « Investissement pour la croissance et l'emploi », et abrogeant le règlement (CE) n°1080/2006, OJ L 347, 20 décembre 2013, p.289, intègre également des objectifs santé, liés principalement à l'innovation, à l'inclusion sociale et à l'accès à la santé, via l'e-santé.

Le FSE soutient lui des actions liées au vieillissement de la population, à la promotion de la santé, et au développement de l'e-santé.

territoire »⁸⁵⁰.

356. Le soutien de l'Europe aux actions de santé menées au niveau régional passe également par le Comité des Régions de l'UE, qui envisage lui aussi largement ses attributions, et entend même les dépasser, observant le même raisonnement de l'UE en matière d'action sociale et sanitaire. Pour mener à bien ses missions il entend ainsi « déborder ses compétences liées aux politiques de développement régional et toucher plus généralement aux politiques économiques et sociales »⁸⁵¹.

Fervent promoteur du principe de subsidiarité, au profit, dans ce cas, des collectivités territoriales, et plus particulièrement régionales, le Comité des Régions considère, en application de ce principe, que « les actions de promotion de la santé restent avant tout du ressort des collectivités régionales et locales »⁸⁵². Il souhaitait également que dans le cadre de la stratégie de santé européenne, soient pleinement pris en compte « les intérêts et l'expertise des pouvoirs locaux et régionaux »⁸⁵³. Ainsi, plus que de modifier la répartition des compétences santé entre l'Etat et les collectivités, il s'agit de renforcer « l'association des Régions et d'agir au niveau le plus pertinent pour assurer une proximité avec les citoyens »⁸⁵⁴.

357. En somme, faire des Régions, et des autres collectivités, des partenaires de l'action menée par l'Etat déconcentré.

⁸⁵⁰ MOUNCIF-MOUNGACHE Mouna, *op.cit.*, p. 122.

⁸⁵¹ Déclaration d'un membre du Comité des Régions, in DU GRANRUT Claude, « Europe, le temps des régions », Paris, LGDJ, coll. « Décentralisation et développement local », 1994, souligné par L.BURGUORE-LARSEN, « l'élaboration d'une doctrine consultative par le Comité des régions, *cité par* BOURRINET Jacques (ss. la dir. de), « Le Comité des Régions de l'UE », Paris, Economica, 1997, p.195, *cité par* MOUNCIF-MOUNGACHE Mouna, *op.cit.*, p. 226.

⁸⁵² Cdr 25/96, COM (95) 449, rapporteur M.Mollstedt, Session plénière des 17 et 18 janvier 1996, JOCE C 129, 2 mai 1996, p. 50.

⁸⁵³ Projet d'avis d'initiative du Comité des Régions sur « le rôle des collectivités territoriales dans la mise en œuvre de la stratégie de santé pour les années 2008-2013 », Recommandation 9, 2011/C 42/08, 87e session plénière, 1^{er} et 2 décembre 2010.

⁸⁵⁴ MOUNCIF-MOUNGACHE Mouna, *op.cit.*, p. 227.

Section 2. Des collectivités partenaires de l'action locale

Titulaires de compétences résiduelles en santé, liées principalement à l'accompagnement de leurs autres compétences, les collectivités ne sont pas pour autant totalement exclues de l'administration sanitaire. Afin de faire accepter ses politiques et d'entretenir un dialogue avec les collectivités, ou encore de répondre aux souhaits exprimés par certaines d'entre elles de s'approprier la thématique, l'Etat leur a laissé une place dans l'architecture sanitaire locale.

Les collectivités sont ainsi invitées à participer aux différentes instances de concertation et de direction des structures mises en place, principalement au niveau régional et infra-régional (§1). Elles peuvent aussi participer à des politiques santé définies conjointement avec l'Etat dans le cadre, la plupart du temps, d'instruments contractuels (§2).

§1. La place des collectivités : une association formelle, à l'intérêt relatif

358. Les collectivités sont invitées à participer aux institutions mises en place pour organiser le système de santé. Dans la perspective d'une étude de la régionalisation de l'administration du système de santé, il conviendra de s'appesantir plus particulièrement sur la place accordée aux collectivités au sein des organes dépendant de l'ARS ou gravitant dans son orbite, avant d'étudier la place qui leur est accordée dans les autres instances, en général nationales, chargées de s'occuper des questions de santé (A). Toutefois, si l'invitation adressée aux collectivités n'est pas contestable, il convient de relativiser l'impact de leur participation (B).

A. La place accordée aux collectivités

359. Si la nature étatique des ARS a déjà été abordée, il n'en demeure pas moins que les organes chargés de son pilotage accueillent des représentants d'horizons divers, et notamment issus des collectivités territoriales (a). Ceci est le cas pour certains organes propres à l'Agence, comme pour certains autres, expressions de la démocratie sanitaire, extérieurs à l'ARS, mais étroitement liés à elle (b).

1. Les collectivités au sein de l'ARS

360. Même si elle apparaît par bien des aspects comme un organe déconcentré de l'Etat, de par sa structuration spécifique, l'ARS accueille au sein de ses organes de direction une représentation ne se limitant pas à l'Etat (a). Plus largement, les diverses commissions de l'ARS accordent une place aux différents interlocuteurs intervenant dans le champ sanitaire, dont les collectivités, même si, malheureusement, cette participation apparaît comme symbolique (b).

a. La place des collectivités dans les organes de direction de l'ARS

361. Fusionnant au niveau régional les services de l'Assurance Maladie et de l'Etat, les ARS ont déjà, naturellement, un mode de structuration distinct des autres entités déconcentrées, afin entre autres, de garantir une place aux représentants de l'autorité étatique d'une part, et aux représentants du paritarisme assurantiel d'autre part.

Mais afin de garantir une assise territoriale plus large de la structure issue de la loi HPST, il a été décidé d'ouvrir plus largement la composition de ses instances de direction.

Le conseil de surveillance est ainsi constitué, en application de l'article L1432-3 CSP, pour ses membres à voix délibérative, de représentants de l'Etat, de représentants de l'Assurance maladie, de représentants des patients, personnes âgées et handicapées, de personnes qualifiées désignées par le ministre, et de représentants des collectivités territoriales.

La représentation des collectivités est constituée de quatre ou cinq membres, depuis le décret⁸⁵⁵ du 30 décembre 2015, sur les vingt-cinq que compte le conseil. Il s'agit d'un représentant du conseil régional, désigné par le Président de Région, de deux ou trois représentants⁸⁵⁶ des Départements désignés par l'Association des Départements de France, et du maire d'une Commune de la région, ou du président d'un groupement de Communes désigné par l'Association des maires de France.

Se réunissant au moins trois fois par an, il a pour mission d'approuver le budget de l'Agence, sur proposition du directeur général, et émet un avis sur le projet régional de santé, sur le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'agence, ainsi qu'au moins une fois par an, sur les résultats de l'action de l'Agence. Cependant, comme nous l'avons vu précédemment, le conseil de surveillance fait plus office de centre d'enregistrement des décisions du DGARS, que de réelle instance de pilotage.

362. Deux commissions de coordination des politiques publiques de santé, associant les services de l'Etat, les collectivités territoriales et leurs groupements et les organismes de sécurité sociale, sont également prévues par l'article L 1432-1 du CSP. Ces commissions sont compétentes pour coordonner les actions déterminées et conduites par leurs membres, dans les domaines de la prévention et de la promotion de la santé, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile d'une part, et dans le domaine des prises en charge et des accompagnements médico-sociaux d'autre part. Composées chacune, en application des articles D1432-1 et D1432-6 du CSP, de vingt-trois à trente-deux membres maximum⁸⁵⁷, elles regroupent des représentants de l'Etat, des organismes de sécurité sociale, et des représentants des collectivités. Ces derniers sont compris entre dix et dix-neuf : deux conseillers régionaux, le président de chacun des conseils départementaux ou de leurs représentants, et de quatre représentants, au plus, des Communes et des groupements de Communes, désignés par l'Association des maires de France.

⁸⁵⁵ Art.1, décret n° 2015-1880 du 30 décembre 2015 relatif aux conseils de surveillance des agences régionales de santé, JORF n°0303 du 31 décembre 2015, p. 25345.

⁸⁵⁶ Trois représentants pour les régions comptant plus de neuf Départements.

⁸⁵⁷ Auxquels peuvent s'ajouter, conformément aux articles D 1432-3 et D 1432-8 du CSP, des membres supplémentaires, choisis parmi les autres contributeurs financiers de l'action sociale en faveur des personnes âgées ou des personnes handicapées, sur décision unanime des membres des commissions.

b. La place des collectivités dans les instances de démocratie sanitaire

363. Les collectivités participent également directement aux organes de démocratie sanitaire. Pour certains, leur place au sein du code de santé publique, sous la section consacrée aux organes de l'ARS, laisse à penser qu'ils sont bel et bien une composante de l'agence. Pourtant, la réalité invite à tempérer cette affirmation. En effet, ces structures, quelle que soit leur place au sein des textes de lois, apparaissent plutôt, à bien des égards, comme des satellites de l'Agence, évoluant sur l'orbite de celle-ci.

364. La principale d'entre elles, mère des institutions chargées de faire vivre et d'animer la démocratie sanitaire en région, est la conférence régionale de la santé et de l'autonomie. Organe consultatif, elle concourt, par ses avis publics, comme le dispose l'article L 1432-4 du CSP placé sous le chapitre consacré à l'organisation et au fonctionnement des ARS⁸⁵⁸, à la politique régionale de santé. Elle doit notamment prendre position sur le projet régional de santé, et peut faire toute proposition au directeur général de l'agence régionale de santé sur l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de la politique de santé dans la région et sur les territoires. Chargée d'organiser le débat public sur les questions de santé de son choix, elle procède, en lien notamment avec les conseils territoriaux de santé, à l'évaluation des conditions dans lesquelles sont appliqués et respectés les droits des personnes malades et des usagers du système de santé, ainsi qu'à l'évaluation de la qualité des prises en charge et des accompagnements. L'ARS doit lui confier les moyens de son action.

La CRSA est composée, en application de l'article D 1432-28 du CSP, d'un maximum de cent huit membres, avec voix délibérative, répartis en huit collèges : un collège de représentants d'usagers, un collège de représentants des conférences de territoire désignés par le DGARS, un collège de représentants des partenaires sociaux, un collège des acteurs de la cohésion et de la protection sociale, un collège des acteurs de la prévention et de l'éducation pour la santé⁸⁵⁹, un collège des offreurs des services de santé, un collège de personnalités qualifiées désignées par le directeur de l'agence régionale de santé, et un collège de représentants des collectivités territoriales. Le collège représentant les collectivités

⁸⁵⁸ Livre IV, Titre 3, Chapitre 2, CSP.

⁸⁵⁹ Deux représentants des services départementaux de protection et de promotion de la santé maternelle et infantile, désignés par le président du conseil départemental dans le ressort duquel est situé le siège de l'ARS.

territoriales regroupe trois conseillers régionaux désignés par le président du conseil régional, les présidents des conseils départementaux de la région, trois représentants des groupements de Communes de la région, désignés par l'Assemblée des communautés de France, et trois représentants des Communes du ressort de l'Agence, désignés par l'Association des maires de France, soit un maximum de vingt-deux membres.

365. Mais l'organisation du débat public s'organise également à un niveau infrarégional via les conseils territoriaux de santé – CTS –, issus de la loi de 2016, se substituant aux conférences de territoire de la loi HPST. Ces institutions sont, pour leur part, placées sous le chapitre du code de santé publique consacré à la territorialisation de la politique de santé⁸⁶⁰. Les CTS, sont constitués par le DGARS dans chacun des territoires de santé dont il a la charge d'arrêter les limites⁸⁶¹. Ils ont pour mission de contribuer, via leurs avis et propositions, à l'élaboration, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation du projet régional de santé, en particulier sur les dispositions concernant l'organisation des parcours de santé, ainsi que de participer à la réalisation du diagnostic territorial partagé⁸⁶². Les CTS sont composés de trente-quatre à cinquante membres répartis en cinq collèges représentant usagers, offreurs des services de santé, représentants de l'Etat et des organismes de sécurité sociale, deux personnalités qualifiées, et, là encore, représentants des collectivités. La constitution de ces collèges est fixée par arrêté du DGARS, sur proposition des organisations ou des instances représentées. Précisément, les collectivités comptent, en application de l'article R 1434-33 du CSP⁸⁶³, de quatre à sept représentants. Un arrêté du 3 août 2016 relatif à la composition du conseil territorial de santé est venu préciser le contour de cette représentation.

Il s'agit d'un conseiller régional au plus, désigné par le président du conseil régional, d'un représentant, au maximum d'un des conseils départementaux situés en tout ou partie dans le ressort du conseil et désigné par l'Assemblée des départements de France, d'un représentant

⁸⁶⁰ Livre IV, Titre 3, Chapitre 4, CSP.

⁸⁶¹ Art. L 1434-9 CSP.

⁸⁶² Qui a pour objet d'identifier les besoins sanitaires, sociaux et médico-sociaux de la population concernée en s'appuyant sur des données d'observation.

⁸⁶³ Art. 1, décret n° 2016-1024 du 26 juillet 2016 relatif aux territoires de démocratie sanitaire aux zones des schémas régionaux de santé et aux conseils territoriaux de santé, JORF n°0174 du 28 juillet 2016, texte n° 19.

des services départementaux de protection maternelle et infantile⁸⁶⁴ du territoire désigné par le ou les présidents des conseils départementaux, de deux représentants maximum des EPCI du territoire désignés par l'Assemblée des communautés de France, et de deux représentants maximum des Communes désignés par l'Association des maires de France.

366. Enfin, concernant les rapports des collectivités et des ARS, il est à noter que l'ensemble des collectivités, dans le champ de leurs compétences respectives, doivent être consultées par le DGARS avant que ce dernier n'arrête le projet régional de santé⁸⁶⁵.

2. La participation des collectivités aux autres instances d'administration de la santé

367. Les collectivités sont également représentées dans certaines instances au niveau national (a), ainsi qu'au niveau local (b). Elles ont également, globalement, la liberté de participer au financement de la plupart des instances nationales.

a. Au niveau national

368. Les collectivités sont représentées dans un certain nombre d'instances ou de structures nationales, ayant pour but d'organiser le système de santé, ou étant en charge de divers champs de celui-ci.

C'est le cas notamment de la nouvelle ANSP, créée par la loi de 2016, et résultant de la fusion de l'INVS, de l'Inpes, et de l'Eprus. L'ANSP est dirigée par un conseil d'administration⁸⁶⁶, réunissant un président et vingt-six membres, dont deux élus représentant les collectivités territoriales⁸⁶⁷.

⁸⁶⁴ Il est à noter, qu'à l'inverse de la CRSA, les représentants de services de PMI font ici partie de la délégation des collectivités.

⁸⁶⁵ Art. R 1434-1 CSP.

⁸⁶⁶ Art. L 1413-7 CSP.

⁸⁶⁷ Art. R 1413-3 CSP.

Les collectivités sont aussi invitées, conformément à l'article L 6121-7 du CSP, à participer au Comité national de l'organisation sanitaire et sociale chargé d'émettre des avis, sur consultation des ministres concernées, sur les projets de décrets concernant ces deux champs ainsi que sur les recours hiérarchiques formés auprès des ministres compétents. Le CNOSS est divisé en deux sections, une sanitaire et une sociale, composées respectivement de trente-cinq membres⁸⁶⁸ représentant les intervenants de chacun de ces secteurs. Trois élus, chargés de représenter les trois niveaux de collectivités, sont présents dans chacune des sections : un conseiller régional désigné par l'Association des Régions de France, un conseiller départemental désigné par l'Association des Départements de France et un conseiller municipal désigné par l'Association des maires de France.

Les collectivités sont également membres de la Conférence Nationale de Santé – CNS. Grande sœur des CRSA, dont les missions, définies à l'article L1411-3 du CSP, correspondent peu ou prou à celles exercées au niveau régional par elles, la CNS est composée de cent vingt-huit membres. Six représentants des collectivités en font partie⁸⁶⁹ : deux représentants des Régions, désignés sur proposition de l'Association des Régions de France, deux représentants des Départements, désignés sur proposition de l'Assemblée des Départements de France et deux représentants des Communes et des communautés d'agglomération, désignés sur proposition de l'Association des maires de France.

369. Au-delà de ces participations aux instances décisionnelles d'organismes nationaux, gages donnés à l'impérieuse nécessité de démocratisation sanitaire, les collectivités sont invitées à participer aux financements des différentes agences constituant le paysage du système de santé. Le CSP prévoit ainsi la possibilité pour nombre de structures de fonder leurs ressources notamment sur les subventions et autres concours financiers obtenus des collectivités territoriales. C'est le cas par exemple de l'Agence nationale de sécurité du

⁸⁶⁸ Art. R 6122-4, et Art. R 6122-6 CSP.

⁸⁶⁹ Art. D 1432-34 CSP. Il est à noter que d'autres élus peuvent en faire partie. L'un des collèges de représentant est en effet constitué de vingt-sept membres des CRSA, pouvant être des élus locaux siégeant dans l'une de ces structures.

médicament et des produits de santé⁸⁷⁰, l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé⁸⁷¹, l'Agence de la biomédecine⁸⁷², ou encore de la jeune ANSP⁸⁷³.

370. Les collectivités participent également à des dispositifs de veille sanitaire animés au niveau national, et s'appuyant sur des correspondants locaux. Le réseau national de mesures de la radioactivité de l'environnement s'alimente ainsi des résultats de mesures de la radioactivité de l'environnement obtenus par les collectivités territoriales⁸⁷⁴. De manière connexe, les collectivités territoriales, ou leurs groupements, peuvent participer à la mise en place de dispositifs de collectes de proximité spécifiques, concernant les déchets d'activités de soins à risques infectieux perforants prévus à l'article R1335-8-5 du CSP.

371. Au niveau local, les collectivités sont également amenées à participer à des structures sanitaires.

b. Au niveau local

372. Au niveau départemental le conseil départemental de l'environnement et des risques sanitaires et technologiques, composé de 25 membres, compte cinq représentants des collectivités⁸⁷⁵. Le comité départemental de l'aide médicale urgente et de la permanence des soins et des transports sanitaires, présentant la particularité d'être coprésidé par le préfet et le DGARS, ou leurs représentants, compte également une représentation des collectivités. Elle est constituée de trois personnes⁸⁷⁶, sur les trente que compte le comité : un conseiller

⁸⁷⁰ Art. L 5321-2 CSP.

⁸⁷¹ Art. L6113-10-2 CSP.

⁸⁷² Art. R 1418-29 CSP.

⁸⁷³ Art. L 1413-12 CSP.

⁸⁷⁴ Art. R 1333-11 CSP.

⁸⁷⁵ Art. R 1416-2 CSP.

⁸⁷⁶ Art. R 6313-1-1 CSP.

départemental, et deux maires désignés par l'association départementale des maires ou, à défaut, élus par le collège des maires du département⁸⁷⁷.

373. Les Groupements de Coopération Sanitaires – GCS –, rénovés par la loi HPST, en vue de mutualiser les moyens, faciliter la coordination entre les établissements de santé et faciliter le parcours de soins au niveau infra-régional, accueillent également des représentations des collectivités. C'est le cas des conseils de surveillance des GCS-établissements de santé⁸⁷⁸, en application de l'article L6133-7 du CSP, qui accueillent, fort logiquement, les GCS, établissements constituant une sorte de sur-établissement de santé en surplomb des établissements de santé en faisant partie, et dont la participation aura été validée préalablement par chacun de leur conseils de surveillance, comprenant, comme nous l'avons vu, une représentation des collectivités. Concrètement, les représentants de collectivités sont au nombre de cinq sur les quinze que compte le conseil de surveillance.

374. De la même manière qu'au niveau national, les collectivités sont autorisées à apporter leur soutien aux structures locales dont elles n'ont pas directement la charge. C'est par exemple le cas notamment des réseaux de santé, définis à l'article L 6321-1 du CSP et qui peuvent bénéficier de subventions de la part des collectivités, conformément à l'article D 6321-1 du CSP. L'ARS elle-même peut profiter des subsides des collectivités de la région dans laquelle elle est implantée, puisque celles-ci peuvent « sur une base volontaire »⁸⁷⁹, participer directement aux ressources de l'Agence par des versements.

375. Au-delà de l'impression diffuse « d'inventaire à la Prévert » que suscite le recensement des différentes interventions et participations des collectivités aux institutions sanitaires disséminées parmi les codes constituant notre corpus juridique, cette photo de leur

⁸⁷⁷ Convoqué à cet effet par le préfet, à la représentation proportionnelle à la plus forte moyenne, sans adjonction ni suppression de noms et sans modification de l'ordre de présentation. Le vote peut avoir lieu par correspondance.

⁸⁷⁸ Il existe deux types de GCS : GCS moyens et GCS établissements de santé.

⁸⁷⁹ Art. L 1432-6 CSP.

intervention, si elle permet de constater leurs interventions diverses, ne nous dit pas grand-chose, sans analyse supplémentaire, de l'influence réelle des collectivités dans le champ sanitaire.

B. Une participation, pour quelle influence ?

376. Considérés globalement, les représentants des collectivités, dans les instances auxquelles ils sont amenés à participer, constituent environ 15% des membres⁸⁸⁰.

Ce constat invite à relativiser la place et l'influence globale que peuvent envisager avoir les collectivités dans ces instances. Il faut également préciser que les instances dans lesquelles les collectivités ont une place relative plus importante, sont les commissions de coordination de l'ARS. Mais cela doit être tempéré par la manière dont sont constituées ces commissions, et la part importante qu'y occupent les représentants des Départements, d'autant plus depuis la réforme territoriale. En effet, l'agrandissement du périmètre géographique d'une grande partie des Régions a mécaniquement conduit à augmenter le nombre de Départements les constituant, leur périmètre demeurant inchangé. De ce fait, dans bien des cas, les représentants des Départements occupent une place de plus en plus importante dans les collèges de représentants des élus, contribuant ainsi à déséquilibrer la parole des collectivités, au profit de cet échelon territorial. Paradoxe de la régionalisation : la voix des Régions sort encore affaiblie de la réforme.

377. Mais il est aussi nécessaire de relativiser l'importance même des instances dans lesquelles les collectivités sont invitées. Ainsi, comme évoqué précédemment, le pouvoir réel du conseil de surveillance de l'ARS, tout comme celui des établissements publics de santé, doit être envisagé pour ce qu'il est ; et force est de constater que l'essentiel du pouvoir décisionnel demeure entre les mains du DGARS ou du Directeur de l'Hôpital.

⁸⁸⁰ Nous avons ici conscience de la pertinence scientifique relative de ce constat chiffré. Il n'a ici pour but que d'apporter une vision globale sur des interventions disparates et aux justifications diverses. Il s'agit de donner au lecteur une idée de la place accordée généralement aux collectivités dans les instances dans lesquelles elles sont invitées. Les représentants des collectivités sont compris entre 63 et 76, pour 419 à 444 membres au total, soit entre 15 et 17%.

En dehors des conseils de surveillance, la majeure partie des participations des collectivités se fait au sein de structures et d'instances n'ayant pas de pouvoir décisionnel contraignant.

La CRSA par exemple, principal organe de consultation au niveau régional, n'a aucun pouvoir réel d'empêchement sur les décisions de l'ARS. Elle se borne à émettre des avis, et le faible contingent des représentants des collectivités doit conduire à évaluer pour ce qu'elle est la parole des élus au sein de la structure ; les collectivités demeurent des partenaires de l'action sanitaire locale, sans pouvoir d'influence décisif. La modification de l'article L. 1411-12 du CSP qui fondait les compétences de la Conférence Régionale de Santé, prédécesseur de la CRSA, transforme substantiellement la portée des délibérations de la nouvelle instance ; Si, avant la loi HPST, la CRS avait pour « mission de contribuer à la définition et à l'évaluation des objectifs régionaux de santé publique », la CRSA ne peut dorénavant qu'émettre « toute proposition au directeur général de l'ARS sur l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de la politique de santé dans la région »⁸⁸¹.

Laurent El Ghouzi, président de l'association Elus, Santé, Territoire, même s'il relevait que, dans sa région⁸⁸², les avis des commissions de la CRSA étaient globalement suivis par l'ARS⁸⁸³, n'en regrettait pas moins cette absence de réel pouvoir de la CRSA, mis à part celui de « la parole », ainsi que la place réduite des élus locaux en son sein⁸⁸⁴. Car bien que la parole des élus puisse être prononcée, la manière dont elle sera entendue dépendra en grande partie des qualités d'écoute et de concertation caractérisant le contexte local. Sans pouvoir juridique contraignant, la voix des collectivités, comme celle, plus largement, des constituants de la démocratie sanitaire, reste soumise à la volonté de l'ARS, et, plus spécifiquement de son DG, de les prendre en compte. Finalement, c'est l'Etat qui reste décideur de la politique, preuve, pour Laurent El Ghouzi, de la « recentralisation autoritaire » dont les ARS sont

⁸⁸¹ Article L 1432-4 CSP

⁸⁸² L'Ile de France.

⁸⁸³ Laurent El Ghouzi notait en 2012, que 75 % des avis des commissions de la CRSA Ile de France étaient suivis par l'ARS, avec qui le dialogue était satisfaisant, ce qui avait notamment permis le vote d'un avis favorable à la quasi-unanimité sur le projet régional de santé. *in* « Table ronde : l'émergence des ARS dans le champ sanitaire, social et médico-social : regards de praticiens » *in*, ALAM Thomas, GURRUCHAGA Marion (ss. la dir. de), « Actes du colloque GRALE – CERAPS – Université de Lille du 13 au 15 décembre 2012. Collectivités, territoires et santé : regards croisés sur les frontières de la santé », L'Harmattan, Condé-sur-Noireau, 2015, p. 112.

⁸⁸⁴ *id.*, p. 122.

d'après lui l'incarnation⁸⁸⁵. Tout au plus, pour Loïc Leroyer, les collectivités territoriales sont tolérées dans les instances consultatives des ARS, sans possibilité de décision.

378. Les collectivités, outre leurs compétences et leurs interventions prévues légalement, peuvent investir le champ de la santé par d'autres moyens. Elles le font, en général au côté de l'Etat, dans le cadre de dispositifs contractuels.

§2. Les collectivités : soutiens de l'action sanitaire locale aux marges de manœuvre encadrées

379. Malgré leurs faibles compétences, certaines collectivités ont tout de même fait le choix d'investir le champ de la santé. Cette participation s'inscrit toutefois, dans la majorité des cas, dans le cadre d'un partenariat avec l'Etat, s'incarnant par la mobilisation d'outils contractuels. Ce type d'interventions concerne principalement le niveau communal et régional (A), mais a été profondément rénové par la loi HPST et la création des Contrats Locaux de Santé (CLS) (B).

A. Le contrat « Etat-collectivités », un outil au service du soutien aux actions de santé

380. En raison de l'importance de la question pour certains territoires, ou encore de leur sensibilité propre, certains élus vont faire le choix d'engager une action spécifique en santé. Compétence principalement mise en œuvre par l'Etat, celui-ci va chercher à encadrer cet investissement local afin de le maîtriser. Les Ateliers Santé Ville – ASV –, concernant le niveau communal, et les CPER, au niveau régional, sont l'illustration de ce partenariat-encadré.

⁸⁸⁵ *id.*, p. 112.

1. Les outils contractuels d'encadrement de l'action communale : les ateliers santé-ville

381. Les ASV sont apparus à la toute fin du siècle dernier, à l'occasion de la définition des contrats de villes pour la période 2000-2006. Lors de la négociation des nouveaux contrats, le gouvernement de l'époque a en effet souhaité y intégrer la thématique santé, via l'expérimentation de ce dispositif.

Mécanismes issus de la politique de la Ville, associant l'Etat et les Communes ou leurs groupements, autour de projets montés, à une échelle infra-communale, dans des quartiers ciblés classés en géographie prioritaire de la politique de la ville, les contrats de ville sont principalement axés sur l'intégration et la cohésion sociale. Mais c'est également à cette époque que l'état de santé des populations commence à être envisagé comme un déterminant de ces politiques, en même temps que l'on se fixe, en parallèle, et avec de plus en plus de vigueur, un objectif général de réduction des inégalités de santé. Dès lors, la nécessité d'intégrer la question sanitaire à ces contrats se fait plus pressante. D'autant qu'en parallèle apparaît, dans le cadre de la loi relative à la lutte contre les exclusions de 1998⁸⁸⁶, un programme d'accès à la prévention et aux soins pour les publics démunis.

Encadrés par un comité interministériel des villes placé sous l'autorité du premier ministre, les ASV, dont la mise en œuvre expérimentale est décidée dès décembre 1999⁸⁸⁷, doivent permettre, via les contrats de ville, de « faire converger les trois politiques : la santé, les affaires sociales, et la ville »⁸⁸⁸. Ils seront généralisés à partir de 2006.

382. Au fur et à mesure de l'évolution des contrats de villes⁸⁸⁹, les ASV conduiront à renforcer l'importance de la thématique sanitaire, au point de faire de la santé le « cinquième élément »⁸⁹⁰ de la politique de la ville.

⁸⁸⁶ Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions, JORF n°175 du 31 juillet 1998, p. 11679.

⁸⁸⁷ Et sera suivi par une circulaire DIV/DGS du 13 juin 2000 relative à la mise en œuvre des ateliers santé ville, fixant son cadre de référence.

⁸⁸⁸ RICHARD Catherine, « Le champ d'intervention des collectivités territoriales », in ADSP, « Collectivités territoriales et santé », revue du HCSP n°82, La Doc. Française, mars 2013, Paris. p. 42.

⁸⁸⁹ Devenus contrats urbains de cohésion sociale en 2006.

Ayant pour but d'améliorer la coordination des différents acteurs à l'échelon du quartier, ainsi que de rendre effectif l'accès aux services sanitaires, tout en améliorant la participation des populations locales dans la définition même des actions, les ASV se situent au confluent entre inclusion sociale, démocratie sociale et soutien à la prévention. Les Ateliers s'appuient sur le socle partenarial dans lequel ils s'inscrivent pour concourir à une meilleure identification des besoins locaux, ainsi qu'à une articulation plus dynamique entre les différentes composantes de ces politiques. Dans la grande majorité des cas, les ASV sont portés par les Communes ou leurs groupements⁸⁹¹ dans le cadre de dispositifs conventionnels entre eux et l'Etat.

383. Mais les ASV demeurent des dispositifs « impulsés au niveau national » même s'ils doivent trouver à s'appuyer sur « des dynamiques locales »⁸⁹². Ici non plus l'Etat ne laisse pas les coudées franches à l'échelon local. Si le niveau communal est impliqué, c'est, outre sa légitimité en tant qu'acteur local, pour assurer la gestion et une partie du financement⁸⁹³ de la structure ainsi que des actions menées. L'Etat conserve ainsi le pilotage, aux côtés des partenaires locaux regroupés au sein d'un comité de pilotage.

384. Pour autant, les ASV ont permis à l'échelon communal et aux élus locaux de développer une « légitimité »⁸⁹⁴ pour porter et définir des actions de santé, ainsi qu'une expertise propre sur ces questions. En atteste notamment l'apparition de nouveaux réseaux, tels que l'association « Elus, santé publique et territoire », créée en 2005, conséquence, pour bonne part, de la montée en puissance des ASV, et à l'égard desquels elle constitue également une plateforme d'échanges de pratiques.

⁸⁹⁰ 77,3% des contrats urbains de cohésion sociale (CUCS) considérés intègrent la thématique santé, et 43,5% ont au moins un ASV.

Source :

BERTOLOTTO Fernando, « Analyse critique du volet santé des contrats urbains de cohésion sociale », Synthèse de rapport, Mission pour le compte du Ministère du logement et de la Ville, 2009.

⁸⁹¹ Pour 65% des cas, en 2013. Et près de 88% sont portés par des collectivités, s'y on y ajoute les ASV adossés à des CCAS, ou des structures issus de l'action sociale dépendant des Communes.

Source : « Enquête 2013 de suivi des ateliers santé ville », Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances, http://www.crdsu.org/Datas/DT_sant/Enquete_ASV_2013_Rapport_national.pdf

⁸⁹² HCSP, « Avis relatif à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé - Place des Ateliers santé ville », 20 mars 2013, p. 2.

⁸⁹³ La majorité des financements étant assurée par l'Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances.

⁸⁹⁴ LERIQUE Florence, « La santé saisie par le social : les contrats locaux de santé », RDSS, 2013, p. 859.

385. Toutefois, les ASV, au nombre de 286 en 2013⁸⁹⁵, ont constitué, et constituent encore, un exemple généralement jugé efficace de partenariat contractualisé entre l'Etat et les collectivités sur le traitement de questions complexes et multifactorielles impliquant la dimension sanitaire. Ils tendent à favoriser la coordination et la cohérence entre les différentes actions menées à l'échelle du quartier.

386. Il est à noter que d'autres dispositifs de type conventionnel impliquant Etat et collectivités, mais aux contours juridiques plus flous que ceux des ASV, existent également. Ils sont en général adossés à des programmations de santé nationales, dont ils sont la déclinaison locale. On citera par exemple le Réseau des villes actives, organisé autour du Programme national nutrition santé, et dans le cadre duquel les Communes le souhaitant, peuvent devenir signataires d'une charte des villes actives, définie nationalement⁸⁹⁶.

387. Au niveau régional, l'Etat recourt également à l'outil contractuel pour encadrer les actions menées par les Régions. Les CPER sont l'outil principal fixant le partenariat entre les deux entités.

2. Les outils contractuels d'encadrement de l'action régionale: les CPER

388. Les grandes lois de décentralisation de 1982, qui feront de la Région une collectivité à part entière, seront accompagnées d'une réforme de la planification en vue d'opérer la « régionalisation du Plan »⁸⁹⁷. L'article 11 de la loi du 29 juillet 1982 dispose ainsi que « L'Etat peut conclure avec les collectivités territoriales, les régions (...), des contrats de plan comportant des engagements réciproques des parties en vue de l'exécution du plan et de ses programmes prioritaires ». Cet outil contractuel devait être le support d'un dialogue entre les

⁸⁹⁵ Source : « Enquête 2013 de suivi des ateliers santé ville », Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances, http://www.crdsu.org/Datas/DT_sant/Enquete_ASV_2013_Rapport_national.pdf

⁸⁹⁶ Au niveau international ce type de réseaux adossés à des chartes existent également. C'est notamment le cas du Réseau Ville santé OMS.

⁸⁹⁷ DIACT, « Les contrats de projets Etat-Régions », coll. Territoires en mouvement, la doc. française, Paris, 2007, p. 10.

objectifs du Plan national d'un côté, et ceux des Plans régionaux de l'autre, afin d'asseoir une position sur des actions communes, bénéficiant par conséquent du levier financier induit par cette collaboration.

389. Très vite, les CPER se sont pourtant affranchis du principe de répartition légale des compétences « sans que cela n'émeuve qui que ce soit »⁸⁹⁸, pour voir leur contenu s'étoffer, « *un peu comme on charge un bateau* »⁸⁹⁹, de toutes sortes de sujets et de projets trouvant là à profiter de cet outil permettant de mobiliser plus facilement des moyens financiers plus importants.

C'est ainsi bien souvent dans ce cadre contractuel que se sont inscrites les actions engagées par les Régions en matière de santé. Face à leur peu de compétences dans le domaine, le recours à ce média contractuel permet à ces collectivités de témoigner de leur volonté de s'intéresser à la question, tout en l'insérant dans une stratégie partenariale d'ensemble.

C'est principalement sur le volet aménagement du territoire, dont le lien avec la logique planificatrice est assez évident, que les interventions régionales se sont construites. Il s'agit notamment, dans bien des cas, de soutenir les projets liés à l'installation sur les territoires sous-dotés en professionnels de santé ; l'exemple type de cela étant le soutien aux maisons de santé pluridisciplinaire, sur lequel de nombreuses Régions se sont engagées, ayant pour but d'accueillir dans un même espace plusieurs professionnels de santé, médicaux ou paramédicaux, afin de densifier l'offre locale, tout en offrant à ces professionnels des conditions d'exercice de meilleure qualité, ainsi qu'un soutien financier. Les CPER ont également régulièrement permis de mobiliser des moyens pour des projets financièrement coûteux liés à la recherche ou au développement des technologies de l'information et de la communication au service des établissements de santé ou des professionnels, afin, là encore, de faciliter l'accès pour les habitants ou de maintenir le niveau des équipements locaux.

⁸⁹⁸ PONTIER Jean-Marie, « Les contrats de plan Etat-Régions 2014-2020 », JCP A, n° 16, 2014, p. 2118.

⁸⁹⁹ *ibid.*

390. Cependant, le CPER n'a de contrat, sous bien des aspects, que la qualification juridique ; celle-ci lui étant été reconnue par un arrêt du Conseil d'Etat du 8 janvier 1988⁹⁰⁰.

Ainsi, conformément à ce qu'il est possible d'observer pour les autres outils de ce type impliquant l'Etat, il convient de relativiser la nature véritablement contractuelle des CPER. Les contrats Etat Région ont la forme d'un acte « plus programmatique que réellement normatif »⁹⁰¹ permettant de contraindre et circonscrire l'action régionale dans le périmètre que l'Etat aura jugé bon de délimiter, quitte à sortir du cadre légal de fixation des compétences, pour mobiliser les fonds de la collectivité sur des projets relevant en principe de l'action de l'Etat. Il est ainsi possible de penser comme, Christopher Guettier, que les CPER ont été « surtout utilisés comme outils de politiques verticales de l'Etat plus que comme instruments d'une action territoriale, globale et horizontale »⁹⁰².

Le CPER deviendra donc rapidement l'outil de mise en œuvre de la planification telle qu'entendue au niveau national, au détriment des orientations définies dans les plans régionaux, qui seront « largement occultées »⁹⁰³, puis disparaîtront dès 1994.

Le revirement sémantique opéré est à ce titre un autre assez bon indice des inclinations dirigistes du CPER. D'abord « Contrat de Plan », rebaptisé « Contrat de Projet » en 2006, d'ailleurs assez logiquement, le Plan national ayant disparu, pour redevenir finalement « Contrat de Plan » en 2013, les CPER restent adossés à un projet national, piloté par l'échelon central, faisant office de canevas guidant l'action locale et dans lequel l'action régionale doit s'inscrire, alors même que cet échelon n'existe matériellement plus. La loi n'est plus, son Esprit reste, et l'Etat, toujours, encadre l'action des collectivités au sein d'une République à l'organisation pourtant décentralisée.

La santé elle-même fera partie, au côté du social, des thématiques non éligibles de la génération 2007-2013 des CPER. Toutefois, 1,7% des fonds fléchés par l'Etat via les CPER

⁹⁰⁰ CE, ass., 8 janv. 1988, n° 74361, Ministre chargé du plan et de l'aménagement du territoire c/ Communauté urbaine de Strasbourg, RFDA, 1988, p. 25, concl. Daël ; chron. M. Azibert et M. de Boisdeffre, AJDA, 1988, p. 137.

⁹⁰¹ GUETTIER Christophe, « Quel avenir pour les contrats de plan Etat-régions ? », Revue Lamy Coll. Terr., 2005, n°1.

⁹⁰² *ibid.*

⁹⁰³ DIACT, « Les contrats de projets Etat-Régions », coll. Territoires en mouvement, la doc. française, Paris, 2007, p. 10.

resteront tout de même consacrés à ces thématiques, soit deux cent dix-huit millions d'euros pour la période concernée⁹⁰⁴, témoignant de la grande plasticité de ces outils.

391. Par l'utilisation de ces outils contractuels, CPER et ASV, l'Etat contrôle et encadre l'action menée en santé par les collectivités, tout en leur laissant une certaine marge de manœuvre pour déterminer et financer des objectifs locaux.

392. La loi HPST a par ailleurs instauré un autre outil permettant à l'Etat, cette fois *via* ses démembrements, et plus spécifiquement par le truchement de l'action des ARS, d'encadrer contractuellement l'intervention des collectivités sur le champ sanitaire : le contrat local de santé.

B. Les contrats locaux de santé : entre partenariat et contrôle des collectivités par l'ARS

393. Au sein des territoires de démocratie sanitaire définis par l'ARS, la mise en œuvre du projet régional de santé peut se faire, en application de l'article L1434-17 du CSP, par la conclusion de contrats locaux de santé conclus par l'Agence, avec, notamment, les collectivités territoriales et leurs groupements. Ces CLS peuvent porter sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social.

Innovation de la loi HPST de 2009, les CLS représentent, au niveau infra-régional, l'aboutissement de l'utilisation de l'outil contractuel en vue de favoriser la rationalisation de l'action locale, autant que le contrôle, ou la cohérence, de l'action des cosignataires.

Mentionnés pour la première fois dans le plan Espoir banlieue de 2008, les CLS y sont présentés comme les « prolongements contractuels »⁹⁰⁵ des ASV dont ils reprennent la

⁹⁰⁴ Contre 2,9% soit 369 millions d'euros en 1994-1999, et 2,2% soit 425 millions d'euros pour la période 2000-2006, p. 66.

méthode : un partenariat avec les collectivités pour la mise en œuvre d’actions ciblées sur un territoire, partant d’un diagnostic partagé, et s’appuyant sur les ressources des différents acteurs de ce territoire. En effet comme le rappelle la circulaire interministérielle du 20 janvier 2009, les CLS doivent « permettre de coordonner l’action publique de l’ARS et des collectivités territoriales au service de l’amélioration de l’état de santé des populations concernées »⁹⁰⁶.

394. Mais, à la différence des ASV, les CLS souffrent de difficultés liées à leur constitution même.

Ces contrats sont avant tout conçus comme une « déclinaison territoriale et de mise en œuvre concrète des projets régionaux de santé »⁹⁰⁷. Dès lors, leur contenu se trouve matériellement contraint par celui du cadre régional dont ils découlent, et avec lequel ils se doivent de rester en cohérence. A cette forte contrainte sur le contenu, s’ajoute, *a contrario*, une grande liberté sur la fixation des limites de leur territoire d’implantation, puisque le législateur, afin d’encourager leur adaptation aux spécificités locales, a fait le choix de ne pas les fixer précisément, même si celles-ci doivent *a priori* s’inscrire dans les limites d’un des territoires de démocratie sanitaire définis par l’ARS⁹⁰⁸.

Ensuite, les CLS sont confrontés à un problème de moyens. En effet, la conclusion d’un CLS n’est pas synonyme de moyens supplémentaires, mais plutôt d’une « réorganisation des fonds dans une recherche de plus grande efficacité »⁹⁰⁹. Ainsi, dans bien des cas, les CLS conclus se limitent à la reprise sous une bannière commune d’actions et de projets ayant trait à la prévention ou au médico-social, déjà financés par les collectivités. Dès lors, certaines collectivités observent avec méfiance cet outil encadrant leurs actions, et limitant leurs

⁹⁰⁵ Comité interministériel des villes, 2008, *Espoir Banlieue, une dynamique pour la France*, Dossier de présentation, Secrétariat d’Etat à la Politique de la Ville, 2008, cité par SCHAPMAN-SEGALIE Sophie, LOMBRAIL Pierre, ADSP, *op.cit.*, p. 44.

⁹⁰⁶ Circulaire interministérielle DGS/DIV/SPI n°2009-68 du 20 janvier 2009 relative à la consolidation des dynamiques territoriales de santé au sein des contrats urbains de cohésion sociale et à préparation de la mise en place des contrats locaux de santé.

⁹⁰⁷ LERIQUE Florence, *op.cit.*, RDSS, 2013, p. 859.

⁹⁰⁸ Mais ici aussi cette limite semble purement théorique. Les CLS sont parfois utilisés pour abriter des projets transfrontaliers impliquant des zones et territoires installés dans d’autres régions, voire même, dans d’autres Etats.

⁹⁰⁹ SCHAPMAN-SEGALIE Sophie, LOMBRAIL Pierre, « Etat et collectivités territoriales : la contractualisation et les contrats locaux de santé », in ADSP, *op.cit.*, p. 45.

capacités à les mener avec la même liberté que par le passé, sans aucune garantie, en contrepartie, de voir des moyens supplémentaires accordés à leur territoire.

Par ailleurs, à la différence des ASV, les CLS entendent promouvoir une approche beaucoup plus large et globale des questions de santé, qui ne se limite pas à la prévention et au médico-social. Intéressante, cette approche n'en est pas moins difficile à mener en pratique et risque de reléguer au second plan, comme c'est généralement le cas, les actions de prévention, qui sont l'essentiel des projets financés par les collectivités.

Même si le choix de l'outil contractuel semble désigner les collectivités comme de véritables partenaires de l'ARS dans son action locale, les CLS n'auront cependant pas complètement bouleversé le rapport de domination qui préexistait à leur création. Au contraire, de par ce contrat, c'est toute l'action locale, portée par des partenaires multiples, qui semble aspirée sous la gouvernance d'un nouvel acteur unique : l'ARS. L'idée du « guichet unique », à l'origine des ARS, s'exprime également de la sorte.

Enfin, pensé comme un outil de la démocratie sanitaire⁹¹⁰, le CLS, document technique, lourd et difficilement manipulable, n'est pas construit dans la même logique participative que les ASV. Il permet d'abord un recensement des actions locales, puis une mise en cohérence de ces dernières. Il n'est ainsi pas aisé de faire entendre la parole des usagers du système de santé dans ce processus de contractualisation qui, d'ailleurs, ne les implique pas directement.

A la fin du mois de juin 2015, ce sont près de deux cent soixante CLS qui ont été conclus au niveau national, couvrant près de 18 millions de Français et 18% du territoire⁹¹¹. Néanmoins, de grandes diversités existent sur le territoire national concernant leur répartition, comme la manière dont cet outil est utilisé. Tant sur leurs finalités, tantôt contrat de préfiguration, tantôt plan d'actions pluriannuel, que sur l'éventail des sujets traités, ces contrats sont très disparates et il est difficile de dessiner une cohérence d'ensemble, un « CLS-type ». De plus leur pilotage est globalement source de difficultés, en l'absence de financement spécifique. Il est dès lors parfois difficile de convaincre les collectivités d'entrer dans un dispositif nouveau, non accompagné financièrement, et risquant de limiter leurs latitudes d'actions. Par ailleurs

⁹¹⁰ LERIQUE Florence, *op.cit.*

⁹¹¹ *Source :*

DECISION PUBLIQUE, « Quels bilans pour les contrats locaux de santé », 2015
http://sante.decisionpublique.fr/wp-content/uploads/2016/03/Dp_etude-CLS.pdf
Consulté le 12/10/2016

cette stratégie infra-régionale de contractualisation, centrée principalement vers le niveau communal n'encourage pas les collectivités départementales et régionales à s'insérer dans le dispositif, et aucun dispositif spécifique de contractualisation avec ses deux échelons n'a été prévu dans le cadre de la régionalisation portée par la loi HPST.

CONCLUSION DU CHAPITRE 1

395. On le voit, la place accordée aux collectivités est tout à fait résiduelle. Les compétences qui leurs sont accordées sont très limitées, et leur influence s'est d'ailleurs vue encore amoindrie par certaines des réformes, comme cela a pu être le cas concernant l'hôpital.

Les collectivités restent toutefois associées aux politiques de santé par leurs actions parfois volontaristes ; même s'il faut remarquer que ces interventions sont généralement encadrées par des engagements formels impliquant l'Etat ou ses représentants. De plus, leurs participations aux différentes instances de concertation, nationales ou locales, apparaissent plus comme les cache-misères d'une démocratisation qui, si elle se fait, se fait sans les collectivités, que comme la conquête d'un véritable pouvoir de décision et d'orientation du système de santé aux côtés de l'Etat et de l'Assurance Maladie.

396. Certaines collectivités ont pourtant cherché à conquérir un pouvoir et une compétence qu'elles n'avaient pas, en revendiquant, conséquemment, une place plus importante dans l'administration sanitaire. C'est le cas de la Région Nord-Pas de Calais⁹¹². Nous verrons dans le chapitre suivant la manière dont cette collectivité a structuré son intervention, ainsi que les raisons pour lesquelles celle-ci a assumé cet effort particulier. Nous nous pencherons ensuite sur la signification de cette action, et de ce qu'elle nous apprend de la régionalisation de la santé.

⁹¹² Désormais Région Hauts-de-France.

Chapitre 2. L'action sanitaire de la Région NPDC : les prémisses d'une décentralisation de la santé ?

397. Comme nous l'avons vu précédemment, les collectivités territoriales ne se sont vues confier qu'un rôle limité dans l'organisation du système de santé. Ce constat s'applique évidemment également aux Régions, d'autant plus depuis qu'elles se sont faites amputer de leur clause générale de compétence, par la réforme territoriale de 2015.

Pour autant, la faiblesse de leurs attributions légales en la matière n'a pas empêché certaines collectivités, et certaines Régions, de développer, de manière volontariste, des actions en matière de santé. Cette intervention a même parfois conduit à revendiquer une place plus importante, face, ou aux côtés de l'Etat, dans le secteur.

C'est le cas de la Région Nord-Pas de Calais⁹¹³, qui a, dès son origine, témoigné d'un intérêt particulier à l'égard de ces questions. Son intervention a d'ailleurs petit à petit évolué, dans le sens d'une revendication accrue d'une reconnaissance de sa voix particulière dans l'administration régionale de la santé. Alors que l'intervention des Régions se limite en général à un soutien aux actions de prévention ou à l'installation des maisons de santé dans les territoires, le Nord – Pas de Calais, et ses élus⁹¹⁴, ont fait le choix de soutenir financièrement l'installation d'équipements sanitaires, via des subventions octroyées aux hôpitaux, intervenant ainsi sur un champ généralement absent des politiques régionales : le curatif.

398. Après avoir étudié la spécificité de cette intervention, ainsi que la manière dont elle s'est structurée juridiquement (Section 1), nous analyserons plus spécifiquement les modifications entraînées par la régionalisation de la santé telle qu'issue de la loi HPST, ainsi

⁹¹³ Nous nous intéresserons principalement aux politiques mises en œuvres par la Région Nord-Pas de Calais, c'est-à-dire antérieures à la fusion des Régions consécutives à la loi NOTRe.

⁹¹⁴ Ce chapitre, et particulièrement son deuxième §, s'appuiera pour bonne part sur les déclarations des élus du conseil régional, ou de celles des personnalités invitées par la Région, formulées lors des commissions permanentes (CP), séances plénières (SP), et réunion du Ceser des mandats régionaux 2004-2010 et 2010-2015.

que les enseignements à tirer de cette expérience particulière (Section 2).

Section 1. Un effort particulier inscrit dans un cadre juridique original

399. Confrontée à l'état sanitaire particulièrement sinistré de sa population, la Région NPDC a très tôt souhaité investir le champ de la santé.

Sans compétences d'attribution en la matière, le conseil régional a néanmoins fait ce choix, en considérant l'amélioration de l'état sanitaire de ses administrés comme un préalable nécessaire à la bonne poursuite des missions lui étant, elles, explicitement attribuées (§1).

Au-delà de l'opportunité politique d'un tel investissement et de ses justifications, nous aborderons les moyens, notamment juridiques, qui ont permis à la Région de construire une politique de santé propre, mais s'intégrant dans un contexte institutionnel régional impliquant de nombreux autres acteurs. Car si le soutien d'une collectivité régionale à des projets et actions de santé implémentés sur son territoire n'a rien, en soit, de très original, la manière dont le NPDC s'est emparé du sujet de l'implantation d'équipements sanitaires, se différenciant ainsi des autres Régions, invite à s'y intéresser. En effet, en consentant un effort particulier, unique au niveau national, la Région NPDC démontre sa singularité. (§2).

§1. Raisons d'être et matérialisation de l'investissement régional

400. L'investissement de la Région Nord-Pas de Calais apparaît comme très spécifique comparé aux autres régions françaises, aussi bien en ce qui concerne son volume, que ses modalités (B). Il est justifié politiquement par un contexte local particulièrement sinistré, et une lecture holistique faite par la Région de ses compétences d'attribution.

Vu de ce double prisme, investir dans la santé est pour la Région un moyen essentiel de

remplir ses missions (A).

A. Prendre la compétence santé : matérialisation d'un intérêt régional

401. L'engagement de la Région en matière de santé est concomitant à sa création. Pour être exact, il est même antérieur à la création de la collectivité que nous connaissons aujourd'hui, puisque l'Établissement Public Régional s'y est intéressé dès son apparition en 1974.

C'est donc sans aucune responsabilité légale, et dans un cadre institutionnel encore assez flou, que les élus régionaux ont décidé d'engager une politique volontariste dans le domaine sanitaire. La Région a d'ailleurs à cet égard fait figure de pionnière. Pour les élus, le développement d'une politique en matière de santé apparaissait comme une nécessité, face à la situation sanitaire de la population (1), pour remplir efficacement les missions attribuées à la collectivité (2).

1. Des indicateurs santé au rouge

402. Marquée par la médiocrité des indicateurs de santé, la région est la lanterne rouge en matière d'espérance de vie⁹¹⁵. Le NPDC est également frappé par une surmortalité prématurée⁹¹⁶ et occupe les premières places du palmarès pour la plupart des indicateurs. Le NPDC est ainsi en pôle position en ce qui concerne les accidents vasculaires cérébraux, ainsi que l'obésité chez les adultes⁹¹⁷. La fréquence des affections de longue durée, en particulier

⁹¹⁵ En métropole comme en outre-mer. L'espérance de vie est respectivement de 75,4 ans pour les hommes, et de 82,8 pour les femmes pour une moyenne nationale de 78, 5 et 84,8 ans. Si l'espérance de vie des nordistes est en progrès, elle suit la même progression que celle observée au niveau national. Ainsi, en 2003 elle était de 72,6 ans pour les hommes et 81 ans pour les femmes, contre 75,7 et 82,9 ans au niveau national.

Source :

INSEE, « Première », Insee, n° 1114, 2006 et DREES, « Recueil d'indicateurs régionaux offre de soins et état de santé », Drees, 2014.

⁹¹⁶ 2,7 pour mille en dessous de 65 ans et 47,8 au-dessus, contre 2 et 39,4 en moyenne nationale.

⁹¹⁷ 666 AVC invalidant pour 100 000 habitants pour une moyenne à hauteur de 574 , et 21,3% d'obèses chez les jeunes nordistes, contre 15% en Métropole pour 2012.

Source :

en ce qui concerne le diabète, est également nettement au-dessus de la moyenne nationale. De plus, le NPDC abrite le plus grand nombre de buveurs quotidiens⁹¹⁸, et finit sur la dernière marche du podium en ce qui concerne le nombre de suicides.

403. Le mauvais état sanitaire de la région est en partie du, aujourd'hui encore, à son passé industriel. La situation est en effet favorisée par un fort contexte pathogène. La région compte 16,6% des pathologies liées à l'amiante, alors qu'elle ne représente que 5,7% de l'emploi du régime général, et présente un taux de fréquence des maladies professionnelles près de deux fois supérieur à celui observé au niveau national⁹¹⁹. La région accueille par ailleurs un nombre important de sites classés « SEVESO »⁹²⁰, ainsi que 14 % des sites pollués d'origine industrielle recensés en France, et 6,7 % des sites industriels ou de services anciens répertoriés à l'échelle nationale, qui d'après leurs activités pourraient avoir connu des pollutions⁹²¹.

Mais le passé industriel de la région a aussi un impact indirect sur la situation. Les modifications structurelles économiques ont entraîné une explosion du chômage qui a particulièrement impacté le NPDC. Avec un taux de chômage de 12,8%, la région présente le taux de chômage le plus élevé de France métropolitaine⁹²², et le revenu disponible brut annuel le plus faible de toutes les régions métropolitaines⁹²³. Avec 4,63% de sa population bénéficiaire de la CMU⁹²⁴, la région présente le taux le plus important de la Métropole, et

INSEE, « Première », Insee, n° 1114, 2006 et DREES, « Recueil d'indicateurs régionaux offre de soins et état de santé », Drees, 2014.

⁹¹⁸ 18% contre 11% en moyenne. Villermé, au XIXe siècle, faisait déjà état de l'alcoolisme des nordistes. Toutefois, chez les moins de 17 ans le NPDC se situe en dessous de la moyenne. Peut-être un signe que l'effort régional particulier porte ses fruits....

⁹¹⁹ « La santé au travail dans le Nord-Pas de Calais, Atlas Régional 2015 », 2016, Direccte NPDC, CARSAT Nord-Picardie.

⁹²⁰ Soixante-quatorze.

⁹²¹ Soixante-quatorze sites SEVESO, six cent quarante et un sites pollués et seize mille huit cents anciens sites.

Source :

DREAL, inventaire BASOL et BASIAS

⁹²² Pour une moyenne nationale de 10%. Chiffres au deuxième trimestre 2015.

Source : Direccte HDF

<http://hauts-de-france.direccte.gouv.fr/Taux-de-chomage-au-2eme-trimestre-2015-en-region-Nord-Pas-de-Calais>

Consulté le 02/11/2016

⁹²³ 17 038 euros en 2014, pour une moyenne en Métropole de 20 320 euros.

Source :

Insee, « Revenu disponible brut des ménages par région en base 2010 »

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/2043717>

Consulté le 03/11/2016

⁹²⁴ Désormais dénommée PUMA.

regroupe 8,7% des bénéficiaires à l'échelle nationale⁹²⁵. Le contexte social, marqué par une pauvreté au-dessus de la moyenne, retentit fortement sur l'état de santé de la population, déjà traditionnellement touché par certains fléaux tels que les pratiques addictives. Les comportements alimentaires et les habitudes de vie des habitants, dont la pratique d'activités sportives se situe en-dessous de la moyenne nationale, ne contribuent pas non plus à améliorer la situation, d'autant que les nordistes semblent plus difficiles à mobiliser sur le champ de la prévention ; en effet, le taux de participation aux dépistages organisés du cancer du sein et du cancer colorectal apparaissent en dessous des moyennes nationales⁹²⁶.

404. Face à ces difficultés, la réponse structurelle ne semble pas non plus adaptée. L'offre ambulatoire, en ce qui concerne les médecins spécialistes et les infirmiers libéraux, est inférieure aux moyennes nationales. L'offre hospitalière est également en-dessous de la moyenne dans certains secteurs⁹²⁷.

L'aménagement sanitaire du territoire régional, lui aussi, est, à certains égards, problématique. Si le NPDC, de par sa géographie, facilitant les déplacements, cumulée à une hausse plus importante que la moyenne nationale du nombre de professionnels de santé⁹²⁸, n'est pas touché avec la même intensité que certaines régions par les questions, fort actuelles, de désertification médicale, il n'en demeure pas moins que l'offre de soins demeure relativement inégalement répartie, et polarisée sur la métropole lilloise. Cette inégalité géographique régionale ne fait d'ailleurs qu'accentuer, dans certaines zones du territoire, les disparités socio-économiques à l'origine d'inégalités d'accès aux soins.

405. Les difficultés sanitaires de la région se retranscrivent de manière très concrète dans la

⁹²⁵ Pour 6,2% de la population. Chiffres de 2010.

Source : Irdes

<http://www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ChiffresGraphiques/Cadrage/CMU/CMU.htm>

Consulté le 03/11/2016

⁹²⁶ 51,5% pour le cancer du sein, et 28,8 pour le cancer colorectal chez les 50-74 ans, pour des moyennes nationales s'élevant à 52,7 et 31,7.

⁹²⁷ En ce qui concerne les SSR et la psychiatrie. Elle était caractérisée par un équipement hospitalier globalement déficitaire en nombre de lits et places, mais ce n'est aujourd'hui plus le cas en MCO, maternité, et HAD.

⁹²⁸ Entre 2009 et 2013 la hausse a été de 13,6%, pour une moyenne nationale de 13,2%.

Source :

ORS NPDC, « 50/51° Nord – Les petits dossiers de l'ORS », 2014, n°38.

surconsommation de soins constatable. Ainsi, concernant les soins de ville comme les soins hospitaliers, cette surconsommation s'observe dans les deux départements de la région⁹²⁹. Cependant, corrigée des effets démographiques, sociaux, et liée à l'offre, puis ajustée, après analyse des indicateurs sanitaires régionaux, cette surconsommation se voit considérablement réduite ; et même, concernant les dépenses de soins hospitaliers, le Pas-de-Calais, après correction, se situe en-dessous de la moyenne nationale⁹³⁰.

Par ce biais, il est possible d'appréhender l'impact de l'ensemble des facteurs sur les dépenses de santé, ainsi que d'envisager les déterminants de santé comme une question complexe ne pouvant se satisfaire d'une réponse purement sanitaire. Ainsi, la santé, peut-être de manière encore plus prégnante dans le Nord-Pas de Calais, apparaît comme une problématique complexe et multifactorielle, ne pouvant se satisfaire de réponses focalisées sur le prisme de l'organisation de la réponse sanitaire. C'est cette appréhension globale de la question qui a été l'un des déterminants essentiels de l'investissement régional.

2. Une approche holistique de la santé

406. Les dépenses de santé représentent dans le NPDC un peu plus de 12% du PIB⁹³¹. Avec 97 307 emplois directs et quantité d'emplois induits⁹³², le secteur sanitaire regroupe 7,7 % de l'offre régionale. La « crise sanitaire »⁹³³, selon les propos des élus du conseil régional, à laquelle est confrontée le NPDC, associée au poids économique du secteur sanitaire, a conduit les élus locaux à prendre en compte, peut-être plus particulièrement qu'ailleurs, les questions

⁹²⁹ Les moyennes nationales se situent à 1 133 euros et 650 euros par habitant pour les dépenses de soins de ville et hospitalières. Dans le Nord elles se situent à 1 169 et 672 euros. Pour le Pas-de-Calais, la différence est encore plus importante, avec 1 288 et 689 euros par habitant.

⁹³⁰ Les écarts avec les moyennes nationales sont respectivement de 36 euros pour le Nord et de 155 euros pour le Pas-de-Calais pour les dépenses de soins de ville. Après application de cette quadruple correction, les dépenses ne sont plus supérieures que de 9 et 79 euros. Concernant les soins hospitaliers, les dépenses sont supérieures de 22 euros pour le Nord et 39 euros pour le Pas-de-Calais avant correction. Après correction, les dépenses ne sont plus supérieures que de 9 euros pour le Nord, et inférieure de 13 euros à la moyenne nationale pour le Pas-de-Calais.

Source :

INSEE NPDC, «NPDC Pages de profils », n°105, 2012.

⁹³¹ En 2014, le PIB s'élevait à 103,139 milliards, et les dépenses de santé à 12,4 milliards d'euros.

Source :

ARS NPDC, « Rapport d'activité 2015 » et Insee, « Produits intérieurs bruts régionaux et valeurs ajoutées régionales de 1990 à 2014 »

⁹³² Hôtellerie, services à la personne...

⁹³³ REGION NPDC, « La santé des habitants : un enjeu permanent pour le Nord Pas-de-Calais, séance plénière du 10 février 2006 », p. 5.

de santé. Préside à cet effort original l'idée que l'amélioration de la santé de la population, au vu des indicateurs régionaux, doit constituer un objectif, en tant que tel, de l'action des élus, tout comme un préalable nécessaire à la mise en œuvre efficace, par le conseil régional, des compétences et missions qu'il a à sa charge.

Car si la santé n'est pas la compétence de la Région, les questions qui lui sont liées ont un impact direct ou indirect sur les thématiques de responsabilité régionale. Compétente sur le volet de l'action et du développement économique, il serait en effet difficile de contester qu'un secteur prenant une telle part dans l'économie locale n'a pas d'impact sur la mise en œuvre des politiques sectorielles en la matière.

407. La Région a également à sa charge la responsabilité de l'aménagement du territoire régional, et doit d'ailleurs pour ce faire, comme c'est le cas sur le champ économique, arrêter un schéma spécifique d'aménagement⁹³⁴. Ce schéma a notamment pour but de réaliser une répartition plus cohérente des équipements, services infrastructures et services d'intérêt général sur le territoire régional. Il s'agit également, pour ce faire, de veiller à développer l'attractivité des territoires, pour les entreprises, les habitants, et les offreurs de service. Il poursuit donc un objectif de réduction des inégalités territoriales qui entre en résonance avec les politiques sanitaires de lutte contre les déserts médicaux, ou, à tout le moins, de réduction des difficultés d'accès aux offreurs de soins. L'action en santé du conseil régional s'inscrit directement dans une « politique d'aménagement du territoire et d'attractivité des professionnels », engagée « dans un souci d'équité sociale et territoriale », et visant « un égal accès de tout citoyen aux services quelles que soient sa localisation géographique et son niveau socio-culturel ». La santé est ici envisagée comme « un élément nécessaire à la cohésion sociale » devant être promue en transversalité avec les autres politiques de la Région, afin d'apporter, comme le dit son ancien Président, « de l'équité, de la confiance » et « pour mieux former, mieux fidéliser »⁹³⁵ les professionnels de santé.

Car sur le champ de la formation, la Région a aussi un rôle à jouer en matière sanitaire,

⁹³⁴ D'abord schéma régional d'aménagement et de développement du territoire, puis schéma régional d'aménagement et de développement du territoire, il est, dénommé, depuis la loi NOTRe, schéma régional de développement durable et d'égalité des territoires, et regroupe selon la même logique que pour le PRS, l'ensemble des schémas devant être pris avant cette loi par la Région, comme le Schéma régional de Développement économique.

⁹³⁵ PERCHERON Daniel, « Editorial », Territoires et santé, n°8 avril-mai 2012, GRPS, Loos, p. 1.

d'autant plus que depuis 2004⁹³⁶, elle s'est vue confier la gestion des formations sanitaires et sociales.

408. Mais la position du conseil régional, et de ses élus, peut trouver à se résumer dans les propos de Mohammed Abdelatif, médecin, élu régional et membre du conseil de surveillance de l'ARS : « nous ne sommes certes pas en compétence juridique, mais en compétence politique, parce que le déterminant de santé principal n'est pas l'offre de soins, c'est l'environnement économique, c'est le travail, c'est le social. Il s'agit bien souvent de l'aménagement du territoire à travers le logement, le transport, la formation, l'emploi, le développement économique et si on fait un débat sur la santé, c'est un débat, pas seulement avec les professionnels de santé, mais avec l'ensemble des acteurs, et c'est une des compétences principales du Conseil régional – et cela doit intéresser l'ensemble des élus – qui est l'aménagement du territoire et le développement économique. »⁹³⁷

409. La Région NPDC a ainsi opéré une lecture holiste de ses compétences, l'amenant à envisager la santé comme un préalable nécessaire à la poursuite de ses missions et à l'exercice de ses compétences d'attribution, et à consentir un effort particulier. La forte implication de la région NPDC constitue d'ailleurs, pour certains analystes, « un modèle pour les autres régions de France »⁹³⁸.

B. La mise en œuvre de la compétence santé

410. L'implication du Nord-Pas de Calais a été, à bien des égards, originale. Aussi bien dans l'intensité et les formes qu'a pris l'investissement de la Région en santé (1), que dans les actions entreprises à cette occasion (2).

⁹³⁶ Loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales, JORF n°190 du 17 août 2004, p. 14545.

⁹³⁷ Mohammed Abdelatif, indépendant, SP du 23 au 24 mai 2013.

⁹³⁸ FLAJOLET André, « Mission au profit du gouvernement relative aux disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire », 2008, p. 83.

1. Les efforts particuliers de la Région NPDC

411. La Région a en effet consenti des efforts financiers non négligeables, mis en perspective de l'absence de réelles compétences en la matière et comparés à l'action des autres Régions (a). Elle a pu appuyer son action sur une organisation institutionnelle, administrative et politique, au service de la santé (b).

a. Un effort financier

412. La moyenne nationale de l'investissement Régional se plaçait sur la période de 2008 à 2015, à hauteur de 0,35% du budget⁹³⁹. Sur la même séquence, la Région Nord-Pas de Calais fléchait environ 1% de son budget⁹⁴⁰ sur les dépenses sanitaires et sociales⁹⁴¹, soit un effort continu de deux à trois fois plus important que les autres Régions métropolitaines⁹⁴², à l'exception de l'Ile de France. En moyenne, l'enveloppe consacrée à ce poste de dépenses était ainsi de 20 millions d'euros annuels⁹⁴³. Le Nord-Pas de Calais contribuait donc, sur ses fonds propres, à un peu moins de 0,2% des dépenses de santé de la région⁹⁴⁴.

Si l'importance de cet investissement régional peut sembler faible à l'égard de la masse totale des dépenses, il faut souligner que celui-ci était réalisé sans compétences d'attribution, et sur les fonds propres de la Région. Il constitue, quoi qu'il en soit, un cas unique, que ce soit dans son importance comme dans sa progression constante⁹⁴⁵.

Ainsi, avec ce « levier d'un dix millièmè [des dépenses de santé en région] dérisoire, le

⁹³⁹ Pour les Régions métropolitaines, hors Ile de France, l'effort se situait à hauteur de 0,44 en 2008, 0,35 en 2010, 0,38 en 2013, et 0,34% en 2015 du budget régional consacré au poste santé / social.

⁹⁴⁰ Les chiffres présentés dans cette partie sont issus des budgets primitifs des régions pour les années 2008, 2010, 2013, 2015 et 2016. Source : Budget primitif des Régions, Direction générale des collectivités locales, coll. Statistiques et finances locales (tableaux).

⁹⁴¹ 1,11% en 2008, 0,93% en 2010, 0,89% en 2013, et 0,84% en 2015

⁹⁴² A l'exception de l'Ile de France. De manière ponctuelle, certaines Régions ont engagé un effort sur les dépenses sanitaires et sociales. On pourra ainsi citer, par exemple, le cas de la Haute-Normandie en 2008, ou de l'Auvergne sur la fin du dernier mandat. Ces efforts restent toutefois difficiles à analyser, la santé se trouvant ici agglomérée aux politiques sociales. De plus, le poids économique du NPDC, par rapport à ces deux autres régions rend l'effort régional, plus important, envisagé en montant.

⁹⁴³ 21 millions en 2008, 19,1 en 2010, 17,75 en 2013, 17,84 en 2015.

⁹⁴⁴ L'effort consacré a toutefois perdu de son intensité à l'approche de la fin de mandat, du fait de la baisse des dotations globales, et de l'atteinte des objectifs initiaux en terme d'implantation d'équipements de type IRM sur le territoire.

⁹⁴⁵ « La santé était, en 2004, de 2 millions d'euros, elle atteint aujourd'hui 12 millions ». Bernard Roman, vice-président du CR NPDC, SP du 22 et 23 novembre 2007.

Sur la fin du dernier mandat, le constat est toutefois à relativiser.

Conseil régional, institutionnellement présent, a changé en partie la donne »⁹⁴⁶, aux dires de son ancien président Daniel Percheron. C'est en consacrant « 6,53 euros »⁹⁴⁷ par habitant à la santé, que la Région Nord Pas de Calais a entrepris d'opérer « la politisation du dossier santé »⁹⁴⁸ dans la région. Spécificité nordiste, l'effort financier a également été porté sur l'investissement, afin de soutenir le financement hospitalier d'équipements matériels lourds⁹⁴⁹.

413. L'effort particulier consenti par le NPDC se traduit également par l'organisation arrêtée pour mettre en œuvre et animer ces politiques.

b. Un effort institutionnel

414. Sur le plan politique, l'observation des organigrammes des exécutifs régionaux issus de la « vague rose » des élections de 2010 permet d'identifier la place relative faite à la santé dans les Régions, et donc, par conséquent, nous donne un indicateur de l'importance prise par la question dans les différentes Régions.

Sept Régions⁹⁵⁰ présentaient, dans le cadre du mandat 2010-2015⁹⁵¹, une délégation politique dédiée à la santé au sein de leur exécutif⁹⁵². Cinq autres Régions listaient la santé comme l'une des attributions de l'un de leurs vice-présidents, mais cette délégation santé était englobée dans une délégation plus large incluant le social⁹⁵³ ou les questions

⁹⁴⁶ Daniel Percheron, Président du CR NPDC, séance plénière du 23 au 25 mai 2013. Il s'agit en réalité d'environ un ou deux millièmes des dépenses régionales.

⁹⁴⁷ « 6,53 euros. 6,53 euros, c'est le coût régional de ce budget rapporté par habitant et par an. » Cécile Bourdon, vice-présidente du CR NPDC, SP des 13 au 16 décembre 2011.

⁹⁴⁸ Daniel Percheron, Président du CR NPDC, SP du 13 au 16 décembre 2011.

⁹⁴⁹ IRM, Tep, SCAN, Camma.

⁹⁵⁰ Parmi les Régions métropolitaines hormis la Corse et l'Île de France.

⁹⁵¹ Même si nous manquons encore du recul nécessaire pour se faire une idée précise sur la manière dont les Régions continuent ou non à investir le champ de la santé après la reconfiguration régionale issue de la loi NOTRe, il nous semble que cela n'a pas bouleversé les modalités d'action des Régions. La plupart continue en effet à mener des politiques sur cette thématique. En ce qui concerne la Région Hauts-de-France, qui a de plus connu un changement de majorité politique, un service santé existe toujours, et la Région continue de soutenir des actions en santé.

⁹⁵² PACA, 14^{ème} vice-présidence, Rhône-Alpes, 8^{ème} vice-présidence, Bourgogne, 7^{ème} vice-présidence, Champagne-Ardenne, 11^{ème} vice-présidence, Aquitaine, 11^{ème} vice-présidence, Centre 11^{ème} vice-présidence, Haute-Normandie, 7^{ème} présidence.

⁹⁵³ Pays de la Loire, 2^{ème} vice-présidence « Solidarités, santé et égalité des droits » ; Lorraine : 8^{ème} vice-présidence « Politiques de la citoyenneté, des solidarités et de la santé » ; Midi-Pyrénées : 15^{ème} vice-présidence « solidarités, jeunesse, santé, insertion par l'économie, lutte contre les discriminations et logement ».

environnementales⁹⁵⁴, et dont la santé n'était qu'une partie. Enfin, six autres Régions ont fait le choix de n'attribuer la santé, seule ou aux côtés d'autres secteurs, à aucune de leurs délégations politiques⁹⁵⁵. Là encore la Région NPDC occupe une place à part, au sein du peloton de tête régional, en ayant défini une délégation politique intitulée « santé et Plan anti-cancer », et en l'ayant positionnée à la huitième place de l'organigramme exécutif.

Cette position politique permet d'incarner la volonté politique affichée, tout en proposant un interlocuteur régional fort, clairement identifié, et chargé uniquement de cette thématique, aux autres acteurs du territoire, notamment, institutionnels. En région NPDC, une commission thématique spéciale était également dédiée exclusivement aux politiques et projets de santé.

415. Mais c'est sur le plan de l'organisation administrative que la région NPDC se démarque nettement des autres Régions⁹⁵⁶. En effet, hors formations sanitaires et sociales, seules quatre régions, n'étant d'ailleurs pas celles consentant un effort financier spécifique à la santé, comptaient dans leur organisation un service ou une direction consacré à la santé : la Picardie⁹⁵⁷, la Haute Normandie⁹⁵⁸, la Champagne-Ardenne⁹⁵⁹, et la Région PACA⁹⁶⁰.

La Région Nord-Pas de Calais s'appuyait sur un service santé, placé sous l'autorité d'une direction déléguée au sein d'une « direction de la recherche, de l'enseignement supérieur, de la santé, des technologies de l'information et de la communication⁹⁶¹, au sein du Pôle « économie, formation, recherche et développement ». C'est sur le plan de l'organisation administrative que se fait la différence avec la plupart des autres Régions, présentant en général des services « santé » nucléaires. Ces services étaient limités en général à un chargé de mission et un assistant, ou alors au fléchage, dans des services non spécialisés, d'agents se voyant attribués la gestion des questions de santé, à l'interface du champ d'attribution de la

⁹⁵⁴ Picardie : 8^{ème} vice-présidence « environnement, alimentation, santé » ; Limousin : 7^{ème} vice-présidence développement durable, environnement, cadre de vie et politiques de santé ».

⁹⁵⁵ Bretagne, Basse-Normandie, Alsace, Franche-Comté, Auvergne, Languedoc-Roussillon, Poitou-Charentes

⁹⁵⁶ Est ici observée l'organisation retenue sur la période 2010-2015.

⁹⁵⁷ Service « santé » placé sous une direction générale adjointe « services à la population ».

⁹⁵⁸ Service « sanitaire et social – enseignement supérieur » placé sous la « direction de l'enseignement, de la culture et des sports ».

⁹⁵⁹ Direction « de la jeunesse, du sport, de la santé, et de la vie associative » placée sous la direction générale adjointe « formation ».

⁹⁶⁰ Direction « service santé – alimentation » placée sous la direction « des solidarités » au sein d'un pôle « Jeunesse et citoyenneté ».

⁹⁶¹ Soit la DRESSTIC, débarrassée de ses TIC à partir de 2015.

direction dans laquelle ils étaient placés. Face à ces organisations minimalistes, la région NPDC, faisant figure, aux mots de l'un de ses anciens DGS, « d'exception absolue »⁹⁶², proposait un service ayant pu compter jusqu'à douze agents⁹⁶³ chargés uniquement de cette thématique. Cette organisation permettait d'assurer une présence de la Région aux diverses instances régionales de concertation, tout en suivant et en mettant en œuvre la politique santé spécifique développée par le conseil régional.

416. C'est le contenu de cette politique que nous observerons à présent.

2. Les actions de la Région : entre originalité et classicisme

417. La Région NPDC s'est investie, comme d'autres Régions, sur le champ de la prévention (a). Mais c'est sur sa politique de soutien à l'investissement que la Région NPDC s'est particulièrement différenciée des autres Régions (b).

a. Une intervention « classique » : la prévention

418. Pour ce qui nous intéresse, le premier volet de l'intervention régionale consiste en toute une typologie d'actions de promotion de la santé et d'interventions liées à ses compétences.

Le Conseil Régional du NPDC s'est employé, et s'emploie toujours⁹⁶⁴, à développer une politique d'actions et de promotion de la santé jugée, par lui-même, comme « unique et exemplaire au niveau national »⁹⁶⁵.

Elles prennent la forme d'une politique se voulant « globale, concertée et partenariale »⁹⁶⁶. Cette politique est structurée autour de trois approches différentes : une approche

⁹⁶² « Lorsqu'on en parle au niveau de l'association des Régions de France, la Région figure comme une exception absolue. Très peu de personnes, voire quasiment aucune, dans les services régionaux, s'occupent, ailleurs qu'en Nord - Pas de Calais, de questions de santé. », Jean-Luc Delecluse, DGS, SP 28 au 29 juin 2007.

⁹⁶³ Chargés de mission.

⁹⁶⁴ Les actions en la matière continuent d'être soutenues par l'exécutif élu en 2015.

⁹⁶⁵ Région NPDC, « La santé des habitants : un enjeu permanent pour le Nord Pas-de-Calais, séance plénière du 10 février 2006 », p. 6.

⁹⁶⁶ *ibid.*

territoriale⁹⁶⁷, une approche populationnelle⁹⁶⁸, et une approche thématique⁹⁶⁹.

Elle s'appuie d'une part, pour sa mise en œuvre, sur des relais, les grands opérateurs régionaux, acteurs institutionnels⁹⁷⁰ de la prévention sur le territoire, et, d'autre part, sur des appels à projets permettant de soutenir les actions locales.

419. La Région a par ailleurs fait le choix de structurer l'organisation de son soutien par ce tissu local d'intervenants spécialisés, dans le but de rationaliser et de mieux coordonner leurs actions. Cela s'est matérialisé par la création d'une maison régionale de la santé en 1990, transformée en GRPS⁹⁷¹, regroupant l'ensemble des associations investissant, sur le territoire régional, les domaines de l'observation, de la prévention, de la promotion et de l'éducation à la santé.

Outil régional essentiel de promotion de la santé jusqu'à sa dissolution en 2013, le GRPS, dont l'ORS faisait partie, constituait, sous la forme d'un groupement d'intérêt économique, un exemple unique de tentative d'unifier l'intervention locale, pensée comme transversale. Spécificité de la région, le GRPS a été créé à l'initiative de la Région, de la CRAM et de l'État⁹⁷². Il témoigne de la logique de partenariat qui préside à l'intervention du conseil régional dans le domaine de la santé.

Ce type de montage inspirera d'ailleurs la création des Pôles régionaux de compétence en éducation et promotion de la santé⁹⁷³, chargés de fédérer les « compétences et ressources en

⁹⁶⁷ Principalement autour des programmes territoriaux de santé .

⁹⁶⁸ Les jeunes, les apprentis, les salariés.

⁹⁶⁹ Cancer, addictions...

⁹⁷⁰ Il s'agit pour la plupart d'acteurs associatifs, composantes régionales de fédérations régionales ou non.

⁹⁷¹ Le GIE était composé de l'APPA : Association pour la prévention de la pollution atmosphérique – l'ANITEA : Groupe régional de l'Association nationale des intervenants en toxicomanie et addictologie du Nord-Pas-de-Calais – le CIRM/CRIPS : Carrefour d'initiative et de réflexion pour les missions relatives à la vie affective et sexuelle/Centre régional d'information et de prévention du Sida – le CRRC : Registre général des cancers de Lille et de sa région – ECLAT/GRAA : Espace de concertation et de liaison addictions tabagisme/Groupement régional d'alcoologie et d'addictologie – l'ISTNF : Institut de santé au travail du Nord de la France – l'IREPS : Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé – l'ORS Nord-Pas-de-Calais : Observatoire de la santé Nord-Pas-de-Calais – SIS : Sida info service.

⁹⁷² Via la DRASS.

⁹⁷³ Les pôles régionaux de compétences ont été mis en place à la suite d'un appel à projets de l'Inpes lancé en 2004, et s'appuyant sur différents textes : le Plan National d'Education Pour la Santé (PNEPS) de 2001, la circulaire n° DGS/SD6/2001/504 du 22 Octobre 2001 relative à l'élaboration des schémas régionaux d'éducation pour la santé, le cahier des charges national des pôles régionaux de compétences en EPS/PS de 2010. Il s'agit de plateformes portées, pour la grande majorité d'entre elles, par les émanations locales de L'Inpes, les Ireps, sous statuts associatifs. Les porteurs s'inscrivent dans le cadre du cahier des charges défini par l'Inpes La plupart des

EPS/PS présentes dans la région » et d'apporter « un soutien via les fonctions transversales que sont la formation, le conseil en méthodologie de projets et l'appui documentaire » à « tout acteur institutionnel ou associatif intervenant dans ce champ »⁹⁷⁴.

420. Le conseil régional a également développé une série d'actions autour de la thématique *sida*, par l'intermédiaire d'un programme de soutien des personnes atteintes, similaire à celui existant dans le Plan cancer, ainsi qu'une action solidaire envers les pays en voie de développement⁹⁷⁵, s'inscrivant dans une politique plus large de coopération décentralisée.

421. La Région mène aussi une politique sanitaire d'aménagement territorial, via un soutien aux projets de maisons de santé pluridisciplinaire (MSP), ainsi qu'une politique santé-environnement, définie dans un Programme régional santé environnement⁹⁷⁶. Une politique santé au travail, adossée en bonne partie sur l'action économique, a également été poursuivie par l'intermédiaire d'un « Programme régional Bien-être au travail en Région Nord-Pas de Calais ».

422. Concernant les actions citées dans cette partie, la spécificité de la Région NPDC n'est pas évidente. De nombreuses Régions⁹⁷⁷ ont développé des actions en faveur de la promotion de la santé, en définissant même, pour certaines, des dispositifs d'appel à projets. De la même façon, le soutien au développement de MSP est relativement répandu. Il s'agit d'ailleurs d'un des modes d'actions privilégiés des Régions⁹⁷⁸, même s'il peut recouvrir des réalités

pôles ont vu le jour aux alentours des années 2008-2010, soit concomitamment à l'instauration des ARS, qui se trouvent chargées, en pratique de leur pilotage, ainsi que de leur financement, via des fonds fléchés attribués par l'Inpes. Ce rôle de pilote a d'ailleurs été confirmé en 2017 : à la suite de la création de l'ANSP, il a été décidé de transférer l'intégralité de la gestion, que ce soit le financement comme l'autorisation.

⁹⁷⁴ INPES, « Cahier des charges des plateformes-ressources en EPS/PS : les pôles régionaux de compétences en Education pour la Santé (EPS) et Promotion de la Santé (PS), Procédure 2013-2015 », INPES, Paris, 17p.

⁹⁷⁵ En Afrique principalement (Sénégal, Madagascar, Maroc) mais aussi en Haïti.

⁹⁷⁶ Conçu sur quatre axes : 1. développement de la capacité d'actions régionales, des institutions comme des acteurs locaux en matière de santé environnementale, 2. améliorer et utiliser les connaissances des risques sanitaires liés à l'environnement pour agir sur les représentations et orienter l'action publique, 3. éviter ou limiter les sources de nuisance et les expositions humaines aux nuisances, 4. accompagner les personnes et réparer les nuisances de l'environnement sur la santé). Le Plan contient un volet santé travail.

⁹⁷⁷ PACA, Rhône Alpes, Haute-Normandie, Bretagne, Picardie, Pays de la Loire.

⁹⁷⁸ PACA, Rhône Alpes, Haute-Normandie, Picardie, Midi-Pyrénées.

différentes d'une Région à l'autre.

423. C'est principalement concernant son soutien au financement des équipements sanitaires que le NPDC a marqué son originalité.

b. Une intervention originale : le soutien aux équipements hospitaliers

424. La mobilisation de la Région s'est dans un premier temps matérialisée, et c'est là l'une de ses caractéristiques fortes, par une forte orientation équipementière. La volonté de la collectivité était, par le biais de subventions d'investissements, de moderniser le dispositif hospitalier régional.

Un programme d'équipement des maternités et des services de néonatalogie, de remise à niveau des plateaux techniques des centres hospitaliers généraux et de modernisation du Centre Hospitalier Régional Universitaire de Lille (CHRUL) a ainsi vu le jour dans le cadre d'un contrat d'objectifs liant État et Région.

Ce programme a perduré jusqu'en 1996 et la mise en place des ARH. À partir de cette date, le conseil régional est intervenu plus ponctuellement en aidant au financement de gros équipements d'intérêt régional, notamment à partir de 2005, dans le domaine du diagnostic et du traitement du cancer en aidant les grands hôpitaux régionaux⁹⁷⁹ (CHRUL, Boulogne, Béthune, Valenciennes) à acquérir du matériel lourd⁹⁸⁰.

425. C'est ensuite au travers d'un Plan régional cancer que la Région a poursuivi son investissement.

Tirant un constat « persistant et alarmant »⁹⁸¹ de la situation régionale face au cancer, la Région a souhaité mettre en place un Plan régional de lutte contre le cancer. Il poursuivait quatre objectifs principaux : réduire la mortalité prématurée, améliorer la qualité de vie des patients, réduire les inégalités sociales et géographiques d'accès aux soins et faire évoluer le

⁹⁷⁹ CHRUL, CH Boulogne, CH Béthune, CH Valenciennes.

⁹⁸⁰ Scanner, tomographe à émission de positons, IRM.

⁹⁸¹ REGION NPDC, « La santé des habitants : un enjeu permanent pour le Nord Pas-de-Calais, séance plénière du 10 février 2006 », p. 9.

rapport à la maladie. Ces objectifs, chacun déclinés en cinq objectifs opérationnels : rénover la prévention, renforcer le dépistage, améliorer l'accès aux soins par un renforcement des équipements lourds de diagnostic et de radiothérapie, renforcer l'accompagnement des malades et de leur famille⁹⁸², et contribuer à la recherche.

Le conseil régional a souhaité prolonger dans ce cadre son soutien au financement d'équipements de diagnostic. Ce soutien a trouvé à se réaliser par une participation à l'ARH, encadrée par une convention avec l'Agence rendue possible par la loi de 2004⁹⁸³ prévoyant ce type d'expérimentation. Le volet « offre de soins » du Plan cancer, prévoit ainsi une participation de la collectivité au financement et à la réalisation d'équipements sanitaires à hauteur de 48 millions d'euros en subventions d'investissements sur la période 2006-2009, destinée entre autres à renforcer le parc d'équipements lourds. Effort « important et unique en France », cet investissement doit de plus faire profiter la Région d'un « effet levier » en entraînant une augmentation de l'intervention nationale dans le NPDC, notamment par le biais d'une augmentation des autorisations d'équipements sur le territoire. L'investissement a été poursuivi après 2009 et la disparition des ARH, toujours dans le cadre du Plan cancer⁹⁸⁴.

Et, même si l'évolution n'est évidemment pas à porter au seul crédit de l'assemblée régionale, « l'effet levier », revendiqué par elle, de son action volontariste, semble bien avoir prouvé son efficacité. Le délai moyen d'accès à une IRM en NPDC est désormais le plus court de France⁹⁸⁵, et le taux d'obtention⁹⁸⁶ d'un rendez-vous est le plus important. Cela s'explique en grande partie par la progression de l'équipement régional : la Région présente aujourd'hui le plus fort taux d'équipement du pays⁹⁸⁷.

⁹⁸² Notamment en développant dans la Région des Espaces Ressources Cancers (ERC). Il s'agit d'espaces uniques en France, en général adossés à un CH, ayant pour but d'améliorer l'écoute et l'accompagnement, dans sa globalité, de la personne atteinte d'un cancer et de son entourage.

⁹⁸³ Loi n° 2004-809 du 13 août 2004, *op.cit.*

⁹⁸⁴ Pour un investissement à hauteur, en moyenne, de dix millions d'euros par an. 335 équipements sanitaires ont été soutenus par la Région entre 2006 et 2013, pour une aide à hauteur de 106 millions d'€. L'investissement s'est poursuivi, avec moins d'intensité sur la période 2013-2015.

⁹⁸⁵ 20,6 jours pour une moyenne à 30,3 jours. La Région atteint donc déjà quasiment les objectifs du Plan cancer national, fixés à un maximum de 20 jours de délai moyen.

Source :

DETOURNAY Bruno, « Les insuffisances en matière d'équipements d'imagerie médicale en France : étude sur les délais d'attente pour un rendez-vous IRM 205 – Etude pour Imagerie Santé Avenir », CemkaEval, 2015, Bourg la Reine, 28p.

⁹⁸⁶ 90%, pour une moyenne à 67,2%. En 2005, ce taux était de 54,5% en NPDC, et de 41,3% à l'échelle nationale.

⁹⁸⁷ 15,8 IRM par million d'habitants. Pour une moyenne de 11,9 au niveau national.

426. La Région s'est également fixée pour but, dans le cadre du Plan cancer, de participer aux actions de sensibilisation auprès des populations à risques élevés, de mettre en œuvre un dépistage systématique du cancer de la prostate, et d'instaurer un suivi du dépistage⁹⁸⁸. Ce programme a de plus trouvé à s'incarner par une « Semaine de mobilisation face aux cancers Nord-Pas-de-Calais », de 2007 à 2015, permettant de mobiliser chaque année les acteurs de santé du territoire. Cette intervention, dans le cadre d'un programme structuré, thématique, et développant une action globale et ciblée, est l'une des spécificités de l'intervention du NPDC. Il en a été de même vis-à-vis du CHRUL, pivot de l'organisation hospitalière régionale, avec lequel un partenariat renforcé a été développé.

427. Par ailleurs, la Région a également investi dans l'enseignement supérieur et la recherche. La Région s'implique également dans la recherche au travers du « Cancéropôle Nord-Ouest⁹⁸⁹ », du laboratoire de santé publique de Lille II, de la structuration d'une Maison Régionale de Recherche Clinique⁹⁹⁰, et a lancé, de 2013 à 2015, un appel à projets en recherche clinique⁹⁹¹. La collectivité s'est également investie dans la mise en place d'un Registre national des cancers. Concernant l'enseignement supérieur, la Région, dans une perspective d'aménagement du territoire, a fortement contribué au maintien du dispositif. Cette intervention, inscrite dans une perspective d'aménagement du territoire, a été réalisée en cohérence avec les autres actions visant à lutter contre les inégalités territoriales de santé et d'accès aux soins : bourses à destination des assistants à temps partagés⁹⁹² et chefs de cliniques régionaux⁹⁹³, et incitations financières pour les internes en médecine générale

⁹⁸⁸ Par la création d'un carnet de dépistage.

⁹⁸⁹ Les sept « Cancéropôles » ont été créés à l'occasion du Plan Cancer (national) 2003-2007, dans le but de structurer et coordonner la recherche en cancérologie.

⁹⁹⁰ Localisée au CHRUL et ayant pour but d'aider et accompagner le développement de projets de recherche.

⁹⁹¹ Recherche clinique dans les établissements de santé en région Nord-Pas de Calais.

⁹⁹² Les assistants à temps partagé sont des jeunes spécialistes partageant leur activité entre le CHRU Lille et un autre CH de la région pendant deux ans. Dispositif initié par l'Etat et l'Assurance Maladie, la Région, à partir de 2008, est venue en renforcer l'attractivité par une prime de territoire pour les participants exerçant à plus de 100 kms du CHRU Lille, ainsi qu'une prime de spécialité pour ceux exerçant une activité liée à la cancérologie.

⁹⁹³ Dispositif expérimental créé par la Région en 2009 après autorisation du Ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, il propose aux volontaires de partager leur activité entre le CHRU Lille et un autre CH afin de renforcer les équipes médicales, de mieux couvrir les centres hospitaliers de l'ensemble des territoires du NPDC ayant une activité liée à la cancérologie, de proposer des postes plus attractifs alliant activités cliniques, de recherche et d'enseignement, tout en permettant un meilleur encadrement des internes affectés dans ces CH sous-dotés.

réalisant leur stage ambulatoire de soins primaires en autonomie supervisée⁹⁹⁴.

428. En développant une politique sanitaire propre, la Région NPDC a ainsi défini une typologie d'interventions présentant des originalités assez marquées. Du point de vue des élus régionaux, cette prise en compte de la question sanitaire a été rendue nécessaire par la situation particulièrement sinistrée, sur le plan des indicateurs santé régionaux. Elle permettait également de remplir les missions incombant à la Région du fait des responsabilités à sa charge, et des compétences qui ont pu lui être octroyées dans le cadre des transferts légaux opérés à l'occasion des différents actes de la décentralisation.

429. Toutefois, l'absence de compétence légale en la matière a imposé à la Région de définir une méthodologie d'intervention prenant en compte ce contexte juridique particulier.

§2. Le cadre juridique de l'intervention régionale : la contractualisation

430. Outre les actions soutenues, ce sont les modalités juridiques de cette action qui présentent un intérêt particulier. La Région a dû trouver une manière d'articuler son intervention, afin de pallier l'absence de compétences d'attribution en la matière.

Elle a ainsi dû appuyer son action sur un certain nombre d'outils, principalement contractuels, permettant, de l'inscrire en cohérence, en complément, ou bien, parfois, en opposition aux actions développés par les autres collectivités, par l'Assurance maladie, ou par les organes déconcentrés de l'Etat.

Cet effort particulier de contractualisation, d'abord orienté vers l'Etat puis vers l'ARH (A),

⁹⁹⁴ SASPAS. L'objectif est de favoriser la pratique du stage en zones fragilisées en offre de soins de premiers recours, définies par le SROS. Dispositif incitatif, il vise à favoriser les déplacements dans les zones à risque de désertification médicale.

Un dispositif similaire sera développé par la Région Centre, autour d'un plan « urgence santé » de lutte contre la désertification médicale.

s'est également porté vers les acteurs régionaux et locaux (B).

A. Une démarche de contractualisation à destination de l'Etat et de ses satellites

431. C'est d'abord auprès d'outils contractuels négociés avec l'Etat que la Région a abrité son intervention (1). Une fois la démarche de régionalisation de l'administration sanitaire amorcée, par la création des ARH, le conseil régional du NPDC a pu affirmer encore plus fermement son souhait d'investir le champ sanitaire. En effet, en conventionnant avec l'ARH, la Région a été la seule à s'engager dans l'expérimentation offerte par la loi de 2004 (2).

1. La contractualisation avec l'Etat : le CPER

432. Si la Région, du fait de son peu de compétence en la matière, a dû construire son intervention en cohérence avec les autres intervenants, elle l'a fait tout particulièrement avec l'Etat. C'est là aussi dans un cadre conventionnel, dans un premier temps adossé à l'inscription d'un volet santé dans les contrats de Plan, et ce dès la première génération de CPER en 1984, que cela s'est mis en œuvre.

Sur la période 2000-2006, la quatrième génération de contrat prévoyait à ce titre un financement global État-Région de plus de 80 millions d'euros, la Région s'engageant à hauteur de 23 millions, et l'État pour plus de 57 millions.

Les leviers financiers dégagés dans ce cadre partenarial étaient principalement fléchés vers les premiers PRS, que la contribution de la Région, partenaire de ces programmes, venait renforcer. Mis en place à partir de 1999, ils ont été validés par la CRS, institution à laquelle la Région participe, et ont permis de dégager des priorités régionales de santé⁹⁹⁵ (cancers, maladies cardio-vasculaires, conduites de consommation à risques, santé des enfants et des jeunes, accès aux soins des populations précarisées, santé et environnement). Le Conseil Régional et l'État, principaux financeurs du plan, *via* le CPER, participent chacun à hauteur

⁹⁹⁵ Au nombre de six : cancers, maladies cardio-vasculaires, conduites de consommation à risque, santé des enfants et des jeunes, accès aux soins des populations précarisées, santé et environnement.

de 15 millions d'euros sur sept ans⁹⁹⁶.

433. Mais c'est en se lançant dans la possibilité d'expérimentation offerte par la loi de 2004 que l'action de la Région Nord-Pas de Calais, là aussi dans un cadre conventionnel, s'est particulièrement démarquée.

2. L'expérimentation avec l'ARH

434. En effet, en application de l'article 70 de la loi 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales, le conseil régional a souhaité s'engager dans l'expérimentation lui permettant, en contrepartie de sa participation, d'obtenir un tiers des voix de la commission exécutive de l'ARH. Autorisée par le décret du 3 avril 2006⁹⁹⁷, puis signée le 4 mai 2007 et recouvrant la période 2006-2009, la convention⁹⁹⁸ entre la Région et l'ARH prévoit une participation de la collectivité à hauteur de 48 millions d'euros en subventions d'investissements, destinée entre autres à renforcer le parc d'équipements lourds. Effort « important et unique en France à ce jour »⁹⁹⁹, cet investissement doit de plus faire profiter la Région d'un « effet levier » en entraînant une augmentation de l'intervention nationale dans le NPDC. L'accord prévoit également une participation du conseil régional, comprise entre 150 000 et 310 000 euros par an au fonctionnement de l'ARH.

Première, et seule Région, à s'engager dans un tel dispositif, le conseil régional entend prendre ainsi « toute sa place dans l'exercice de la démocratie sanitaire du NPDC », et « réduire les inégalités de santé et d'accès à l'offre de soins ». C'est aussi pour la Région l'occasion de « participer concrètement aux décisions relatives à la mise en œuvre de la politique régionale » tout en assurant une « cohérence globale avec celui de l'ARH, dans le volet hospitalier »¹⁰⁰⁰. Ce positionnement devrait permettre de lester le poids de la Région

⁹⁹⁶ Le budget est prévu au contrat de plan 2000-2006.

⁹⁹⁷ 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.

⁹⁹⁸ « Convention 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 », Région NPDC et ARH.

⁹⁹⁹ La santé des habitants : un enjeu permanent pour le Nord Pas-de-Calais, Région NPDC, séance plénière du 10 février 2006, p. 26.

¹⁰⁰⁰ Préambule de la convention.

dans les discussions autour des SROS. Cela permettrait de rendre plus audible la politique d'organisation territoriale défendue par la Région. La convention prévoit ainsi que la Région soit « directement et pleinement associée aux travaux d'élaboration et de suivi » de certains volets du SROS¹⁰⁰¹, ainsi qu'aux « groupes régionaux constitués par l'ARH pour contribuer aux stratégies régionales relatives à ces sujets »¹⁰⁰².

Outre les engagements financiers de la Région concernant le soutien aux équipements¹⁰⁰³, la convention prévoit¹⁰⁰⁴ une participation annuelle au budget de fonctionnement de l'ARH, en complément de celle versée par l'Etat, ainsi que la mise à disposition d'un agent auprès du directeur de l'Agence¹⁰⁰⁵.

435. Elle prévoit également les modalités concrètes, et les instances, sur lesquelles repose cette collaboration. La convention prévoit logiquement, en application de la loi de 2004 autorisant l'expérimentation, l'ouverture de la Commission exécutive de l'Agence aux représentants de la Région. A parité avec les représentants de l'Etat et de l'Assurance Maladie, elle reçoit ainsi un tiers des sièges et des voix, dévolus à des élus régionaux¹⁰⁰⁶.

Mais la convention va au-delà de cette condition légale prévue par la loi de 2004, en instaurant un comité technique¹⁰⁰⁷, organe pivot de la collaboration entre l'ARH et la Région.

Constitué de techniciens des deux structures, son secrétariat est assuré par le service santé du conseil régional. Il est chargé de suivre l'expérimentation et l'exécution de la convention. Ses missions sont de proposer la programmation financière annuelle, instruire les dossiers, de réaliser le suivi budgétaire et le suivi des projets, ainsi que d'élaborer les rapports annuels et finaux d'évaluation de la convention.

¹⁰⁰¹ Les volets concernés sont : « prise en charge des personnes atteintes d'un cancer », « télésanté », « démographie médicale »

¹⁰⁰² Titre II art.1

¹⁰⁰³ 48 millions d'euros en subvention d'investissements sur la période de la convention. Article 5 : contribution de Titre III. La Région atteindra 112% de cet objectif.

¹⁰⁰⁴ La convention prévoyait également la possibilité de conclure une annexe concernant les maisons médicales de gardes et les maisons de santé pluridisciplinaires. Elle n'a finalement pas vu le jour.

¹⁰⁰⁵ Cette contribution est comprise entre 150 000 et 310 000 euros, et révisable chaque année. Titre III, article 6, Contribution de la région au fonctionnement de l'ARH

¹⁰⁰⁶ Alinéa 3 : Lorsque la convention a été signée, la commission exécutive de l'agence régionale de l'hospitalisation comprend par tiers, outre les représentants de l'Etat et les représentants administratifs et médicaux des organismes d'assurance maladie mentionnés à l'article L. 6115-7 du code de la santé publique, des représentants de la région désignés par le conseil régional en son sein, au scrutin de liste à la représentation proportionnelle à la plus forte moyenne, sans panachage ni vote préférentiel. En ce cas, il n'est pas fait application du quatrième alinéa dudit article.

¹⁰⁰⁷ Titre II, Art. 3 Les modalités de mise en œuvre de la contribution du Conseil régional

Le comité technique, qui se réunit au moins quatre fois par an, est ainsi la véritable cheville ouvrière du dispositif. En pratique, ce comité, composé de dix personnes et normalement réservé aux techniciens, réunissait, outre le directeur général de l'ARH, le vice-président « prévention et santé » du conseil régional, ainsi qu'un membre du cabinet présidentiel¹⁰⁰⁸. De par sa composition, ce comité technique ressemble plus, dès lors, à l'organe réel de pilotage de cette expérimentation unique.

436. L'adoption de cette convention, « petite révolution dans la démocratie sanitaire »¹⁰⁰⁹, ne s'est pourtant pas faite sans heurts.

437. Concernant la Région, a précédé à la décision de prendre part à l'expérimentation, l'inscription de cette question dans le cadre de débats et de questionnements menés par l'Association des Régions de France. Les membres de l'Association ont ainsi pu regretter la complexité de l'expérimentation, ainsi que le peu de réponses apportées par le ministère de la santé sur la manière d'organiser le partenariat. Le très relatif zèle de l'Etat, dont témoigne le délai de deux ans qui a été nécessaire entre l'adoption de la loi et le décret ayant finalement autorisé l'expérimentation, n'a pas contribué à encourager les Régions volontaires¹⁰¹⁰, et parfois bien en peine de mettre en œuvre leurs nouvelles compétences¹⁰¹¹.

En interne les débats ont également existé, le groupe communiste allant même jusqu'à refuser de voter la délibération autorisant la signature de la convention.

¹⁰⁰⁸ Personnel administratif, au sens juridique, mais aux fonctions politiques.

¹⁰⁰⁹ Michel Autès, vice-président de la Région, cité par Les Echos :

Source :

https://www.lesechos.fr/07/05/2007/LesEchos/19913-019-ECH_le-nord-pas-de-calais-monte-dans-l-agence-regionale-d-hospitalisation.htm

Consulté le 15/11/2016

¹⁰¹⁰ « Une petite douzaine d'entre elles était tentée. », se souvient Michel Autès.

Source :

https://www.lesechos.fr/07/05/2007/LesEchos/19913-019-ECH_le-nord-pas-de-calais-monte-dans-l-agence-regionale-d-hospitalisation.htm

Consulté le 15/11/2016

¹⁰¹¹ La possibilité d'expérimentation intervenait notamment en même temps que le transfert des techniciens, ouvriers et personnels de service des lycées, opération chronophage et financièrement coûteuse. Par la suite, la baisse des dotations n'encouragera pas plus les Régions à s'engager sur le champ des équipements. Nous citerons par exemple ce témoignage du directeur général des services de la Région Aquitaine, ayant pourtant développé par ailleurs une politique de santé : « pour tout ce qui est financement des équipements, de l'hôpital, ou le reste, on a les deux pieds sur le frein. On a des moyens limités et on couine en permanence, sur la perte de nos ressources fiscales. On a peur de ce qui peut se passer ». Cité par MONNEREAUD Lise, *op.cit.*

Mais les blocages ont également été le fait de l'ARH elle-même, et plus particulièrement des représentants de l'Assurance Maladie au sein du comité exécutif, et principaux financeurs¹⁰¹². La Région a dans un premier temps dû revoir sa contribution financière à la hausse, afin de se placer au même niveau que celle de l'Etat et légitimer de ce fait l'obtention d'un tiers des sièges. Mais ce surcroît d'effort n'a pas convaincu, dans un premier temps, les représentants de l'Assurance maladie, à tel point que la première version de la convention a d'abord été refusée par le comité, avant d'être finalement approuvée et signée le 4 mai 2007. Les élus régionaux firent donc leur entrée au sein de l'ARH dès le comité exécutif du 19 juin 2007.

438. D'un point de vue institutionnel, l'évaluation, menée par la Région, de l'expérimentation a mise en évidence sa relative efficacité, conduisant à envisager positivement cette expérience. Si les lignes directrices de la stratégie régionale n'ont toutefois pas été bouleversées, la participation des élus¹⁰¹³ au comité exécutif a permis de faire entendre une voix différente, peut-être plus en phase avec les réalités des territoires impactés par les décisions de l'ARH. Elle a aussi permis une acculturation réciproque : les représentants de l'Etat et de l'Assurance Maladie ont ainsi pu développer une vision plus politique de ces questions, tandis que les élus ont pu se familiariser à la technicité des dossiers abordés et, généralement, à la santé. Cependant, la non-participation de l'Assurance Maladie au comité technique, instance ayant facilité les échanges et joué un rôle important dans la préparation et l'instruction des différents dossiers, n'a sans doute pas permis de lever les inquiétudes et doutes initiaux émis par ses représentants quant à une participation de la collectivité régionale à l'organisation de l'offre de soins.

439. Mais, au-delà de ces enseignements institutionnels, l'expérimentation avec l'ARH est considérée, par les agents du conseil régional, comme *l'âge d'or* de l'intervention régionale en matière d'équipements sanitaires. Le rapport direct avec les agents de l'ARH, ainsi que le travail en commun, dans le cadre d'un partenariat institutionnel et conventionnel bien cadré et octroyant une place significative à la Région, a grandement concouru à un travail technique

¹⁰¹² Daniel Percheron tout en remarquant cet état de fait, a pu faire part de sa déception vis à vis des partenaires sociaux : « Bien sûr l'Etat n'est pas le principal financeur de l'ARH et de la santé, c'est l'Assurance-maladie qui finance. L'Etat est pourtant massivement présent et c'est tant mieux. Mais je suis un peu déçu par l'attitude des partenaires sociaux ». CP du 3 juillet 2006.

¹⁰¹³ Même si la participation des élus, sur l'ensemble de la période de la convention, s'élève à 42%.

efficace, pertinent, cohérent, et concerté. D'autant plus que les objectifs sanitaires poursuivis ont été globalement atteints.

440. Toutefois, l'Etat, et l'ARH n'ont pas été les seules cibles de cette stratégie de contractualisation. Celle-ci s'est également développée avec les acteurs locaux et les collectivités.

B. Une démarche de contractualisation à destination des acteurs associatifs et des collectivités territoriales

441. La collectivité régionale a défini son action dans le cadre de rapports conventionnels, s'incarnant par le développement d'outils inspirés de ceux mis en place par l'Etat pour gérer ses rapports avec ses partenaires. De ce point de vue la Région s'est pleinement inscrite dans le mouvement général promouvant la contractualisation comme un élément essentiel des rapports institutionnels.

Dans le champ de la prévention, la Région, appuyant son action sur un réseau de grands opérateurs régionaux associatifs, a ainsi progressivement conventionné avec eux, en définissant des Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens pluriannuels, permettant de développer une perspective politique à moyen terme. Cependant, la nature contractuelle doit ici aussi être observée avec une certaine prudence. Le contenu de l'engagement contractuel, limité mécaniquement par le principe d'annualité budgétaire auquel sont soumises les collectivités, ne permet pas de rendre véritablement effective la partie « moyens » de ces CPOM. La position privilégiée de la Région dans la négociation vis à vis de ces acteurs associatifs, aux équilibres financiers en général assez précaires, influe également de manière évidente sur le contenu des contrats. A une logique expertale, apportée par ses structures, les CPOM ont ainsi contribué à substituer une logique s'approchant plus de la commande politique, si ce n'est publique. Les conventions ressemblent dès lors plutôt à des documents de principe, à des conventions de cadrage, fruits d'un compromis entre les attentes de la Région et la manière dont la structure se propose d'y répondre, tout en contrebalançant les concessions consenties de l'engagement moral de la collectivité. Car en effet ces CPOM devront s'appuyer quoi qu'il en soit sur le vote de délibérations annuelles prévoyant le soutien

des structures, et le maintien de leur accompagnement financier. Le *M maudit* du CPOM est à ce prix.

C'est d'ailleurs l'appellation de convention cadre¹⁰¹⁴, plus fidèle au contenu, qui a été retenue pour identifier l'instrument contractuel liant la Région et le CHRUL à partir de 2009, et pour une durée de deux ans. Elle sera renouvelée en 2012.

442. La contractualisation a également été mobilisée vis-à-vis des autres niveaux de collectivités régionales. Une Charte de partenariat pour la promotion et l'amélioration de la santé des habitants du Nord et du Pas de Calais a été conclue avec les conseils généraux des deux Départements en 2006, puis reconduite en 2009. C'est dans ce cadre que s'est inscrite une bonne partie de l'action de la Région en matière de promotion de la santé, notamment par un dispositif d'appel à projets concerté avec les deux Départements de 2006 à 2012.

443. La Région a ensuite cherché à développer cette approche contractuelle avec les autres collectivités de son territoire. C'est vers les intercommunalités¹⁰¹⁵ que l'effort s'est porté, principalement à partir de 2013. Cela a pris la forme de convention reprenant l'ensemble des politiques communes entre la Région et les intercommunalités concernées¹⁰¹⁶, et comportant donc un volet santé.

444. Nous l'avons vu, au cours de sa jeune existence, la Région NPDC a développé, alimenté et fait évoluer une action sanitaire originale, hors compétences, et ayant fait preuve d'une certaine efficacité. Celle-ci a pu s'arc-bouter sur des constructions juridiques mettant en

¹⁰¹⁴ Le terme CPOM aurait également pu poser un autre problème : celui de la différenciation de l'action régionale vis-à-vis, principalement, de l'État. Le CPOM, dans le contexte hospitalier, est l'outil pivot instaurant les rapports entre l'hôpital et sa tutelle. Cette problématique sémantique a également rejaiilli au moment où la Région a souhaité se doter d'un plan d'actions en santé au travail. Tout en maintenant un travail concerté avec l'État et la Direccte, il a fallu se démarquer du Plan régional de santé au travail. L'appellation « Programme Bien-être au travail en Région Nord-Pas de Calais » a ainsi été retenue.

¹⁰¹⁵ La perte d'influence de la Région, consécutive à la disparition de l'ARH, a en effet poussé les élus régionaux à revoir leurs modalités d'action. Daniel Percheron le présentait ainsi : « le partenariat avec les communautés d'agglomération, les communautés de Communes et l'intercommunalité est véritablement la voie qu'il faut explorer, car, là aussi, si les territoires s'impliquent davantage, à un niveau raisonnable, nous pourrions faire bouger les lignes, en milieu rural notamment », CP du 9 mai 2011

¹⁰¹⁶ Cela s'inscrit dans une stratégie régionale transversale : le développement social durable des territoires.

évidence la coloration partenariale du conseil régional.

L'instauration, par la loi HPST des ARS, est ensuite venue considérablement rebattre les cartes et les modalités d'intervention de la collectivité régionale. Celle-ci a alors dû se reconfigurer pour trouver sa place dans un système ayant évolué vers la voie de la régionalisation.

Section 2. La Région Nord-Pas de Calais et la régionalisation de la santé : reconfiguration de l'intervention et espoirs déçus

445. L'action de la Région NPDC, articulée autour de rapports établis et de liens assez forts avec les intervenants du champ sanitaire, va se retrouver paradoxalement remise en cause et bouleversée par la régionalisation de la santé. Avec la loi HPST, la Région NPDC perd, de droit, la place spécifique qu'elle s'était faite. Dès lors, ses modalités d'intervention ont dû être repensées (§1).

Cela étant, cette intervention a contribué à développer et affermir une voix particulière, ainsi qu'une manière d'envisager la santé, parfois distincte de celle des institutions en charge de la question, et incitant les élus régionaux à revendiquer une place spécifique dans l'organisation locale du système sanitaire. L'investissement de la Région sur cette politique volontariste pourrait dès lors contribuer à alimenter une revendication décentralisatrice émanant du territoire régional (§2).

§1. Une intervention régionale au défi de la régionalisation de la santé

446. La loi HPST marquera un premier tournant dans l'action du Conseil régional du NPDC. Alors que commençait à se dessiner un mode d'action commun avec l'Etat et l'Assurance maladie, la mise en place des ARS a largement compliqué les rapports institutionnels. De ce point de vue, la disparition de tout cadre légal permettant d'organiser la concertation a grandement contribué à brouiller les cartes de l'intervention régionale, qui a dû s'y adapter (A). Parallèlement, l'application d'un cadre juridique national nouveau sur une réalité territoriale et locale présentant ses caractéristiques propres n'a pas permis, comme c'est souvent le cas, de maintenir et développer des rapports sereins et efficaces entre la Région et ses partenaires (B).

A. La Région et l'ARS : la reconfiguration des modalités de l'action commune

447. La mise en place des ARS a mis fin à la possibilité de différenciation territoriale, sur une base légale. La place résiduelle laissée aux collectivités et à la Région, ainsi que la fin de la possibilité d'expérimentation ouverte par la loi de 2004 a conduit les élus régionaux à revoir les modalités de leurs actions en matière de santé.

Car l'expérience spécifique du NPDC n'aura finalement pas pesé bien lourd dans le changement de donne institutionnelle, consécutif à l'adoption de la loi HPST (1). Dès lors, Régions et ARS ont dû développer de nouvelles méthodes de travail en commun prenant en compte cette réalité particulière (2).

1. Le changement de donne institutionnelle

448. L'implication de la région en matière de santé avait contribué à fonder, chez les élus régionaux, l'espoir d'une régionalisation de la santé décentralisatrice et impliquant plus avant les collectivités territoriales aux processus décisionnels¹⁰¹⁷. Dans le cadre des discussions et consultations de préfiguration des ARS, les Régions, NPDC en tête, avaient fait entendre leur voix : « si l'on veut que la création des agences soit l'occasion de refonder une véritable démocratie sanitaire à travers une régionalisation de la gouvernance du système de soin et de la santé publique, les élus des territoires, au titre de la compétence de l'aménagement du territoire, doivent être associés au pilotage de ces Agences qui ne doit pas être laissé au seul tête à tête de l'Etat et de l'Assurance Maladie »¹⁰¹⁸.

L'expérience du Nord-Pas de Calais n'aura pourtant pas pesé lourd dans les débats autour de la régionalisation de la santé. Avec la mise en place de l'ARS, le Nord-Pas de Calais a regagné la place occupée par l'ensemble des Régions françaises. Le partenariat au long cours, qui avait trouvé en l'expérimentation de la loi de 2004 une évolution logique, s'est trouvé mis à mal par la mise en œuvre de la loi HPST. Daniel Percheron, président de Région de l'époque le résumait ainsi : « nous étions institutionnellement au cœur de l'ARH, nous sommes désormais un parmi d'autres au sein de l'ARS »¹⁰¹⁹.

Les élus régionaux, quelle que soit la situation géographique de leur siège dans l'hémicycle régional, ont eux aussi regretté ce qui aura été considéré comme peu satisfaisant du point de vue de la démocratisation de la santé, puisque conduisant à la marginalisation des élus du territoire¹⁰²⁰, et annonçant « une recentralisation des politiques de santé »¹⁰²¹ mettant à mal les marges de manœuvre régionale. Dès la consultation des premiers projets de textes préfigurant

¹⁰¹⁷ « Tout comme nous avons été pionniers en matière de prise de compétence dans le domaine de la santé, nous aurons certainement, de ce fait, une Agence régionale de la santé extrêmement efficace et opérationnelle dans sa mise en place. Nous prouverons ainsi que la décentralisation, quand elle est bien menée, bien préparée, quand elle a été précédée par une phase expérimentale, s'avère particulièrement efficace. », Jean-François Rapin, Groupe « L'Opposition régionale », SP du 15 au 17 novembre 2008.

¹⁰¹⁸ Lettre du 20 novembre 2007, adressée par Michel Autès, vice-président « Prévention et santé », à Alain Rousset, président de l'ARF. Alain Rousset transmettra par la suite les craintes relayées par Michel Autès à Roselyne Bachelot-Narquin, alors Ministre de la Santé, de la Jeunesse et des Sports.

¹⁰¹⁹ SP du 15 au 17 décembre 2010.

¹⁰²⁰ « Voilà la place qu'on accordera aux Elus dans la nouvelle architecture ! (...) Ce schéma est démocratiquement peu satisfaisant (...), les élus du territoire seront très marginalisés dans la future gouvernance des ARS », Michel Autès, VP du CR NPDC, SP du 22 mai 2008.

¹⁰²¹ « Mais nos engagements sont parfois remis en cause, par exemple par la création des agences régionales de santé qui annonce une recentralisation des politiques de santé », Mélanie Disdier, Groupe « Réunir », SP du 16 au 18 décembre 2009.

de la mise en place des ARS, les élus de tout bord ont ainsi marqué leur inquiétude vis-à-vis de ce qui, selon eux, tout en marquant une évolution dans l'organisation de l'administration sanitaire, appelée de leurs vœux, comportait le risque d'un « recul en matière de décentralisation »¹⁰²². Les édiles régionaux redoutaient, avec l'adoption de la loi HPST, une reprise en main étatique, par les ARS, et une mise au ban des autres composantes de la galaxie composant la démocratie sanitaire. Ce sont d'ailleurs les rires de l'Assemblée qui avaient accueilli la parole d'une directrice adjointe de l'Agence, considérant que la définition de la politique régionale de la santé, à la charge de l'ARS, se faisait « en concertation très large avec les partenaires et pas de façon autoritaire »¹⁰²³.

449. Ainsi la mise en place de l'ARS va conduire la région à devoir une nouvelle fois réinventer les conditions de son intervention. C'est ainsi que le définissait Daniel Percheron en commission permanente : « il faudra trouver notre place [...] dans notre volonté d'avancer au sein de l'ARS ou à côté de cette Agence régionale de santé »¹⁰²⁴.

¹⁰²² « Pour rester sur la question de la démocratie sanitaire, nous pouvons regretter aussi, ce que je dis souvent, ce que je clame souvent, que nous n'ayons plus les relations que nous avons auparavant avec l'ARH. Nous avons nous-mêmes souhaité, en son temps, cette évolution, mais nous l'avions vue comme une évolution et aujourd'hui, certains éléments du texte nous inquiètent, en particulier pouvant sembler un recul en matière de décentralisation, voire de démocratie sanitaire, mais laissons œuvrer les parlementaires de la nation et nous verrons le texte qui en sortira. » SP 15-17 novembre 2008, Jacques Richir, groupe « Union pour la démocratie française ».

¹⁰²³ « Elle la définit en concertation très large avec les partenaires et pas de façon autoritaire. (rires) » Véronique Yvonneau, DG adjointe ARS NPDC, SP du 3 juillet 2013.

¹⁰²⁴ « L'ARS va banaliser les élus, notamment les élus régionaux, et il faudra trouver notre place dans le plan anti-cancer, dans notre volonté d'avancer au sein de cette ARS ou à côté de cette Agence Régionale de Santé qui va être rapidement proposée au Parlement. », CP du 26 mai 2008.

2. Une logique contractuelle mise à mal...mais renouvelée

450. Face au contexte régional particulier et à l'implication des collectivités, et tout particulièrement de la Région, d'ailleurs saluée par certains de ses dirigeants¹⁰²⁵, la nouvelle Agence en charge de l'administration du secteur sanitaire a d'abord cherché à composer avec ces acteurs spécifiques.

Au partenariat avec l'ARH encadré par le dispositif d'expérimentation prévu par la loi, s'est substitué un travail de concertation renforcé, en dehors de tout cadre réglementaire, et accompagné du redéploiement de dispositifs contractuels.

Ainsi un comité de liaison Région-ARS a été créé afin d'encourager la cohérence des actions de chacune de ces deux institutions. Sans composition précise, puisque hors cadre légal et réglementaire, ce comité regroupe des représentants de chacune des structures. Pour le Conseil régional, ont pu participer à ce comité le vice-président de la Région en charge de ces questions, un membre du cabinet de la présidence de Région, et le directeur du service santé accompagné, selon les besoins et thématiques abordés, de chargés de mission du service. Pour l'ARS, les participants étaient, selon les réunions, le DGARS, le DG adjoint chargé des questions de prévention, et les délégués territoriaux, directeurs de services, ou chargés de mission concernés par les sujets abordés.

451. Cette institutionnalisation relationnelle s'accompagnait bien évidemment d'un travail technique informel, entre les agents des deux structures, afin de coordonner leurs actions communes. Par exemple, l'appel à projets prévention des deux structures, qui a connu de 2012 à 2015 différentes modalités, a nécessité de nombreux échanges. Portant tantôt sur des thématiques partagées, tantôt sur des thématiques différentes, cet appel à projets témoigne d'un partenariat qui n'aura jamais vraiment connu de stabilité.

¹⁰²⁵ Nous citons Jean-Yves Grall, deuxième DG de l'ARS NPDC de septembre 2013 à septembre 2016 : « Il faut d'abord saluer la part prise par les collectivités territoriales dans la dynamique santé, et depuis longtemps, notamment le conseil régional. C'est une des seules régions où la prise en compte est aussi forte, en particulier sur le cancer. » *in*, Eco 121, n°40, avril 2014, p. 27.

452. Mais c'est principalement en renouvelant l'effort de contractualisation avec l'Etat, ou plus exactement avec ses satellites que la Région a tenté de reconfigurer son action.

La Région a d'abord été signataire, en janvier 2012, du Plan Régional Social et Environnemental avec les services déconcentrés de l'Etat et l'ARS NPDC. Déclinaison régionale du Plan National Santé Environnement, l'un des enjeux de ce Plan était notamment d'améliorer les connaissances en santé environnement, en prévoyant notamment la mise en œuvre d'un appel à propositions de recherche en santé environnement.

C'est cependant, là encore, autour de son Plan cancer que la Région NPDC a marqué sa singularité, en étant la seule région à s'engager dans un programme partenarial conventionnel avec une ARS. Signé en novembre 2012¹⁰²⁶, ce plan concerté vise à regrouper au sein d'un document commun de planification contractuelle les objectifs issus du Plan National Cancer, que doit décliner localement l'ARS, et ceux du Plan cancer de la Région¹⁰²⁷. Il a pour but de diminuer les écarts, en termes d'indicateurs sanitaires entre la France et le NPDC, tout en veillant à l'équité territoriale dans une perspective d'aménagement du territoire soucieuse de lutter contre les inégalités socio-territoriales¹⁰²⁸.

453. Avec la disparition de la clause générale de compétence, les élus du Conseil régional

¹⁰²⁶ Et couvrant la période 2011-2015.

¹⁰²⁷ Le préambule du document, signé conjointement par le DGARS et le président de Région exprime la nécessité, pour mettre en œuvre un programme efficace et pertinent, d'engager une action concertée et répondant aux différents objectifs poursuivis par les institutions signataires : [...] Devant des causes multiples, seule une action coordonnée peut répondre. Nous avons donc décidé, Région Nord-Pas de Calais et ARS, d'unir nos forces pour faire reculer cette maladie, car les patients et leur famille méritent une politique de prévention et de prise en charge, humaine et globale, innovante et de qualité. Pour construire ce programme concerté, nous avons pris en compte les recommandations nationales, les récentes données épidémiologiques, reconnaissant aussi le rôle des médias et la place des associations comme des professionnels. Nous avons écouté, analysé, consulté et il nous est agréable d'exprimer notre reconnaissance à toutes celles et ceux qui ont travaillé à l'élaboration de ce plan concerté où l'on retrouve les priorités de l'ARS et de la Région, les déclinaisons territoriales nécessaires, les indicateurs de suivi et d'évaluation. » in Programme régional cancers concerté (PRC) 2011-2015 - Région / ARS Nord - Pas-de-Calais, « Préambule » .

¹⁰²⁸ Il comporte cinq axes :

- renforcer la recherche au bénéfice des patients notamment sur les cancers prioritaires de la région et développer une connaissance partagée dans ce domaine
- renforcer l'observation sur les cancers comme outil d'aide à la décision et mettre les principaux résultats à disposition des professionnels et du public
- agir sur les déterminants individuels et collectifs et favoriser le dépistage des cancers
- consolider l'offre de soins en cancérologie et garantir la qualité des prises en charge sur l'ensemble des territoires
- contribuer à une meilleure qualité de vie pour la personne atteinte de cancer et pour son entourage pendant et après le cancer.

envisageaient également d'inscrire à nouveau leur action en matière de santé dans le cadre de la sixième génération des contrats de plan¹⁰²⁹.

Car, en dehors de tout cadre légal, ce travail de concertation et de contractualisation est resté très dépendant des relations interpersonnelles, ainsi que des orientations impulsées par les différents DGARS¹⁰³⁰. Cette situation a eu un impact sur l'intensité des échanges et sur l'efficacité du partenariat entre les deux structures, même quand celui-ci avait pu être contractualisé. La perspective, longtemps ajournée mais finalement réalisée, d'une réforme des collectivités supprimant pour les Régions la clause générale de compétence, a également eu un impact certain sur les relations entre les deux structures. En effet, les discussions sur la disparition future de cette clause, et donc du moyen juridique sur lequel était fondée l'intervention régionale, ont invité, du côté de l'ARS, à reconsidérer les efforts consentis à l'égard d'un partenariat semblant, de ce point de vue, plutôt tourné vers le passé que vers l'avenir. Concernant le Conseil régional, la marge de manœuvre financière de plus en plus limitée des Régions, accompagnée des incertitudes sur la possibilité pour le Nord-Pas de Calais de maintenir son action volontariste en matière de santé, ont également contribué à atténuer la volonté de revendiquer un partenariat fort avec l'ARS. D'autant que, déjà, l'élection de François Hollande à la présidence de la République en mai 2012 avait rendu encore plus compliquée, pour l'exécutif régional, la critique de l'action de l'Etat, et donc de l'ARS¹⁰³¹.

454. Ces divers constats mettent également en lumière les difficultés d'implémenter, sur une réalité territoriale donnée et pré existante, un cadre juridique nouveau.

¹⁰²⁹ 2015-2020.

¹⁰³⁰ A ce sujet, il est possible de constater que le premier DGARS du Nord-Pas de Calais a donné plus de gages au Conseil régional, en jouant le jeu du partenariat plus franchement que son successeur, issu de la Direction générale de la santé, et ce malgré les différentes déclarations politiques vantant la qualité du partenariat régional.

¹⁰³¹ La victoire de François Hollande a engendré un alignement des colorations politiques régionales et nationales. La logique de « Région bouclier », issue de la vague rose des élections régionales de 2010, et s'inscrivant en opposition de l'action de l'Etat dans les territoires, avait vécu.

B. De la difficulté d'imposer un cadre juridique nouveau

455. L'implantation en NPDC des nouvelles ARS met en évidence la difficulté d'installer un contexte juridique nouveau à une réalité préexistante. Il ne s'agit pas ici de contester la pertinence globale de la réforme issue de la loi HPST. Car s'il est évident que les réformes font face, à chaque fois, à leurs lots de critiques, il n'en demeure pas moins que l'application locale d'un cadre national préconstruit est d'autant plus ardue lorsque se sont constitués localement des partenariats et dispositifs spécifiques. Ainsi, la loi HPST, en régionalisant l'administration de la santé, a paradoxalement mise à mal l'action de la Région, et largement compliqué les modalités de sa mise en œuvre.

456. Il s'agit d'ailleurs là d'une des difficultés régulièrement rencontrées lors de la mise en place de nouveaux cadres juridiques nationaux. Dans certains cas, leur application locale s'est heurtée à la situation spécifique du NPDC, et à l'implication particulière de son conseil régional.

C'est dans un premier temps à l'occasion de la création des GRSP par la loi du 9 août 2004¹⁰³² que la Région a exprimé clairement son opposition. L'objectif de cette structure était de piloter, coordonner et mettre en œuvre au niveau régional les actions de promotion de la santé incluses dans les nouveaux PRSP. Constitué sous la forme d'un GIP regroupant l'Etat, l'ARH, les collectivités et l'URCAM, le GRSP est présidé par le préfet de Région. De plus, l'Etat dispose de la moitié des voix au conseil d'administration.

Malgré l'ancienneté des partenariats noués avec les organes déconcentrés de l'Etat et de l'Assurance maladie, le Conseil régional du NPDC s'est toutefois fortement opposé au GRSP, refusant même d'y siéger. La Région a émis de vives critiques vis-à-vis de l'institution. Pour le conseil régional, « l'adhésion volontaire, et financière, des collectivités à un GIP de prévention, créé de manière unilatérale entre l'État et l'Assurance maladie, 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 sièges, apparaît d'ores et déjà contraire à l'esprit d'une décentralisation bien comprise et difficilement acceptable par des élus garants de la légitimité

¹⁰³² Loi n°2004-806 du 9 août 2004 - art. 8 JORF 11 août 2004.

et de l'autonomie de leur collectivité »¹⁰³³. Cette charge contre le GRSP indiquait clairement le rejet d'une structure mise en place « sans tenir compte des situations existantes »¹⁰³⁴ et du travail partenarial particulier qui avait eu lieu jusque-là, en n'accordant qu'une place marginale aux élus régionaux¹⁰³⁵. Pour Michel Autès, alors vice-président de la Région en charge de la prévention et de la santé, il ne s'agissait pourtant pas tant de remettre en cause « le poids relatif » des élus, que « la conception même de [la] démocratie sanitaire » transparaissant de la constitution du GRSP. Il regrettait également que n'ait pas été saisie la chance offerte à cette occasion de « rendre sensibles aux problématiques de santé publique »¹⁰³⁶ les élus locaux.

Derrière la critique du groupement, c'est celle de la reprise en main étatique qui affleure : la Région affirme ici clairement sa volonté de participer à la définition du projet sanitaire régional. C'est aussi l'occasion pour le conseil régional d'affirmer une identité politique « face à des instances déconcentrées perçues comme dé-différenciatrices »¹⁰³⁷. Cette volonté d'affirmation régionale n'est pas non plus tout à fait exclusive d'un affichage politique consécutif à la « vague rose de 2004 » ; l'idée de « Région bouclier » et la lutte contre le « tout économique »¹⁰³⁸ se retrouvent dans le discours de la Région qui entend se démarquer nettement du niveau national. Le conseil régional a d'ailleurs «largement publicisé »¹⁰³⁹ son action en matière de santé, ainsi que son opposition au GRSP, en publiant en 2006 un rapport d'orientation sur le contenu des politiques de santé régionales expliquant les raisons de son investissement dans la matière. Le rejet du dispositif est d'ailleurs accompagné d'une démarche partenariale concurrente qui s'est concrétisée par la signature, en septembre 2006, de la Charte de partenariat pour la promotion et l'amélioration de la santé des habitants du Nord et du Pas de Calais, en collaboration avec les conseils généraux des deux départements,

¹⁰³³ REGION NPDC, « La santé des habitants : un enjeu permanent pour le Nord Pas-de-Calais, séance plénière du 10 février 2006 », p. 7.

¹⁰³⁴ *ibid.*

¹⁰³⁵ Un siège sur 112.

¹⁰³⁶ Lettre du 17 mars 2005, adressée par Michel Autès, vice-président « Prévention et santé », à William Dab, DGS. Michel Autès, ainsi qu'une délégation de la commission santé de l'ARF, seront ensuite reçus par William Dab, qui leur confirmera le caractère *recentralisateur* de la loi instituant les GRSP.

Source :

Propos relayés dans le compte-rendu de la commission « santé-affaires sociales » de l'ARF du 30 mars 2005

¹⁰³⁷ MARTIN-PAPINEAU Nathalie, « La région, un territoire pour les politiques locales de santé », in Les territoires de la santé, Colloque de l'Institut de droit social et sanitaire, Poitiers, 13 décembre 2007, sous la direction de Nathalie Martin-Papineau, p. 102.

¹⁰³⁸ Région NPDC, « La santé des habitants : un enjeu permanent pour le Nord Pas-de-Calais, séance plénière du 10 février 2006 », p. 5.

¹⁰³⁹ MARTIN-PAPINEAU Nathalie, « La région, un territoire pour les politiques locales de santé », *op. cit.*

d'ailleurs eux aussi absents du GRSP. Ces initiatives ont imposé la création d'instances originales de coordination propres à la région : une coordination régionale de santé publique, constituée entre les membres du GRSP et les représentants de la Région et des Départements regroupés autour de la Charte, a vu le jour afin d'assurer la complémentarité des actions.

Cependant, la Région n'en a pas pour autant renié totalement la logique partenariale présidant à son intervention. Bien qu'absente du GRSP elle a néanmoins participé à la définition du PRSP 2007-2011, à sa mise en œuvre, et à son financement¹⁰⁴⁰.

457. En 2013, la manière dont a été mis en place, en région Nord-Pas de Calais, le pôle régional de compétence en éducation pour la santé et la promotion de la santé, constitue un autre témoignage des difficultés engendrées par l'implémentation locale d'un cadre national. En effet les acteurs régionaux, financeurs comme financés, avaient fait leur, de longue date, les objectifs de mutualisation et de coordination promus par les Pôles régionaux de compétence. Le législateur et l'Inpes s'étaient d'ailleurs inspirés très largement des expériences nordistes, au travers de la Maison régionale de la santé et du GRPS, pour développer ces pôles. Mais la définition de ce nouveau cadre national a contraint les acteurs locaux à s'y inscrire. C'est ainsi que le GRPS a été dissolu en 2013¹⁰⁴¹, et finalement remplacé par un Pôle, répondant aux exigences nouvelles issues du cahier des charges national de l'Inpes.

Là encore, les réticences de la collectivité régionale, tout autant que des associations locales, se sont fait sentir. Comme pour la mise en place des GRSP, la crainte d'une reprise en main de l'Etat, et de la « dédifférenciation », présidaient à ces réticences. La bonne mise en place de ce Pôle a d'ailleurs nécessité la réunion, sous l'impulsion du DGARS, d'une sous-commission spécifique¹⁰⁴² co-présidée par l'ARS et la Région. Ainsi, la réponse à cette commande nationale a nécessité une adaptation locale, accompagnée de solutions partenariales. Toutefois, la résolution de la situation n'a été rendue possible que par la volonté des acteurs de maintenir un cadre partenarial qu'aucun cadre réglementaire n'imposait

¹⁰⁴⁰ Pour l'année 2007, la Région a contribué à financer 18 % des actions s'inscrivant dans le cadre du Plan, pour un montant avoisinant les 2,8 millions d'euros. En 2008, sa participation a été encore plus importante : le conseil régional a contribué à hauteur de 3,7 millions d'euros, ce qui représente 22 % du financement total.

¹⁰⁴¹ 30 septembre 2013.

¹⁰⁴² Instituée le 23 janvier 2013, et placée dans l'orbite de la commission de coordination des politiques publiques de prévention de l'ARS.

véritablement.

458. On le voit, la régionalisation de la santé viendra largement contrarier l'intervention régionale, et remettre en cause l'organisation locale spécifique au NPDC. Toutefois, cet engagement spécifique des élus de la Région au service de la santé n'aura pas été sans conséquences sur la manière d'envisager les rapports entre Etat et collectivités. La question sanitaire, de par le relatif consensus dont elle jouit, apparaît alors le vecteur d'une poussée décentralisatrice.

§2. La santé comme vecteur de revendications régionales différenciatrices

459. Au-delà de son contenu propre, et des outils, juridiques ou non, sur lequel l'investissement de la Région NPDC trouve, ou a trouvé, à s'appuyer, celui-ci est porteur de sens politiques particuliers.

La consultation des déclarations des élus du conseil régional permet, à ce titre, de mieux appréhender les motivations et conséquences de cette action originale. En somme, observer ce que les élus en disent¹⁰⁴³, permet de mieux comprendre ce que dit cette intervention de la Région, hors compétence, sur le champ sanitaire.

Car si elle s'est en majeure partie construite dans une logique partenariale, elle est également consubstantielle d'une certaine défiance à l'égard du système administratif tel qu'il est organisé ou piloté. Elle est de ce fait la conséquence, en même temps que le vecteur, d'une politisation de la santé (I). La pertinence de l'action menée dans le domaine a de plus bénéficié d'un assez rare consensus, prompt à faire basculer les lignes de fracture politique classique (II).

¹⁰⁴³ Ce § s'appuiera en majeure partie sur les déclarations des élus du conseil régional formulées lors des commissions permanentes (CP), séances plénières (SP), et réunion du Ceser des mandats régionaux 2004-2010 et 2010-2015.

A. La Région et la santé : une voix particulière

460. De par son intervention hors cadre, justifiée par le contexte sanitaire local, la Région a dû développer une posture spécifique pour assumer ses positions, situées entre partenariat et défiance (A). L'intérêt porté par la Région et par ses élus au secteur de la santé témoigne d'une politisation de la santé assez rare pour être pointée du doigt (B).

1. Une action entre partenariat et défiance à l'égard de l'Etat

461. Si, en l'absence de compétences dans le domaine, la Région a articulé son action santé dans une logique partenariale vis à vis des autres instances dont la santé est la compétence, cette intervention « hors cadre » témoigne toutefois d'une certaine défiance vis à vis des politiques de santé poursuivies par les acteurs chargés de le faire. Toutefois, à l'origine, cette position critique n'était pas particulièrement revendiquée. L'acquisition d'une certaine expérience en santé, forgée dès la genèse de la collectivité régionale, et donc de l'affirmation d'une légitimité accrue à exprimer une voix différente, a permis à la Région d'endosser plus fermement un rôle contestataire. Cette position s'est trouvée renforcée à l'occasion de la vague rose issue des élections régionales de 2004. Dès lors la Région a clairement exprimé sa défiance à l'égard de la politique menée par l'Etat, en contestant notamment, comme nous l'avons déjà évoqué, la création des GRSP¹⁰⁴⁴.

462. L'intervention Régionale se situe donc au confluent entre partenariat et concurrence. Le partenariat originel, inévitable, a pu faire place, à certaines occasions, à une démarcation affichée. Une fois sa démarche interventionnelle mûrie, la Région a ainsi voulu s'imposer et se faire reconnaître comme un acteur sanitaire inévitable à l'identité marquée. Déçue par les réformes de 2004, qu'elle analysait comme un recul et un obstacle nouveau vers une gouvernance régionale concertée, la Région a choisi de développer une véritable offre politique sanitaire soutenue par un effort de communication politique.

A cette occasion, à travers la volonté d'investir encore davantage le sujet, le Conseil régional

¹⁰⁴⁴ v. *supra* 208.

appelait à un « renouvellement de la démocratie sanitaire »¹⁰⁴⁵ ; renouvellement qui ne pourra se faire, à son sens, que par l'implication accrue des Régions.

463. La Région NPDC revendique ainsi un point de vue particulier sur la santé, une voix particulière qu'elle entend bien faire porter.

2. Une voix différente : une voix d'élus

464. La Région a tenté, par son intervention de faire entendre une voix différente, dans les limites que son investissement, ramené à la globalité des dépenses de santé régionales, rend possible. C'est donc parfois une autre voie pour la santé que défendent les élus régionaux. Tentant d'endosser « un rôle d'impulsion, d'anticipation, d'innovation, à côté de la rigidité verticale d'un système qui connaît bien des limites »¹⁰⁴⁶, l'action régionale ne « vise ni à se substituer à l'Etat dans ses missions, ni à l'accompagner dans son action mais bien à faire plus, mieux et autrement »¹⁰⁴⁷.

L'intervention Régionale permet également aux acteurs de terrain de porter un point de vue différent de celui de l'Etat, en trouvant, en la personne de la Région, un interlocuteur prêt à entendre cette différence, et à la soutenir. Le conseil régional permet ainsi de rompre le monopole étatique de définition des politiques locales de santé, en proposant une alternative. Et c'est là l'une des vertus du « mille-feuille » territorial : au prix d'un éventuel surcoût lié au partage des compétences, il permet néanmoins une démocratisation du système, en facilitant et encourageant un certain pluralisme sanitaire. L'Etat n'est plus seul, et, par conséquent, les acteurs régionaux ne souhaitant pas s'intégrer dans les politiques définies par lui peuvent espérer trouver, auprès de la Région, un appui permettant de poursuivre les actions qu'ils jugent pertinentes.

¹⁰⁴⁵ REGION NPDC, « La santé des habitants : un enjeu permanent pour le Nord Pas-de-Calais, séance plénière du 10 février 2006 », p. 6.

¹⁰⁴⁶ Christelle Fauchet, Groupe « Socialiste, Citoyen et Radical », SP du 14 au 16 décembre 2011.

¹⁰⁴⁷ Cécile Bourdon, Groupe « Socialiste, Citoyen et Radical », SP du 22 et 23 février 2007.

465. De ce fait, l'intervention Régionale permet et encourage une politisation de la santé, considérée par Daniel Percheron, comme « un plus considérable pour la population »¹⁰⁴⁸ du NPDC, dans un domaine où « le débat démocratique est peu présent, et où les enjeux, finalement, sont uniquement réduits à leur dimension financière »¹⁰⁴⁹. « Outil de démocratisation sanitaire »¹⁰⁵⁰, l'action volontariste du Nord-Pas de Calais entend également « réaffirmer le rôle des élus »¹⁰⁵¹ et « politiser la santé »¹⁰⁵², alors même que le domaine a, selon l'avis de Daniel Percheron, toujours échappé au politique. Cette volonté de politiser la santé est jugée d'autant plus nécessaire que l'exécutif régional considère comme essentiel de refonder un système paritaire à bout de souffle. La reprise en main progressive de l'Etat sur la santé, faisait ainsi dire en 2009 à l'ancien Président de la Région NPDC que « le paritarisme épuisé »¹⁰⁵³ des fondations devait faire place à un « nouveau paritarisme »¹⁰⁵⁴ entre l'Etat et les élus locaux d'autant plus essentiel que la mise en place des ARS indique le basculement de plus en plus net du système vers « Lord Beveridge »¹⁰⁵⁵. Dès lors, de son avis, la « territorialisation »¹⁰⁵⁶ doit pouvoir s'appuyer sur un consensus nouveau fondé sur un

¹⁰⁴⁸ « La politisation du dossier santé au sein de l'assemblée régionale est un plus considérable pour notre population. », Daniel Percheron, Président de Région, SP du 19 au 21 décembre 2007.

¹⁰⁴⁹ « De manière paradoxale, la santé est un domaine, finalement, où le débat démocratique est peu présent, et où les enjeux, finalement, sont uniquement réduits à leur dimension financière. », Michel Autès, Groupe « La Gauche maintenant ! », SP du 19 au 21 décembre 2007.

¹⁰⁵⁰ « (...) que ces travaux soient validés dans une collectivité démocratiquement élue et, ainsi, jouer ce rôle, encore une fois, d'outil de démocratisation sanitaire pour notre collectivité », Jacques Richir, Groupe « UDF », SP du 15 au 17 octobre 2008.

¹⁰⁵¹ « Compte tenu d'un paysage qui vivra une profonde mutation, il convient, me semble-t-il, de réaffirmer le rôle des Elus qui doivent pourvoir constituer le pivot de cette nouvelle culture du territoire, témoins qu'ils sont des besoins évalués sur le terrain de la proximité et de tout ce qui a motivé notre entrée dans l'expérimentation avec l'ARH. », Cécile Bourdon, Groupe « Socialiste, Citoyen et Radical », SP du 22 mai 2008.

¹⁰⁵² « C'est ma conviction profonde. Je rappelle la formule un peu vague que j'avais employé, qui me semblait évidente : « politiser la santé! » Paradoxalement, malgré les lois JUPPÉ, la santé n'était pas politisée, elle échappait et elle échappe toujours au politique. », Daniel Percheron, CP du 29 septembre 2008.

¹⁰⁵³ La territorialisation des politiques de santé est vraisemblablement la naissance d'un nouveau paritarisme ; le paritarisme fondateur a épuisé, par manque de démocratie renouvelée, sa capacité de gestion. Le nouveau paritarisme qui s'esquisse - mais pas aussi nettement que je l'aurais souhaité dans la loi -, c'est celui entre l'Etat bien entendu et les élus locaux. », Daniel Percheron, CP du 30 mars 2009.

¹⁰⁵⁴ *ibid.*

¹⁰⁵⁵ « Ce sera d'autant plus important que l'ARS, au fond, indique que nous penchons désormais vers Lord BEVERIDGE, c'est-à-dire vers l'étatisation de la santé. », Daniel Percheron, SP du 15 au 17 octobre 2008

¹⁰⁵⁶ « Bref, la régionalisation et la territorialisation de la santé sont sûrement la perspective que la fin du paritarisme appelle. L'État ne pourra rester seul à bord de la protection sociale comme il l'est aujourd'hui. On voit bien que chez nous – le patron de l'ARS, qui nous a, sans le vouloir, avec beaucoup de gentillesse, écartés de la politique de santé totalement, alors que nous sommes la seule région qui siègeait institutionnellement et qui, au nom de son plan de lutte contre le cancer, faisait faire des progrès considérables à notre service de santé –, l'avenir est dans cette direction. Les pôles métropolitains, le dynamisme global s'inscriront dans cette perspective, avec, comme je le dis toujours, économie résidentielle, économie présente, aujourd'hui, peut-être fin de la mutation industrielle, avec un point d'interrogation, quoi qu'il en soit, c'est à notre niveau que cela va se jouer en partie dans l'avenir, à condition de revenir sur le contresens qui est de priver les collectivités locales des ressources des impôts qui leur permettent d'agir. », Daniel Percheron, Réunion du Ceser des 23 et 24 février 2012.

pilotage impliquant aux côtés de l'Etat les collectivités, et, de manière fort logique dans un système régionalisé, la Région elle-même.

466. La situation spécifique du NPDC, et l'investissement de ses élus, est d'autant plus intéressante qu'est régulièrement fustigé le « manque d'appétence du monde politique pour la santé »¹⁰⁵⁷. Cependant au lieu d'avoir été encouragées par les évolutions qu'a connu le système ces dernières années, les velléités d'interventions des élus du NPDC ont plutôt été « *douchées* » par la loi HPST, et par ses conséquences concrètes pour la Région. L'action santé du conseil régional bénéficiait pourtant, au sein de l'hémicycle, d'un consensus assez rare.

B. La santé : théâtre d'un bouleversement de la tectonique des plaques politiques

467. L'action de la Région et le développement d'une politique de santé spécifique et volontariste autour d'un quasi consensus¹⁰⁵⁸ (1), ont contribué à éclairer d'un nouveau jour les clivages politiques classiques. Dès lors, à une opposition verticale, au sein de l'Hémicycle régional, s'est substituée une opposition horizontale, entre la Région et l'Etat, porteuse de revendications décentralisatrices (2).

¹⁰⁵⁷ TABUTEAU Didier, « Démocratie sanitaire, les nouveaux défis de la politique de santé », Odile Jacob, 2013, p. 38.

¹⁰⁵⁸ Les principales dissensions sont apparues concernant la convention avec l'ARH, et contre laquelle le groupe communiste s'était prononcé, et sur le volet « coopération décentralisée » de la politique de santé, remis en cause, systématiquement par le groupe FN, ce constat pouvant d'ailleurs être étendu à l'intégralité des politiques régionales. La position du FN est parfaitement résumée par Jean-Richard Sulzer : « autant nous sommes favorables à toute opération de prévention et opération curative à partir du moment où elles concernent les nôtres avant les autres. », « Groupe Front National-Rassemblement pour le Nord-Pas-de-Calais », CP du 21 mai 2012

1. La santé, une cause commune

468. Comme a pu le constater Cécile Bourdon, alors vice-présidente, si « la Région n'a pas compétence à intervenir en matière de santé (...) il y a une volonté politique unanime sur les bancs de cette institution pour que la lutte contre les cancers rentre dans notre priorité »¹⁰⁵⁹.

Il est en effet tout à fait étonnant de noter, à l'observation des débats au sein de l'Hémicycle, le quasi-consensus dont a profité la politique santé. Sur l'ensemble des bancs régionaux, la santé a en effet profité, et ce tout au long des deux mandats observés, d'un très large soutien. Cette situation peut s'expliquer par la situation difficile du Nord-Pas de Calais, les élus régionaux ayant régulièrement pu rappeler leur soutien à une politique considérée comme l'une des « plus consensuelles des politiques régionales »¹⁰⁶⁰. De fait, les déclarations en séance plénière d'élus, faisant fi « d'*a priori* idéologique »¹⁰⁶¹, et apportant, face aux difficultés rencontrées par les habitants du Nord-Pas de Calais, leur soutien à une politique santé considérée comme un « enjeu essentiel du présent et de l'avenir »¹⁰⁶², n'ont pas manqué¹⁰⁶³.

Les élus de tous bords ont également régulièrement loué l'« agréable »¹⁰⁶⁴ travail de concertation dans lequel a été menée cette politique, notamment au travers des travaux de la

¹⁰⁵⁹ SP des 23 et 24 mai 2013.

¹⁰⁶⁰ « Cette politique de santé a été certainement une des politiques les plus consensuelles des politiques régionales. » Catherine Bourgeois, Groupe « Les Verts », SP du 16 au 18 décembre 2009.

¹⁰⁶¹ « Le Conseil régional a su faire fi, je le rappelle malgré votre bruit dans l'assemblée, d'*a priori* idéologique comme nous savons le faire, en admettant que dans bien des territoires les établissements privés remplissaient avant tout une mission de service public », Jean-Pierre Bataille, Groupe « L'Opposition régionale », SP du 16 au 18 décembre 2009.

¹⁰⁶² Cela dit, la santé, bien qu'elle ne soit pas une compétence obligatoire, est une politique publique très importante à soutenir, surtout en Nord - Pas de Calais. Je dirai même qu'elle est un enjeu essentiel du présent et de l'avenir, peut-être encore plus essentielle que les autres politiques dites d'initiative régionale, Jean-Pierre BATAILLE, Groupe « L'Opposition régionale », SP du 19 au 21 décembre 2007.

¹⁰⁶³ Nous citerons par exemple : « Sur les politiques régionales menées, pas grand-chose à dire. Vous êtes aux commandes de l'avion... Si nous l'avions été, cette politique aurait été aussi volontaire et nous nous accordons toujours en commission à trouver des consensus permettant d'avancer largement », Jean-François RAPIN, Groupe « L'Opposition régionale », SP du 13 au 15 décembre 2006.

« Vous ne serez donc pas surpris que nous approuvions totalement cette politique de santé que nous partageons, que nous soutenons, avec vous, défendre et promouvoir. » Jacques Richir, Groupe « Union pour la démocratie française », SP du 19 au 21 décembre 2007.

« Elle rappelle également je le dis en préambule l'action volontarisme et unanimement partagée du Conseil régional et son engagement en matière de santé » Brigitte Mauroy, Groupe « L'Opposition régionale », SP du 17 octobre 2013.

¹⁰⁶⁴ « Effectivement, le travail que nous menons en commission santé est tout à fait agréable pour nous aussi » Brigitte Mauroy, Groupe « L'Opposition régionale », CP191112, « Madame MAUROY, j'avoue que si on pouvait poursuivre de cette façon, ce serait tout à fait agréable. », Cécile Bourdon, Vice-présidente, CP du 19 novembre 2012.

commission thématique dédiée à la santé, poursuivis dans un climat « de concertation et d'écoute (...) au-delà des idéologies partisanes »¹⁰⁶⁵, la santé étant considérée par les élus comme un « sujet bien trop important »¹⁰⁶⁶ pour être analysé au prisme partisan.

469. En plus d'une position de principe et d'un cadre de travail favorables, ce sont également le contenu et les résultats mêmes de cette politique qui ont fait l'objet d'une appréciation favorable des élus, même d'opposition. Ce constat peut être illustré par l'intervention en 2006 de Jean-François Rapin, élu UMP siégeant au sein du groupe « L'Opposition régionale »: « Sur les politiques régionales menées, pas grand-chose à dire. Vous êtes aux commandes de l'avion... Si nous l'avions été, cette politique aurait été aussi volontaire et nous nous accordons toujours en commission à trouver des consensus permettant d'avancer largement »¹⁰⁶⁷.

470. D'un point de vue « *macro* », car si, bien entendu, certaines décisions prises au cours des deux mandats observés ont pu rencontrer quelques oppositions ou réserves, les élus ont témoigné leur satisfaction face à des actions jugées « globalement positives »¹⁰⁶⁸, et à un Plan

¹⁰⁶⁵ « Je voulais saluer l'excellent état d'esprit qui règne au sein de cette commission santé, grâce au Vice-président, Michel AUTES, à la Présidente de commission, Cécile BOURDON, et à l'ensemble des collaborateurs qui effectuent un travail de qualité. A partir de cet excellent travail préparatoire, les Elus se rassemblent et sont unanimes pour tenter d'améliorer l'état de santé de nos concitoyens ; je tenais à le préciser en ouverture. », Jean-Pierre Bataille, Groupe « L'Opposition régionale », SP19 au 21 décembre 2007.

Propos réitérés en 2009 : « À mon tour, je voudrais commencer par saluer le travail de concertation et d'écoute engagé par le vice-président Michel AUTES et relayé par la présidente de commission. Au-delà des idéologies partisanes, de temps en temps cela fait du bien, nous avons pu œuvrer collectivement et dans l'intérêt général au bien-être de tous les habitants de notre région, si plus de régions avaient su faire fi de logiques purement partisanes là où justement la santé de nos concitoyens appelle le consensus, alors peut-être la composition des ARS aurait-elle été différente... », Jean-Pierre Bataille, Groupe « L'Opposition régionale », SP du 16 au 18 décembre 2009.

« Permettez-moi ensuite de remercier le sérieux de Monsieur AUTES pour le travail effectué, son écoute des élus, le travail de présentation des politiques régionales qui a été réalisé dans de très bonnes conditions. », Carl Lang, Groupe « Réunir », Jean-Pierre Bataille, Groupe « L'Opposition régionale », SP du 16 au 18 décembre 2009.

¹⁰⁶⁶ « La santé est un sujet bien trop important pour tomber dans un débat d'idéologies. », Carole Marien, Groupe « L'Opposition régionale », SP des 20 et 21 octobre 2011.

¹⁰⁶⁷ SP du 13 au 15 décembre 2006.

¹⁰⁶⁸ « Ces politiques nous semblent globalement positives », Mélanie Disdier, Groupe « Réunir », SP du 16 au 18 décembre 2009.

cancer « tout à fait réussi »¹⁰⁶⁹. A l'inverse des oppositions qu'il est « coutume »¹⁰⁷⁰ de rencontrer dans bien des champs de l'action Régionale, les projets soutenus dans le cadre de la politique de santé ont souvent pu s'appuyer sur l'unanimité¹⁰⁷¹, ou la quasi-unanimité¹⁰⁷², des différents groupes politiques, conférant ainsi une place à part à la santé. Même la politique d'investissement originale menée par la Région a su trouver un écho favorable dans les rangs de l'opposition¹⁰⁷³, reconnaissant la pertinence et l'efficacité du « rôle de levier »¹⁰⁷⁴ poursuivi par l'exécutif en place. L'action de la Région pour porter une parole différente de celle des institutions régionales en charge de la santé, et soutenir des projets n'ayant pas reçu d'appui de leur part, a également été saluée à diverses occasions par les élus d'opposition¹⁰⁷⁵.

471. Ainsi, l'action « irréprochable »¹⁰⁷⁶ de la Région en matière de santé, s'appuyant sur un consensus très large et une approbation « totale »¹⁰⁷⁷ de l'intégralité du spectre politique régional, a contribué à renverser la ligne de partage politique classique. Sur le champ de la santé, le front vertical « droite-gauche » a laissé place à une opposition horizontale « centre – périphérie ». Le centre étant ici le niveau national.

¹⁰⁶⁹ « Elle l'a manifesté à travers un Plan cancer qui, je crois, de l'avis de tous aujourd'hui, est vraiment un outil tout à fait réussi », Jacques Richir, groupe « Union pour la démocratie française », SP du 17 au 19 décembre 2008.

¹⁰⁷⁰ « Je serai très bref en ce qui concerne la C9 ; une fois n'est pas coutume, nous votons des deux mains pour l'ensemble des délibérations. », Jean-Richard Sulzer, Groupe « Front National-Rassemblement pour le Nord-Pas-de-Calais », CP du 21 mai 2012.

¹⁰⁷¹ Même à l'occasion du vote du budget, cette unanimité a su trouver à s'exprimer : « Monsieur le Président, je voulais rappeler en préambule que le groupe « Majorité Présidentielle » soutient depuis le premier jour l'action menée par le Conseil régional en matière de politique de santé et, si mes souvenirs sont bons, c'est la seule politique pour laquelle nous avons voté à la fois les recettes et les dépenses », Jean-Pierre Bataille, Groupe « L'Opposition régionale », CP du 9 mai 2011.

¹⁰⁷² « Quasiment unanimité sur tout ce que Monsieur AUTES vient de dire, sur les équipements et les investissements », Dominique Slabolepszy, Groupe « Réunir », CP du 5 octobre 2009.

¹⁰⁷³ « Vous savez que notre groupe est parfaitement favorable aux investissements continus prodigués par la Région vis-à-vis de ce problème qui est un problème important pour la région. », Brigitte Mauroy, Groupe « L'Opposition régionale », SP du 17 octobre 2010.

¹⁰⁷⁴ « Je ne conteste pas du tout ce rôle de levier que l'exécutif de la Région tente d'avoir et il y parvient d'ailleurs assez bien dans certains domaines et vous le savez », Brigitte Mauroy, Groupe « L'Opposition régionale », SP du 14 avril 2011.

¹⁰⁷⁵ « Je voulais la remercier personnellement, elle et ses services, pour l'opiniâtreté qu'elle a montrée dans un portage rural, un projet de maison de santé, de lutte contre la désertification médicale en territoires ruraux. Je l'en remercie du fond du cœur, parce que la Région a été présente dès le premier jour et jusqu'au bout, alors que l'ARH et l'ARS ont été plus « tortueuses » dans leur parcours. », Jean-Pierre BATAILLE, Groupe « L'Opposition régionale », CP du 19 novembre 2012.

¹⁰⁷⁶ « S'il est un sujet sur lequel la Région est irréprochable, c'est bien celui-là. », Jacques Richir, groupe « Union pour la démocratie française », SP du 19 au 21 novembre 2007.

¹⁰⁷⁷ « Vous ne serez donc pas surpris que nous approuvions totalement cette politique de santé que nous partageons, que nous souhaitons, avec vous, défendre et promouvoir. », Jacques Richir, groupe « Union pour la démocratie française », SP du 19 au 21 novembre 2007.

2. La compétence santé : vecteur de revendication différenciatrice

472. La « cause commune » régionale que constitue la santé, a été vue par certains élus comme un élément « structurant »¹⁰⁷⁸ des mandats observés. Et de fait, malgré la faiblesse de l'enveloppe financière accordée à la santé rapportée au budget régional, l'investissement de la Région NPDC dans le domaine a contribué à brouiller la relative unité qui s'est dégagée autour de la politique santé, et à effacer, ou, à tout le moins, à estomper le clivage classiquement observé entre majorité et opposition au sein de l'Assemblée régionale. Dès lors, la nature ayant horreur du vide, à cette opposition traditionnelle s'est substituée une opposition entre les élus régionaux et l'Etat. C'est d'ailleurs en partie sur l'opposition à la politique menée par les services de l'Etat que s'est construite l'intervention de la Région. En effet, les justifications de cette intervention, abritée derrière le concept de « Région bouclier », produit de la « vague rose » des élections de 2004, inscrivent en bonne place la contestation de la politique étatique. Comme l'exprimait Jacqueline Maquet en 2009, c'est face à ce qui était considéré comme un « retrait de l'Etat »¹⁰⁷⁹, qu'il s'agissait de compenser, que la Région a choisi de s'engager.

473. Sauf qu'à la différence des autres politiques, cette contestation a trouvé auprès des élus locaux d'opposition un écho favorable. Cet alignement politique local a ainsi contribué à accompagner la part de contestation portée par la Région en matière sanitaire. Et de fait, paradoxalement, l'arrivée de François Hollande au pouvoir à la suite de l'élection présidentielle de 2012 a rendu un peu plus difficile pour l'exécutif en place de tenir publiquement, et donc au sein de l'Assemblée régionale, cette posture d'opposition à l'action sanitaire locale. Dès lors, ce sont les élus d'opposition, ou ne faisant pas partie de la majorité, qui ont encouragé l'exécutif local à maintenir une « politique forte »¹⁰⁸⁰ en matière de santé,

¹⁰⁷⁸ « Monsieur le Président, Monsieur le Vice-président, chers collègues, vous ne serez pas surpris que nous apportions un soutien à cette politique régionale en matière de santé, qui nous est apparue un élément structurant très fort de ce mandat », Jacques Richir, groupe « Union pour la démocratie française », SP du 17 au 19 décembre 2008.

¹⁰⁷⁹ « Ce retrait de l'État contraint bien souvent notre institution, comme d'autres collectivités locales, à aller bien au-delà de leurs compétences pour répondre aux besoins de la population. C'est vers nous que se tournent les habitants du Nord - Pas de Calais. La santé et l'investissement régional massif dans le plan de lutte contre le cancer en est un des exemples. », Jacqueline Maquet, « Groupe « socialiste », SP des 25 et 26 juin 2009.

¹⁰⁸⁰ « Nous disons que la santé doit rester une politique forte, marqueur de l'action régionale », Sylvain Estager, Groupe « La Gauche maintenant ! », SP du 6 juin 2014.

regrettant parfois la faiblesse relative de l'effort consenti¹⁰⁸¹, en baisse à la fin du mandat 2010-2015¹⁰⁸², et s'adjugeant le rôle contestataire joué jusqu'alors par l'exécutif¹⁰⁸³.

474. L'action de la Région a également pu s'appuyer sur une volonté de « régionalisation de l'organisation du système de soins »¹⁰⁸⁴, face à un système organisant le pouvoir de l'Etat, et négligeant « le paritarisme avec les collectivités locales »¹⁰⁸⁵. Les élus du Nord-Pas de Calais ont ainsi appelé de leurs vœux un système reconnaissant une « compétence partagée » à des Régions ayant leur « mot à dire », et permettant d'octroyer au politique une place « fondamentalement prioritaire »¹⁰⁸⁶. Ainsi que le présentait Jacques Richir, membre de la commission santé et élu UDF, « les vrais girondins, en matière de santé, ce sont peut-être les Nordistes »¹⁰⁸⁷.

¹⁰⁸¹ « En particulier, nous jugeons qu'il est inacceptable pour une majorité de gauche de diminuer aussi drastiquement le budget de la santé et celui de la culture, tel que proposé dans le projet de budget primitif pour 2013 », Michaël Moglia, Groupe « La Gauche maintenant ! », SP du 19 au 21 novembre 2012.

¹⁰⁸² « Diminuer le budget de la prévention santé et de la santé environnement me paraît être une grave erreur. », Catherine Bourgeois, « Groupe Europe Ecologie Les Verts », SP du 19 au 21 novembre 2012.

¹⁰⁸³ « Nous voterons positivement, car la tournure que prend le projet gouvernemental sur la santé nous y oblige, mais si nous suivons votre raisonnement, Madame Bourdon, le budget santé n'aurait plus lieu d'être, puisqu'il a été créé, si je ne me trompe pas, pour pallier les politiques de santé des gouvernements de droite. », Françoise Coolzaet, Groupe « Front National-Rassemblement pour le Nord-Pas-de-Calais », SP du 19 au 21 novembre 2012.

¹⁰⁸⁴ « Pour conclure, je rappellerai notre volonté de régionalisation de l'organisation du système de soins », Catherine Bourgeois, Groupe « Les Verts », SP du 13 au 15 décembre 2006.

¹⁰⁸⁵ « Pour l'instant, la loi organise le pouvoir d'État, ce qui est bien, mais, je pense, néglige le paritarisme avec les collectivités locales, ce qui est préoccupant. », Daniel Percheron, Président de Région, SP du 16 février 2009.

¹⁰⁸⁶ « Dans ce gigantesque système de santé très performant, la place du politique doit être fondamentalement prioritaire, que le paritarisme a épuisé ses vertus, qu'après la réforme ou les tentatives de réforme d'Alain Juppé, petit à petit l'État retrouve ou trouve peut-être enfin ses marques et sa place. Les régions, les grandes collectivités locales ont leur mot à dire sur une compétence partagée », Daniel Percheron, Président de Région, SP du 17 au 19 décembre 2008.

¹⁰⁸⁷ « (...) peser sur les uns et les autres pour vérifier où sont les véritables décentralisateurs. J'ai employé tout à l'heure l'expression " où sont les Jacobins, où sont les Girondins ? " Finalement, dans un rapprochement géographique un peu osé, les vrais Girondins en matière de santé, ce sont peut-être les Nordistes. », Jacques Richir, Groupe « UDF », SP du 13 au 15 décembre 2006.

CONCLUSION DU CHAPITRE 2

475. Les espoirs déçus des membres de l'assemblée du boulevard Hoover à l'occasion de l'adoption de la loi HPST, vis à vis de laquelle l'expérimentation menée en NPDC n'aura finalement pas beaucoup pesée¹⁰⁸⁸, et de l'installation d'ARS laissant peu de place aux élus régionaux, seront à nouveau « *douchés* » par la réforme territoriale mettant fin, réinstaurant, puis supprimant finalement du CGCT le texte fondant cette clause générale de compétence. Quoi que l'on puisse penser, d'un point de vue juridique théorique, du réel impact de cette suppression¹⁰⁸⁹, il n'empêche que la simple perspective de la disparition de la clause, et donc du principal fondement juridique de l'action régionale en matière de santé, n'a pas manqué de susciter inquiétudes et regrets au sein de l'assemblée régionale.

En effet les élus n'ont pas manqué d'indiquer « le retour en arrière »¹⁰⁹⁰ qu'aurait constitué, à leur sens, une suppression pure et simple de la clause générale de compétence. Avec la spécialisation des compétences régionales, c'est la disparition des « initiatives régionales » que la situation régionale « exige »¹⁰⁹¹, que redoutent certains élus. Et là encore la santé occupe une place à part dans l'esprit des élus régionaux, comme en atteste cette intervention de Jacques Vernier, élu UMP d'opposition¹⁰⁹², en commission permanente du 23 juin 2014 : « c'est sûrement, en cas de perte de ces compétences, une des compétences dont on sera le plus orphelin, tellement elle est vitale à proprement parler. ». Car avec la disparition de la possibilité d'intervenir, et le désengagement d'un Etat libéral, ressenti et redouté par une

¹⁰⁸⁸ « Tout comme nous avons été pionniers en matière de prise de compétence dans le domaine de la santé, nous aurons certainement, de ce fait, une Agence régionale de la santé extrêmement efficace et opérationnelle dans sa mise en place. Nous prouverons ainsi que la décentralisation, quand elle est bien menée, bien préparée, quand elle a été précédée par une phase expérimentale, s'avère particulièrement efficace. », Daniel Percheron, Président de la Région, SP du 19 au 21 décembre 2007.

¹⁰⁸⁹ v. *supra* 162 et suivants.

v. *infra* 575 et suivants.

¹⁰⁹⁰ « [...] la remise en cause de la clause de compétence générale, ce serait un retour en arrière qui s'opérerait, alors même que toutes nos décisions ont été engagées pour aborder l'avenir avec plus d'efficacité pour nos concitoyens et plus d'assurance pour les professionnels de santé dans cet esprit de bouclier public évoqué ce matin », Cécile Bourdon, Groupe « Socialiste », SP du 16 au 18 novembre 2009

¹⁰⁹¹ « Vous le constatez certainement, dans le Nord et le Pas-de-Calais, grâce à cette clause générale de compétence, nous avons pu aller au-delà de nos prérogatives. Et si nous allons au-delà de nos prérogatives, c'est parce que notre région l'exige. Nous craignons fort, Monsieur le Préfet, qu'avec la clarification de la notion de chef de file, bien séduisante au demeurant, et la spécialisation des compétences des régions, il soit mis fin aux initiatives régionales », Olfa Laforce Ben Abdennebi, Groupe « Socialiste », SP des 25 et 26 juin 2009.

¹⁰⁹² Groupe « L'Opposition régionale ».

partie des élus¹⁰⁹³, demeure la question de savoir qui prendra le relais de la Région pour soutenir la politique locale de santé¹⁰⁹⁴. Et au-delà de la question très prosaïque de l'appui aux actions régionales en faveur de l'amélioration de l'état de santé des habitants de la Région, l'enjeu institutionnel se dessine en creux. Il s'agit pour les élus de défendre ce que l'action de la Région Nord Pas de Calais, depuis sa création, et encore plus particulièrement lors de la période 2004-2015, a tenté de porter et de faire évoluer : la reconnaissance de la juste place des élus dans l'organisation du système.

¹⁰⁹³ « Les fonds que nous sollicitons ne nous permettent pas d'agir dans ce domaine ou à la marge, comme la remise en cause de la clause de compétence générale au niveau national ne nous permettra plus d'assurer nombre de missions, et ceci au nom de quels principes ? Au nom de la concurrence libre et non faussée, au nom du libre-échange et de la mise en vente des territoires aux plus offrants. », Delphine Castelli, Groupe « La gauche maintenant ! », SP des 13 et 14 novembre 2014.

¹⁰⁹⁴ « Qui, demain, assurera l'effort que la Région porte sur les centres de santé ou les équipements hospitaliers, si elle n'a plus la compétence de le faire ? », Cathy Apourceau-Poly, Groupe « La gauche maintenant ! », SP du 2 juillet 2014.

CONCLUSION DU TITRE 2

476. Au terme de ce titre 2, nous avons ainsi pu dresser un état des lieux de la place qu'occupent les collectivités dans le pilotage du système de santé. Cette place reste tout à fait résiduelle. Confrontées à la prise en main par l'Etat les collectivités ont même constaté, dans certains cas, un recul de leurs prérogatives dans le secteur. Le constat est identique pour la Région, qui n'a pas vu sa position renforcée par la régionalisation de la régulation sanitaire.

477. Pour autant, allant au-delà, parfois, des compétences que la loi leur accorde, les collectivités n'ont pas désinvesti le champ sanitaire. L'exemple du Nord-Pas de Calais, évoqué dans ces lignes, témoigne de l'intérêt que peuvent afficher certaines collectivités, considérant incontournable leur intervention dans le domaine. Ces initiatives originales permettent de mettre en évidence une certaine appétence des élus pour les questions de santé. Un discours spécifique sur le sujet s'est constitué, contribuant par ailleurs à brouiller les cartes du jeu politique local, en ouvrant notamment la voie à une reconfiguration des oppositions. A l'opposition classique entre droite et gauche s'est substituée une opposition entre le local, représenté par la Région, et le central, représenté par l'Etat. En tout cas, ces initiatives apparaissent comme de réelles opportunités pour démocratiser le débat sanitaire, qu'il serait bon de prendre en compte.

CONCLUSION DE LA PARTIE 1

478. En France, le processus de régionalisation, envisagé dans son ensemble, a conduit, tout au long du XX^{ème} siècle, à changer profondément l'organisation d'une République française aujourd'hui décentralisée. A deux facettes, ce mouvement s'appuie sur le double mouvement de décentralisation et de déconcentration pour avancer. Il a conduit, petit à petit, à faire de la région le cadre naturel de l'action locale de l'Etat. Il a également conduit à installer une collectivité, qui malgré, sa jeunesse, se présente de plus en plus comme un pilier de la République décentralisée. Sorties renforcées, au moins par la taille, de la réforme engagée par la loi NOTRe, les Régions se présentent de plus en plus comme un interlocuteur essentiel, pour l'Etat, comme pour les institutions extérieures, par exemple l'Union européenne.

479. Mais si la régionalisation marche sur deux jambes – une déconcentrée et une décentralisée –, en matière de santé la deuxième apparaît encore aujourd'hui très largement atrophiée. Les collectivités n'ont en effet pas vu leurs positions renforcées par la régionalisation sanitaire. Avec la loi HPST, avec la réforme territoriale et la remise en cause de la clause générale de compétence, ce n'est pas la voie d'une responsabilisation accrue des élus locaux qui a été choisie en matière sanitaire. D'ailleurs, l'ARS, si elle présente les oripeaux de l'originalité et de l'inventivité administratives, n'en est pas moins un outil de déconcentration plutôt que de décentralisation.

480. Se pose alors la question suivante, relayée par certains élus de la Région Nord-Pas de Calais : « le mouvement de fond que constitue la décentralisation depuis vingt ans pourra-t-il encore exclure longtemps le domaine de la santé ? »¹⁰⁹⁵.

¹⁰⁹⁵ Catherine Bourgeois, Groupe « Les Verts », SP du 14 au 16 décembre 2005.

Partie 2. La régionalisation sanitaire face à la décentralisation

481. Comme nous l'avons vu dans la partie précédente, la régionalisation de la régulation sanitaire est marquée par l'empreinte étatique. Ce faisant, la possibilité d'une décentralisation sanitaire a pour le moment été écartée.

Pourtant, ce choix apparaît s'inscrire en décalage avec la manière dont la décentralisation se structure, et évolue. Plus exactement, la régionalisation sanitaire telle qu'elle est menée nous apparaît n'être qu'une étape dans un processus visant, à terme, à renforcer le rôle des collectivités territoriales.

482. En réalité, la décentralisation apparaît être le stade ultime d'évolution de l'Etat unitaire français. Sa dynamique et les outils juridiques la sous-tendant conduisent, à notre sens, à accorder une place de plus en plus large aux institutions démocratiques locales. Cette dynamique est d'ailleurs renforcée par les processus de recomposition de l'action des Etats, pris entre la montée en puissance de la globalisation, et, parallèlement, de l'affirmation du local. Dès lors, c'est toute la répartition des compétences entre les différentes strates de l'action publique qui doit être repensée.

Il n'y a pas de raison que la santé échappe éternellement à ces processus. Cela conduira à questionner la place de chacun des acteurs dans le pilotage du système, et à s'interroger sur les causes pouvant justifier un traitement spécifique du champ sanitaire (Titre 1).

483. Il sera dès lors possible de s'interroger, de façon prospective, sur la forme que pourrait prendre une décentralisation de la santé, en s'inspirant notamment des exemples étrangers en la matière (Titre 2).

Titre 1. La décentralisation : une perspective pour la santé ?

484. Poser la question d'une possible décentralisation de la santé nécessite dans un premier temps de s'interroger sur ce que signifie, dans un Etat unitaire, le phénomène de décentralisation. En effet, en introduisant des mécanismes de reconnaissance et d'apparition de différenciations et de pluralismes, il vient questionner et mettre en débat les apories de l'Etat. Objectif d'autant plus important que la difficulté « qu'a notre conception de la politique, de l'Etat, du droit, à consentir au pluralisme [...] peut-être assumable par le passé, [...] se transforme aujourd'hui en une tragique impossibilité de comprendre le monde tel qu'il est et de vivre avec lui. »¹⁰⁹⁶. Le constat dressé ici par le Professeur Jean-Bernard Auby invite à questionner la manière dont la France a envisagé sa mue pour devenir une République dont l'« organisation est décentralisée »¹⁰⁹⁷.

En réalité, la décentralisation semble devoir être une forme évoluée de l'Etat unitaire, en ce sens qu'elle constitue une phase de développement de son appareil administratif, rendue nécessaire afin de maintenir la cohérence et la pertinence de son action dans un cadre démocratique. Poussée en cela par un contexte juridique et politique favorable, interne comme externe, la décentralisation apparaît comme une irrémédiable évolution (Chapitre 1).

485. Dès lors la santé peut-elle, et doit-elle, demeurer une « affaire de l'Etat »¹⁰⁹⁸ ? La régionalisation opérée, et étudiée dans la partie précédente, semble indiquer que la gestion de la santé doit s'implanter, pour être efficace, dans le cadre régional. C'est en tout cas l'analyse qui a été faite par les pouvoirs publics. Or, le choix, pour ce faire, d'une simple déconcentration a de quoi rendre perplexe dans un contexte global tendant à la décentralisation. Il conviendra alors de s'intéresser aux caractéristiques propres à la santé

¹⁰⁹⁶ AUBY Jean-Bernard, « La décentralisation et le droit », LGDJ, 2006, p. 152.

¹⁰⁹⁷ Article 1^{er} de la Constitution du 4 octobre 1958, tel qu'issu de la révision constitutionnelle de 2003.

Loi constitutionnelle n° 2003-276 du 28 mars 2003 relative à l'organisation décentralisée de la République, JORF n°75 du 29 mars 2003, p. 5568.

¹⁰⁹⁸ TRUCHET Didier, « Droit de la santé publique », Dalloz, coll. Mémentos, 9ème éd., Paris, 2016 ; p. 42.

pour déterminer si des arguments peuvent efficacement s'opposer à sa décentralisation (Chapitre 2).

Chapitre 1. La décentralisation : une perspective pour la République française ?

486. Pour Raymond Guillien et Jean Vincent, la décentralisation correspond « au système d'administration consistant à permettre à une collectivité humaine – décentralisation territoriale – ou à un service – décentralisation technique – de s'administrer eux-mêmes sous le contrôle de l'Etat, en les dotant de la personnalité juridique, d'autorités propres et de ressources »¹⁰⁹⁹.

Outre les différents éléments constitutifs du phénomène, il est notable que la définition proposée n'établit pas de distinctions, ou peu, entre décentralisation territoriale et technique. Le même terme est ainsi utilisé pour faire référence à deux mécanismes présentant des réalités et des conséquences juridiques différentes. De ce point de vue, la déconcentration et la décentralisation, notions appréhendées par la doctrine, apparaissent assez difficiles à distinguer.

487. Il convient pourtant d'essayer de comprendre les raisons potentielles de cet état de fait. Il apparaît alors que la décentralisation est un phénomène évolutif dont la déconcentration ne pourrait être qu'une étape transitoire, apparaissant ainsi comme une proto-décentralisation. Cette approche évolutive de la décentralisation se trouve par ailleurs renforcée par certains mécanismes, endogènes comme exogènes au système juridique et politique français.

Dans un premier temps, nous étudierons ainsi, dans une perspective théorique, la décentralisation telle qu'elle s'est sédimentée en France (Section 1). Dans un second temps, nous observerons le cadre juridique et institutionnel facilitant, dans lequel le phénomène décentralisateur évolue (Section 2).

¹⁰⁹⁹ GUILLIEN Raymond, VINCENT Jean, « Lexique des termes juridiques », 14^{ème} éd., Dalloz, Paris, 2003, p. 185.

Section 1. La décentralisation comme avenir de l'Etat unitaire : une analyse évolutionniste

488. L'article 1^{er} de la Constitution de la Vème République dispose que la France « est une République indivisible [...], démocratique ». Depuis la réforme constitutionnelle de 2003, ce même article précise que « son organisation est décentralisée ».

Cultivant, du moins en apparence, les paradoxes, la nature constitutionnelle de la République française est donc d'être indivisible et décentralisée, ainsi que démocratique.

La formulation peut surprendre. En effet, sa nature d'Etat unitaire indivisible devrait conduire à rejeter la possibilité pour les collectivités humaines constituant l'Etat de s'administrer elles-mêmes et créer, ce faisant, des fractures entre ces différentes collectivités composantes d'un même ensemble. Il apparaît cependant que si la décentralisation ne va pas de soi lorsqu'on l'envisage au sein d'un Etat unitaire, elle a pourtant pu s'imposer en France.

489. Alors que signifie, pour un Etat comme le nôtre, d'avoir une organisation décentralisée? A quoi cela correspond ?

Il ne s'agira pas ici de refonder la théorie de la décentralisation peinte par les maîtres, mais plutôt, à l'éclairage de l'analyse spécifique réalisée précédemment du champ sanitaire, de dissiper le sfumato résultant de l'imbrication des différentes approches conceptuelles et théoriques des phénomènes de décentralisation.

Nous ne chercherons donc pas à « tout prix nouveauté et originalité »¹¹⁰⁰, mais plutôt à nous appuyer sur les outils théoriques existants pour révéler toute leur actualité et pertinence, pour peu qu'on daigne les polir au disque du présent et les confronter au feu de la pratique.

490. Nous aborderons ainsi une posture évolutionniste, afin de comprendre et d'analyser les mécanismes et étapes ayant permis la croissance de notre Etat indivisible et unitaire en un

¹¹⁰⁰ FOURNIE François, « Recherches sur la décentralisation dans l'œuvre de Maurice Hauriou », LGDJ, Condé-sur-Noireau, 2005, p. 230.

Etat à l'organisation décentralisée. Certes, présentée de la sorte, la linéarité de l'analyse proposée pourra apparaître artificielle, tant les évolutions ici décrites ont pu être le fruit de changements non pas forcément successifs, mais imbriqués les uns aux autres. Pour autant, le prisme adopté permettra de dégager les mouvements de fond à l'œuvre.

Du centralisme juvénile à la maturité décentralisée, nous observerons les trois étapes ayant permis cette métamorphose toujours en cours : la proto-décentralisation (§1), la semi-décentralisation (§2), et la décentralisation (§3)

§1. L'Etat et la mue territoriale : l'âge de la proto-décentralisation

491. A l'origine était l'Etat. Même si cette affirmation devrait être tempérée, il n'en demeure pas moins que l'administration française s'est construite et sédimentée sur cette croyance. La centralisation, manifestation de la prépondérance étatique et de l'unité républicaine, fut alors, fort logiquement, le modèle longtemps dominant.

Mais cette construction va peu à peu s'effriter, s'éroder face aux vents du réel. Dès lors, la centralisation ne peut être analysée que comme une phase de la décentralisation, une première étape de celle-ci, en somme, une décentralisation au stade embryonnaire ; elle apparaît ainsi comme une *proto-décentralisation*.

Nous verrons ainsi que la centralisation, qui va peu à peu s'amender (A), adoptera une version protéiforme d'elle-même : la déconcentration, proto-décentralisation portant en elle les gènes d'une décentralisation plus affirmée, *via* la prise en compte du territoire (B).

A. Etat, année 0 : unitarisme et centralisation

492. L'Etat nation tel que nous le connaissons en France s'est constitué et cristallisé après la Révolution française. La lutte entre les Girondins et les Jacobins ayant penché à l'avantage des seconds, ce sont leurs idées, et leur manière d'envisager l'Etat, qui ont de ce fait prévalu¹¹⁰¹.

Dès lors, c'est une vision de l'Etat fondée sur les principes alors « essentiellement politique(s) et idéologique(s) » d'unité et d'indivisibilité qui s'imposent, comme « antidote au fédéralisme girondin »¹¹⁰².

493. Pour autant, ces deux principes promus par la Convention n'avaient pas grand-chose de révolutionnaire. Fruits d'une « vieille tradition monarchique »¹¹⁰³, l'unité et l'indivisibilité ont en effet été injectées par la royauté au récit national, dont elles sont consubstantielles, dès l'apparition d'un embryon de sentiment national, apparu à l'issue de la bataille de Bouvines¹¹⁰⁴, remportée par Philippe Auguste. C'est d'ailleurs toute l'histoire de l'Ancien Régime que d'avoir voulu opposer au féodalisme l'image d'un Royaume de France un et indivis, gouverné par un seul souverain, incarné en la personne du Roi¹¹⁰⁵. Michel Verpeaux l'affirme sans ambiguïté : « l'État unitaire français s'est construit autour du pouvoir royal et par lui »¹¹⁰⁶.

¹¹⁰¹ Voir à ce propos, notamment : De TOCQUEVILLE Alexis, « L'ancien Régime et la Révolution », in, De TOCQUEVILLE Alexis « Œuvres complètes », Vol. 4, M. Lévy, 7e éd, 1856 et BURDEAU François, « Liberté Libertés locales chéries ! », éd. Cujas, Vendôme, 1983.

¹¹⁰² ROUX André, « Une République une et diverse ? », in MATHIEU Bertrand (ss. la dir. de) « 1958-2008. Cinquantième anniversaire de la Constitution française », AFDC, Dalloz, 2008, Paris, p. 148.

¹¹⁰³ ROUX André, « Une République une et diverse ? », *op.cit.*, p. 147.

¹¹⁰⁴ 27 juillet 1214.

¹¹⁰⁵ Cette affirmation est aujourd'hui débattue. Si pour Alexis de Tocqueville « la centralisation administrative est une institution de l'Ancien Régime et non pas l'œuvre de la Révolution ni de l'Empire » et quelle est la seule « portion » de l'Ancien Régime à avoir survécu à la Révolution, certains auteurs considèrent aujourd'hui que l'action du gouvernement royal visait plus à unifier un Royaume dispersé autour de la figure du Roi, plutôt qu'à centraliser. L'objectif est le maintien de la préservation de la souveraineté royale, et une large place est laissée aux libertés locales. Néanmoins, en réalisant ce travail d'unification, l'Ancien Empire a, à minima, facilité le travail de réalisation de l'unitarisme.

Voir à ce propos: De TOCQUEVILLE Alexis, « L'ancien Régime et la Révolution », in, De TOCQUEVILLE Alexis « Œuvres complètes », *op.cit.* et SOLEIL Sylvain, « L'Ancien Régime centralisateur ou respectueux des libertés ? », in BOUTIN Christophe, ROUVILLOIS Frédéric (ss. la dir. de), « Décentraliser en France. Idéologies et prospective. Colloque du Centre, 28 et 29 novembre 2002 », François-Xavier de Guibert, 2003.

¹¹⁰⁶ VERPEAUX Michel, « L'unité et la diversité dans la République », Les nouveaux Cahiers du Conseil constit., 2014, n°42, p. 7.

Ce qu'apporteront les Révolutionnaires à la centralisation tiendra principalement à la conceptualisation de la notion, qui apparaît « en 1794 [...] dans le vocabulaire politique »¹¹⁰⁷. Au Roi souverain succède le peuple souverain.

494. Mais cette propension centralisatrice des Pères de la République, et de la Nation, peut trouver à s'expliquer par le contexte même dans lequel se trouvait la France de l'époque.

A lire le Doyen Hauriou, il apparaît ainsi que la centralisation, en temps troublés, soit le seul moyen de protéger l'Etat : « seul un Etat fortement centralisé paraît capable de lutter avec succès contre les puissances intérieures qui, nées de la liberté, se dressent l'une après l'autre pour l'étouffer »¹¹⁰⁸. Jean Rivero dresse lui aussi un constat similaire : « que surgisse la guerre aux frontières et à l'intérieur, et les décentralisateurs de la Constituante cèdent la place aux farouches centralisateurs de la Convention »¹¹⁰⁹.

La démocratie se trouve donc placée dans « cette contradiction d'être travaillée par un ardent désir de liberté et d'être continuellement menacée d'oppression par des organisations puissantes enfantées par la liberté »¹¹¹⁰. La menace fédère, la menace centralise, et la centralisation apparaît alors comme le moyen le plus simple de maintenir l'intégrité et la cohérence du territoire national.

495. En ce qui concerne la santé, la centralisation, nous l'avons vu en ce qui concerne les hôpitaux, est intervenue à contretemps. Cependant, elle a répondu à cette volonté par le niveau central de reprendre en main un sujet confronté à des difficultés. Si le problème n'a pas été la guerre, les crises sanitaires de la seconde partie du XX^{ème} siècle ont conduit l'Etat à reprendre la main. Là aussi, c'est la menace qui a conduit à centraliser.

496. Mais il convient de s'intéresser à ce que recouvre précisément la notion de centralisation. Elle correspond à un mode d'organisation administratif de l'Etat dans lequel

¹¹⁰⁷ BURDEAU François, « Liberté Libertés locales chéries ! », *op.cit.*, p. 49.

¹¹⁰⁸ HAURIOU Maurice, « Précis de droit administratif et de droit public », Paris, Dalloz-Sirey, 9^{ème} éd., Paris, 1919, préface.

¹¹⁰⁹ RIVERO Jean, « Fédéralisme et décentralisation : harmonie ou contradiction », *in* Pages de doctrine, LGDJ, 1980, p.213, p. 217.

¹¹¹⁰ HAURIOU Maurice, « Précis de droit administratif et de droit public », Sirey, 9^{ème} éd., Paris, 1919, préface.

l'intégralité des décisions, qu'elles soient juridiques ou administratives, est le seul fait des pouvoirs centraux, c'est à dire, de l'Etat et de ses représentants.

La centralisation se définit pour Hauriou comme une manière d'être de l'Etat consistant à ce « que l'administration locale et l'administration des intérêts spéciaux [soient confiées] à des autorités nommées par le pouvoir central »¹¹¹¹. Ainsi la centralisation n'interdit pas d'organiser cette prise en compte des intérêts spéciaux au plus près de ces dits intérêts. En somme, la centralisation n'interdit pas la décentralisation fonctionnelle, c'est-à-dire, la déconcentration. Au contraire même, pour pouvoir s'organiser efficacement alors que l'Etat élargit son interventionnisme, la centralisation va devoir compter sur la déconcentration pour répondre à des enjeux locaux de plus en plus complexes et nombreux. Et nous pouvons souscrire avec Alexis de Tocqueville qu'un « pouvoir central, quelque éclairé, quelque savant qu'on l'imagine ne peut embrasser à lui seul tous les détails de la vie d'un grand peuple. Il ne le peut, parce qu'un pareil travail excède les forces humaines »¹¹¹². Dès lors, l'Etat centralisé doit s'organiser pour pouvoir répondre dans les territoires aux problèmes locaux. Mais si ce sont matériellement les autorités locales de l'Etat qui auront à charge d'administrer, cela reste et demeure l'Etat. Ainsi, comme l'indique la célèbre sentence d'Odilon Barrot¹¹¹³, « c'est le même marteau qui frappe mais on en a raccourci le manche »¹¹¹⁴.

497. Nous aborderons donc ensuite la manière dont l'Etat va organiser cette prise en compte du territoire, l'incitant à faire évoluer son administration.

¹¹¹¹ FOURNIE François, *op.cit.*, p. 472.

¹¹¹² De TOCQUEVILLE Alexis, « De la démocratie en Amérique », Pagnerre, 1848, tome 1, p. 144.

¹¹¹³ Président du conseil des Ministres et ministre de la justice sous la présidence de Louis-Napoléon Bonaparte, puis vice-président du Conseil d'Etat de 1872 à 1873.

¹¹¹⁴ La citation lui est généralement attribuée, sans que ne soit citée pour autant de référence précise.

B. La progressive prise en compte du territoire par l'Etat

498. Résultant d'un état de fait, la déconcentration est avant tout la conséquence d'une adaptation à l'évolution des temps modernes. Il s'agit plus d'un moyen de développer une meilleure organisation interne de l'administration de l'Etat, que d'un processus réfléchi. Ainsi « avant d'être pensée et voulue, la déconcentration s'est imposée »¹¹¹⁵.

499. On constate en effet l'apparition d'intérêts locaux se différenciant de l'intérêt général, entendu comme celui de l'Etat, dès que celui-ci « dépasse une certaine étendue »¹¹¹⁶. Se manifestent alors à côté des « besoins généraux [...] des besoins locaux que l'administration centralisée ne connaît pas nécessairement et auxquels elle ne peut pourvoir du fait de son éloignement »¹¹¹⁷. Et si « l'obéissance décroît avec l'éloignement »¹¹¹⁸, il est inévitable d'adapter l'administration centralisée aux contingences du réel, afin d'améliorer son efficacité.

500. C'est cette prise en compte des intérêts spécifiques des territoires qui va faire évoluer le cadre dans lequel s'inscrit l'administration, ainsi que le contexte juridique dans lequel elle se réalise. Initialement purement de fait, elle deviendra fait juridique, et franchira un cap important, avec la réforme de 1964¹¹¹⁹, qui rendra les ministres incompétents pour régler des matières incombant aux autorités déconcentrées, c'est-à-dire aux préfets.

Ceux-ci possèdent dès lors une véritable marge de manœuvre pour engager avec les élites locales, installées sur le territoire qu'ils ont la charge d'administrer, un travail de concertation qui « s'impose »¹¹²⁰ dès lors que s'engage la déconcentration. Cette volonté de tisser des liens avec les individus composant le territoire, afin de faciliter la compréhension, l'acceptation, et la bonne intelligence des décisions prises, va encourager un cercle vertueux de la

¹¹¹⁵ PHILIP Olivier, « Régionalisation : déconcentration et décentralisation », in CONAC Gérard, Herbert MAISL Herbert, VAUDIAUX Jacques (textes réunis par), « Itinéraires: études en l'honneur de Léo Hamon », Economica Coll. Pol. Comparée, Paris, 1982, p. 530.

¹¹¹⁶ FOURNIE François, *op.cit.*, p. 233.

¹¹¹⁷ *ibid.*

¹¹¹⁸ *ibid.*

¹¹¹⁹ *ibid.*

¹¹²⁰ PHILIP Olivier, *op.cit.*, p. 531.

déconcentration. Sa mise en œuvre nécessite en effet une concertation, qui elle-même appelle à une intensification de la déconcentration.

501. En l'espèce, la santé connaîtra, avec un léger décalage, les mêmes évolutions que celles rencontrées par la plupart des pans de l'action publique.

502. Mais en soit, rapidement, la déconcentration, forme de centralisation déguisée, ne se suffit pas, ou plus à elle-même. Tocqueville envisage ainsi la centralisation comme une « atteinte à la liberté de l'individu »¹¹²¹, qui ne pourra être supprimée que par la promotion de la vie politique locale, qu'il ne tient pas pour « autre chose que la liberté »¹¹²². C'est une idée similaire que développe Maurice Hauriou, en considérant que ce mode d'organisation administrative contribue à étouffer les énergies locales, expressions de la liberté des individus : « livrée à elle-même, la centralisation de l'Etat s'exagère et fait le vide dans le pays, tuant au-dessous d'elle toute spontanéité et toute vie. Alors, si le pays ne veut pas mourir il faut qu'il se recrée une infrastructure d'institutions autonomes nouvelles »¹¹²³.

En effet, la volonté de la population locale de participer à l'administration du territoire qui, après tout, et peut-être avant tout, est le sien, réveillée par la concertation organisée dans le cadre de la déconcentration va devoir trouver à s'exprimer, à être entendue, et à être canalisée. En somme, la démocratisation du débat local va avoir à s'organiser ; et la déconcentration, sorte de proto-décentralisation, ne suffira plus.

503. En France, où la démocratie représentative est la règle, ce sont des mécanismes similaires à ceux observés au niveau national qui seront appliqués à la démocratisation de l'action locale. Sont alors créées des institutions locales, circonscrites à un territoire donné, et élues au suffrage universel.

La cause est entendue : la « déconcentration, liée à la concertation, [...] entraîne une certaine forme de décentralisation »¹¹²⁴.

¹¹²¹ BURDEAU François, *op.cit.*, p. 147.

¹¹²² De TOCQUEVILLE Alexis, « L'ancien Régime et la Révolution », II 2, p. 430.

¹¹²³ HAURIOU Maurice, « Principes de droit public à l'usage des étudiants en licence et en doctorat ès sciences politiques », Sirey, Paris, 1^{ère} éd., 1916, Paris, p. 316.

¹¹²⁴ PHILIP Olivier, *op.cit.*, p. 533.

504. Cette « certaine forme de décentralisation », sera la semi-décentralisation.

§2. L'Etat et les collectivités territoriales: l'âge de la semi-décentralisation

505. En France, pays de théâtre, la décentralisation sera promue par actes. Mais, en droit, les incantations ne suffisant en rien, la décentralisation ne se réalisera pas à sa simple invocation. Car la décentralisation contient en elle un paradoxe : celui de l'apparition de l'autre dans l'unité étatique. Cette « schizophrénie » institutionnelle devra trouver un *modus vivendi*.

Alors, qu'est-ce que décentraliser ? A quoi cela correspond ? Nous verrons ce que cela implique concrètement (A), afin d'expliquer pourquoi la décentralisation n'en est pas une par la simple apparition des collectivités : à la décentralisation précède la semi-décentralisation (B).

A. La décentralisation dans un Etat unitaire : une volonté de démocratisation

506. Dans le cadre d'un Etat unitaire, la décentralisation entraîne l'apparition, au côté des institutions centrales, d'institutions locales placées en marge de l'organisation administrative, même si elles y participent. *L'autre* se retrouve ainsi dans l'Etat (1).

L'apparition de ces institutions nouvelles, et jouissant d'une certaine autonomie, est généralement justifiée par la poursuite d'une nécessaire démocratisation de l'action publique (2).

1. L'apparition de *l'Autre* dans l'Etat

507. Nous avons déjà trahi le suspense : les institutions autonomes nouvelles dont parlait Hauriou seront les collectivités, qu'elles soient dénommées locales ou territoriales.

Nous préférons cependant la deuxième appellation, car, si comme nous le rappelle Louis Favoreu, « les deux expressions sont utilisées l'une pour l'autre après la seconde guerre »¹¹²⁵, collectivité territoriale semble préférable. Tout d'abord, d'un point de vue purement formel, car c'est cette appellation qui a été retenue par le constituant et le législateur. Ensuite d'un point de vue plus sémiologique, le terme territorial renvoie plus mécaniquement aux territoires sur lesquelles s'implantent les dites collectivités ; il les enracine dans un réel défini et limité. De plus, il les insère de la sorte dans un système total incluant parmi elles la collectivité territoriale originelle : l'Etat.

508. Comme l'Etat, les collectivités se définissent ainsi par l'un de leurs éléments essentiels : le territoire. Le terme « *territorial* » contribue dès lors à les installer sur un pied d'égalité conceptuelle à l'égard de l'Etat, en les regroupant avec lui au sein d'une matriche administrative et politique, tandis que le terme local encourage à les penser comme les composantes d'un tout auquel elles seraient inféodées. Il ne s'agit plus d'opposer le local au central, mais de considérer un territoire, celui de l'Etat, et des territoires, ceux des collectivités.

509. Ainsi, en dépit de la célèbre sentence du Doyen de Toulouse, définissant la décentralisation comme une « manière d'être de l'Etat »¹¹²⁶, et, de ce fait, les collectivités territoriales comme une manifestation des formes que celui-ci se donne, il faudrait considérer les collectivités, au contraire, ou tout autant, comme autrui par rapport à l'Etat.

¹¹²⁵ FAVOREU Louis, « La notion constitutionnelle de collectivité territoriale », in PETIT Jacques (textes réunis par), « Les collectivités locales. Mélanges en l'honneur de Jacques Moreau », Economica, 2003, Paris, p. 157. L'auteur nous précise également que René Chapus proposait lui de les dénommer collectivités territoriales locales afin de les différencier de la collectivité territoriale que constitue l'Etat.

¹¹²⁶ HAURIOU Maurice, « Décentralisation », Rép. Becquet, vol IX, 1892, p. 472.

Comme l'exprime Anne-Sophie Gorge, celles-ci se trouvent dans une « double situation d'intégration et d'altérité à l'égard de l'Etat »¹¹²⁷. Maurice Hauriou, relativisant sa position initiale, n'écrivait d'ailleurs lui-même pas autre chose : « toutes ces personnes morales viennent se ranger à côté de celle de l'Etat ; on a beau affirmer qu'elles en sont des démembrements, ce n'est qu'une formule vide de sens, car une personne subjective ne se démembre pas, elle est par définition indivisible ; la vérité est donc que les personnes morales décentralisées sont autrui par rapport à l'Etat ». ¹¹²⁸

510. Dès lors, quelle est la substance de cet autrui par rapport à l'Etat ? La doctrine s'entend sur une série de critères.

La collectivité territoriale, c'est une tautologie que de le rappeler, se caractérise par le rattachement à un territoire défini, la personnalité juridique, avec pour conséquence directe une autonomie juridique et patrimoniale, par des compétences¹¹²⁹, et par une gestion de ses affaires assurée par une assemblée délibérante élue placée hors de la chaîne hiérarchique étatique, et donc indépendante de l'Etat.

Ce dernier critère, celui de l'indépendance fonctionnelle, est certainement celui qui caractérise le mieux la décentralisation. C'est en effet celui qui différencie le plus le processus de décentralisation des autres moyens d'organiser l'administration des affaires locales de la République, telles que la décentralisation fonctionnelle, la déconcentration ou encore la concession de services publics. En effet, dans ces trois cas, les instances chargées d'administrer les affaires locales à leur charge sont compétentes car l'Etat leur en a confié la charge, et les a nommées. Ces structures sont placées dans une position de subordination à l'égard de l'Etat, que cela s'exprime par des mécanismes de tutelle ou par les dispositifs propres au régime de la concession de service public.

Or, pour Eisenmann, une institution peut être dite décentralisée lorsqu'elle est « personnellement indépendante de toute autorité administrative d'Etat [...] ou, vu sous l'angle inverse, que celle-ci ne soit pas maîtresse de la détention de sa fonction par l'autorité

¹¹²⁷ GORGE Anne-Sophie, « Le principe d'égalité entre les collectivités territoriales », Dalloz, Saint-Herblain, 2011, p. 34.

¹¹²⁸ HAURIOU Maurice, « Principes de droit public à l'usage des étudiants en licence et en doctorat ès sciences politiques », *op.cit.*, p. 324.

¹¹²⁹ La doctrine présentait traditionnellement les choses sous la dénomination de vocation générale, plutôt qu'en faisant référence à des compétences. Cet aspect sera abordé plus loin.

locale »¹¹³⁰. Eisenmann considère dès lors cette indépendance fonctionnelle comme définitivement acquise à la simple condition de l'indépendance de la nomination de l'autorité vis-à-vis de l'Etat, ou en tout cas, de son indépendance totale vis-à-vis de lui une fois sa nomination actée¹¹³¹.

De ce point de vue, l'élection n'est plus l'événement matriciel originel de la décentralisation, et la démocratie n'est plus la conséquence théorique de la décentralisation, mais un mode de désignation de l'autorité décentralisée parmi d'autres. L'élection n'est ici qu'un mode de détermination de l'autorité garantissant l'autonomie organique de la collectivité vis-à-vis de l'Etat, dont dépend son autonomie fonctionnelle.

511. Dans le cas de la santé, c'est cet introuvable critère d'indépendance fonctionnelle qui empêche d'analyser la régionalisation de la santé comme autre chose que le fruit d'un processus législatif organisant la déconcentration, au niveau régional, de l'administration sanitaire. La procédure de nomination du DGARS en Conseil des ministres et sa révocabilité en témoigne : l'ARS ne présente pas d'autonomie organique. En dépit de la -relative - modernité administrative que représente le recours aux agences¹¹³² et les subtilités les différenciant du reste des corps administratifs déconcentrés, il n'en reste pas moins que derrière elles, ou plutôt au-dessus d'elles, territorialement comme hiérarchiquement, se trouve l'Etat, c'est-à-dire le centre. Par conséquent, pour paraphraser Odilon Barrot, avec les ARS, c'est le même stéthoscope qui ausculte, mais on en a raccourci la tubulure.

512. Si le critère de l'indépendance fonctionnelle caractérise le mieux, juridiquement, la décentralisation, c'est le principe de désignation de l'autorité par voie élective qui la justifie le mieux, d'un point de vue politique.

C'est d'ailleurs celui qui est, sous nos latitudes, le plus facilement mis en œuvre, à tel point qu'il est possible de confondre élections locales et décentralisation, comme le fait Maurice Hauriou en écrivant que « la décentralisation se caractérise essentiellement par la

¹¹³⁰ EISENMANN Charles, « Ecrits de droit administratif », Dalloz, 2013, Millau, p. 63.

¹¹³¹ C'est-à-dire que l'autorité ne pourrait plus, une fois nommée par l'Etat, être révoquée par lui.

¹¹³² Jacques Rivero et Michel Waline considéraient eux que la décentralisation était réalisée par la reconnaissance de la personnalité juridique. Le développement des Agences semble les contredire. Il s'agit d'un critère nécessaire, mais pas du critère essentiel.

v. à ce sujet : RIVERO Jacques, WALINE Michel, « Droit administratif », 18ème éd, 2000, Dalloz, p. 305.

participation directe du souverain à la nomination des autorités locales ou spéciales »¹¹³³. Mais comme lui, une partie de la doctrine considère qu'une autorité n'est décentralisée « que dans la mesure où elle est élue »¹¹³⁴.

513. En tant qu'organes locaux constitués de représentants élus démocratiquement, les collectivités permettent d'organiser une représentation du territoire que ne permet pas le recours à la simple déconcentration. Elles participent dès lors d'un mouvement de démocratisation du local auquel ne participe pas le phénomène de déconcentration, quelles que soient les formes qu'il arbore¹¹³⁵.

2. Décentraliser pour démocratiser

514. Pour une grande partie de la doctrine, la décentralisation retranscrit ainsi, fondamentalement, la volonté de démocratiser le débat local et les discussions autour des affaires locales. Elle est « le développement et la conséquence logique du principe démocratique de la souveraineté nationale »¹¹³⁶.

Et même si Einsenmann, très critique à l'égard de la démocratie représentative et de l'élection, qu'il considère comme une « lointaine approximation du gouvernement par les citoyens »¹¹³⁷, ne tient pas la décentralisation, réalisée de cette façon, comme une garantie automatique de démocratisation, il faut reconnaître qu'il s'agit, en l'état actuel des choses, du processus de détermination de l'autorité le plus démocratique qu'ait à proposer notre droit.

Ainsi s'il est incontestable qu'un régime décentralisateur n'est pas forcément démocratique, il convient d'adopter ici une posture sceptique en se demandant ce qui semble être, non pas le vrai, mais le plus vraisemblable. De ce point de vue, peut-on dire qu'un régime décentralisé

¹¹³³ HAURIOU Maurice, « Décentralisation », *op.cit.*, p. 472.

¹¹³⁴ La citation est de Paul Couzinet, cité par FOURNIE François, « Recherches sur la décentralisation dans l'œuvre de Maurice Hauriou », *op.cit.*, p. 239.

¹¹³⁵ Il faudrait relativiser le constat, eu égard, notamment, aux processus de concertations qu'il implique, et décrits par Olivier Philip.

PHILIP Olivier, « Régionalisation : déconcentration et décentralisation », *op. cit.*, p. 525.

¹¹³⁶ HAURIOU Maurice, « Décentralisation », *op.cit.*, p. 474.

¹¹³⁷ EISENMANN Charles, « Ecrits de droit administratif », *op.cit.*, p. 64.

contient en lui plus de chances qu'un régime centralisé de voir se réaliser « l'impératif démocratique »¹¹³⁸ catégorique¹¹³⁹ ?

515. Si la démocratie représentative est en soit imparfaite, de par le mécanisme de représentation qui, justement, la soutient, le système de désignation par l'Etat, c'est à dire celui issu de la logique centraliste, est-il plus démocratique ? Là encore, un scepticisme pyrrhonique nous contraint de considérer comme le plus démocratique le régime assurant une représentation la moins diluée possible. Ainsi, à la question de savoir si la décentralisation contient en elle plus de potentialités démocratiques que la déconcentration, il convient de répondre par l'affirmative, tant la décentralisation « implique en elle-même une manifestation de l'idée démocratique »¹¹⁴⁰. Hauriou considère au surplus les élections locales comme « les seules que comprennent vraiment les électeurs, les seules où ils aient pleinement conscience de leur pouvoir, les seules où ils s'intéressent au jeu politique, les seules aussi où ils aient quelque compétence pour émettre une opinion sur les affaires »¹¹⁴¹. Si le point de vue du Doyen de Toulouse semble pouvoir porter le flanc aux critiques¹¹⁴², que l'observation, notamment, des taux de participation actuels aux élections locales pourrait amener à formuler, Maurice Hauriou a, à notre sens, raison de considérer que la mobilisation de ce mode de désignation est « essentiel pour que le corps électoral prenne conscience de sa souveraineté »¹¹⁴³.

516. Par conséquent, la décentralisation telle que nous l'avons discutée devrait être automatiquement considérée comme un moyen de démocratiser le débat local plus efficace que les autres systèmes d'administration territoriale procédant de l'Etat : « il n'y a de démocratie que là où le peuple nomme ses fonctionnaires »¹¹⁴⁴.

¹¹³⁸ Défini comme tel depuis Alexis de Tocqueville. v. à ce sujet : MONCONDUIT François, « Tocqueville : la décentralisation, impératif démocratique », in « L'Objet local », Coll., Union générale d'édition, 1977, p. 34.

¹¹³⁹ L'expression est ici utilisée dans son acception Kantienne, tant la poursuite de l'idéal démocratique semble être aujourd'hui ce qui doit inconditionnellement être fait.

¹¹⁴⁰ BONNARD Roger, « Précis élémentaire de droit administratif », Sirey, 2^{ème} éd., Paris, 1935, p. 282.

¹¹⁴¹ HAURIOU Maurice, « Précis de droit constitutionnel », Sirey, 2^{ème} éd, Paris, p. 190.

¹¹⁴² A ce sujet, voir DELVOLE Pierre, VEDEL Georges, « Droit administratif », PUF, t.1, Paris, 1992.

On notera également la formulation quelque peu méprisante utilisée par Hauriou à l'égard de la compétence, et donc de la légitimité des électeurs à se positionner sur des sujets d'envergure nationale.

¹¹⁴³ HAURIOU Maurice, « Précis de droit constitutionnel », *op.cit.*, p. 190.

¹¹⁴⁴ Le propos est celui de Fouché de Nantes, révolutionnaire, cité par BURDEAU François, *op.cit.*, p. 51.

517. La décentralisation s'exprime donc, mieux que par tout autre chose, dans cette alliance entre réalisation de l'impératif démocratique et indépendance fonctionnelle. La définition proposée par Georges Vedel et Pierre Delvolé est à ce titre tout à fait pertinente. Les deux auteurs considèrent la décentralisation comme le processus consistant « à remettre des pouvoirs de décision à des organes autres que de simples agents du pouvoir central, non soumis au devoir d'obéissance hiérarchique, et souvent élus par des citoyens intéressés »¹¹⁴⁵.

518. En ce qui concerne la santé, il est possible de constater que cette démocratisation n'a pas encore eu lieu. La régionalisation de la santé a conduit à confier l'administration du secteur à l'ARS et non à la Région. C'est donc l'Etat central qui garde la main, et non une collectivité locale élue.

519. Mais la décentralisation, du point de vue plus cynique d'Hauriou, a également pour finalité de « désarmer [...] les résistances des populations »¹¹⁴⁶. En somme, de faciliter l'administration du territoire en proposant à l'Etat un interlocuteur identifié, et légitimé par le processus électif. Car si la décentralisation crée un organe local élu, celui-ci ne remplace pas les autorités déconcentrées présentes sur son territoire d'implantation. Les deux autorités, et les deux types d'administration vont dès lors cohabiter : « la décentralisation [...] ne détruit pas la centralisation, elle se combine avec elle pour lui faire contrepoids »¹¹⁴⁷.

B. Une démocratisation sous contrôle : la semi-décentralisation

520. Jean-Marie Pontier considère que « la notion qui a été retenue en France pour exprimer les relations entre les collectivités locales et le pouvoir central n'a pas été l'autonomie, mais la décentralisation »¹¹⁴⁸. Il ajoute ensuite que l'autonomie locale n'est pas « seulement une question de règles, fussent-elles les plus précises et les plus nombreuses

¹¹⁴⁵ DELVOLE Pierre, VEDEL Georges, « Droit administratif », PUF, t.1, Paris, 1992, p. 398.

¹¹⁴⁶ HAURIOU Maurice, « Principes de droit public à l'usage des étudiants en licence et en doctorat ès sciences politiques », *op.cit.*, p. 479.

¹¹⁴⁷ HAURIOU Maurice, « Précis de droit administratif et de droit public », Sirey, 11^{ème} éd., Paris, p. 58.

¹¹⁴⁸ PONTIER Jean-Marie, « Autonomie locale, libre administration, décentralisation », *in*, « Itinéraires d'un constitutionnaliste. Mélanges en hommage à Francis Delpérée », Bruylant, LGDJ, 2007, Bruxelles, p. 1222.

possibles [...] c'est une question de relations entre le pouvoir central et les autorités locales qui reposent sur un climat de confiance, ou son absence »¹¹⁴⁹.

521. La situation que décrit ici le Professeur Pontier est celle de la « co-administration du territoire »¹¹⁵⁰ que notre système a contribué à développer.

Cette idée se retrouve également, et avant cela, dans les écrits de Charles Eisenmann. Il théorise cette situation, en ayant recours au concept de semi-décentralisation. L'auteur s'étonnait d'ailleurs de la non prise en compte de cette réalité par la doctrine : « comment peut-on fermer les yeux à cette évidence que le système qui associe les deux autorités au pouvoir de décision sur un pied d'égalité est, ne peut-être qu'un système original, intermédiaire entre la centralisation et la décentralisation, les combinant, les associant, en créant un organe de décision mixte, puisque formé d'un élément d'Etat et d'un élément local indépendant ? »¹¹⁵¹.

522. Fondant son analyse sur sa lecture de ce qu'est la décentralisation, c'est-à-dire « l'absence de dépendance pour les organes locaux, la multiplicité de centres locaux »¹¹⁵², Eisenmann s'appuie sur les mécanismes présidant aux prises de décisions locales. Selon cette analyse, si une décision, pour être revêtue d'une quelconque portée juridique, doit être la « volonté, l'œuvre commune »¹¹⁵³ des autorités centrales et décentralisées, que « rien ne peut se faire sans leur accord, leur entente et leur coopération [...] qu'elles ne peuvent aller que de concert »¹¹⁵⁴, alors nous nous trouvons en présence d'un système qui n'est plus la centralisation, mais pas encore la décentralisation ; il s'agit de semi-décentralisation.

523. Hauriou lui-même, tantôt laudateur de la décentralisation, tantôt méfiant, considérait que celle-ci devait prendre soin de faire subsister « une tutelle, c'est-à-dire une surveillance de l'Etat sur les autorités décentralisées »¹¹⁵⁵. Cette vision d'une décentralisation qui n'en est

¹¹⁴⁹ PONTIER Jean-Marie, « Autonomie locale, libre administration, décentralisation », *op.cit.*, p. 1230.

¹¹⁵⁰ BRISSON Jean-François, « Les transferts de compétences de l'Etat aux collectivités locales », *op.cit.*

¹¹⁵¹ EISENMANN Charles, « Ecrits de droit administratif », Dalloz, 2013, Millau, p. 58.

¹¹⁵² *id.*, p. 53.

¹¹⁵³ *id.*, p. 58.

¹¹⁵⁴ *ibid.*

¹¹⁵⁵ HAURIOU Maurice, « Décentralisation », *op.cit.*, p. 475.

pas totalement une, et témoignant d'une certaine défiance à l'égard de l'autonomie locale, a, à bien des égards, prévalu, et continue d'être la réalité de l'administration des territoires dans de nombreux domaines.

524. Il est toutefois possible d'observer des avancées, des pas, de la semi-décentralisation, vers la décentralisation. La modification du régime de contrôle en est à ce titre un bon exemple. En effet le régime antérieur de la tutelle, en conditionnant la validité de la décision de l'organe déconcentré à l'acceptation ou à la non-opposition de l'Etat, et du préfet, est caractéristique de ce système associant les deux autorités. A tel point que celui-ci faisait écrire à Eisenmann qu'il s'agissait « d'un pouvoir de consentement-véto »¹¹⁵⁶ faisant, par conséquent, de l'autorité déconcentrée, « un membre de l'organe de décision, ensemble et à égalité avec l'autorité locale »¹¹⁵⁷. Le système a par la suite évolué, transformant quelque peu le rôle du représentant de l'Etat à une « fonction de surveillance »¹¹⁵⁸, laissant la « fonction de sanction »¹¹⁵⁹ au juge administratif.

Dès lors, si cette semi-décentralisation telle que décrite par Eisenmann, prendra fin avec la disparition de la tutelle, elle sera en partie remplacée par une semi-décentralisation contractuelle, inscrivant l'action locale dans un cadre concerté, reposant sur des outils négociés.

525. En ce qui concerne la santé, et plus spécifiquement dans le Nord-Pas de Calais, le cas de l'expérimentation avec l'ARH, dans un cadre conventionnel, est l'une des manifestations de cette demi-décentralisation contractuelle.

Les CPER en sont un autre exemple, qui concerne la Région, de cette co-administration fondée sur des « logiques partenariales »¹¹⁶⁰, et contenant « des engagements réciproques dans

¹¹⁵⁶ EISENMANN Charles, « Ecrits de droit administratif », *op.cit.*, p. 62.

¹¹⁵⁷ *ibid.*

¹¹⁵⁸ PONTIER Jean-Marie, « Autonomie locale, libre administration, décentralisation », *op.cit.*, p. 1226.

Ce rôle reste d'ailleurs tout à fait résiduel. Comme le précise Jean-Marie Pontier, le déferrement reste tout à fait résiduel (0,003% en XXX), pour des raisons plus pratiques, liées à un manque de temps et d'équipes disponibles, qu'en raison du dispositif juridique organisant cette surveillance.

¹¹⁵⁹ *ibid.*

¹¹⁶⁰ BRISSON Jean-François, « Les transferts de compétences de l'Etat aux collectivités locales », *op. cit.*

les domaines les plus divers, sans se préoccuper de savoir si une collectivité est juridiquement compétente ou pas »¹¹⁶¹.

Car, dans le cas de la santé, ces pratiques conventionnelles, qu'il s'agisse de la convention avec l'ARH, comme avec le CPER, ont trouvé à se réaliser alors même que la Région intervenait hors compétence¹¹⁶². On voit ici que le contenu de ces outils, révélateurs « d'une nouvelle forme de décentralisation », à la fois contingente dans le temps et à géométrie variable dans l'espace est plutôt déterminée par « le pragmatisme des acteurs locaux » que « par la stricte observation des compétences légales »¹¹⁶³.

526. Cela peut également trouver à s'expliquer dans la philosophie même du processus de décentralisation, et son ressort démocratique. L'invitation faite aux territoires de s'occuper des affaires qui les concernent porte en elle les tenants d'un élargissement sans fin du débat local. Dans quelle mesure est-il possible de limiter la prise de parole et la décision publique lorsqu'elle émane d'une assemblée élue démocratiquement ? De plus, comme le relève Olivier Philip, la simple sollicitation des assemblées locales, conduit « à accroître en fait »¹¹⁶⁴ leurs compétences. Comme pour la déconcentration, la décentralisation est dès lors prise dans un cercle vertueux l'entraînant de la semi-décentralisation vers une décentralisation véritable, et élargie aux sujets et matières que souhaitent prendre à leur charge les collectivités. L'analyse des débats des élus de la Région Nord-Pas de Calais, proposée précédemment, a mis en évidence cette aspiration à la décentralisation.

527. Ce processus d'élargissement naturel de la décentralisation, cette « inertie à la décentralisation », pour détourner la formule de Bertrand Faure¹¹⁶⁵, arc-boutés sur l'impératif catégorique de démocratie, constitue-t-il un risque pour notre Etat unitaire ? La décentralisation véritable, c'est à dire l'autonomie, est-elle un danger ? Décentraliser est-ce

¹¹⁶¹ *ibid.*

¹¹⁶² Cette affirmation est à relativiser concernant l'expérimentation avec l'ARH reposant sur une loi l'autorisant expressément.

¹¹⁶³ BRISSON Jean-François, « Les transferts de compétences de l'Etat aux collectivités locales », *op.cit.*

¹¹⁶⁴ PHILIP Olivier, *op.cit.*, p. 533.

¹¹⁶⁵ FAURE Bertrand, « Existe-t-il un pouvoir local en droit constitutionnel français ? », RDP, 1996, p. 1550.

vraiment, comme Francis-Paul Bénéoit le pense, « aménager l'Etat pour le renforcer, l'améliorer, le restreindre, ou éventuellement le détruire »¹¹⁶⁶.

§3. L'âge adulte : la décentralisation...au détriment de l'Etat?

528. Après la déconcentration, et la semi-décentralisation, la décentralisation doit-elle advenir, et le peut-elle ? Poser ces questions, c'est poser celle de la différenciation dans le cadre d'un Etat unitaire.

Aujourd'hui en bonne partie constitutionnalisé, le droit des collectivités territoriales a gagné une place de choix dans notre ordonnancement juridique. Après en avoir observé le contenu (A), nous essaierons d'évaluer les conséquences de cette constitutionnalisation, et plus généralement de la décentralisation, sur notre Etat unitaire (B). Nous verrons qu'au-delà des apparences, la possibilité d'une cohabitation entre les principes contradictoires d'unité et de différenciation semble possible.

A. La constitutionnalisation du phénomène décentralisateur : la fin de l'unité de l'Etat ?

529. En ce qui concerne le droit des collectivités, l'histoire du 20^{ème} siècle est celle de sa lente, mais inexorable, constitutionnalisation. A ce titre, la Constitution de la V^{ème} République, et ses révisions, marqueront un tournant dans le régime juridique des collectivités territoriales ; cela est d'autant plus important que « c'est dans les pays ayant un fort héritage centralisateur que le régime constitutionnel des collectivités locales peut contribuer à modifier

¹¹⁶⁶ BENOIT Francis-Paul, « les structures administratives territoriales devant l'exigence de la décentralisation », in DEBBASCH Charles (ss. la dir. de), « La décentralisation pour la rénovation de l'Etat : colloque organisé par la faculté d'Aix-Marseille les 23 et 24 mai 1975 », PUF, 1976, p. 111.

leur place dans l'État et à faire respecter leur autonomie et leurs compétences par l'État et ses administrations »¹¹⁶⁷.

530. La IV^{ème} République reconnaîtra tout de même « l'existence de collectivités territoriales »¹¹⁶⁸, à la différence des lois constitutionnelles de la III^{ème} République, qui se limiteront à faire référence aux collectivités en ce qui concerne le mode de désignation des sénateurs¹¹⁶⁹.

Mais c'est à peu près tout. La constitution de 1946 prendra d'ailleurs le soin de rappeler, dans la même phrase, que cette reconnaissance des collectivités est faite par une « République française une et indivisible ». Et si l'article 87 donne une valeur constitutionnelle au principe de libre administration, la charge de fixer le reste du régime des collectivités, dans son intégralité, est renvoyée au législateur. L'assise démocratique des collectivités, débattue plus haut, est également rappelée, par la Constitution, qui dispose que celles-ci sont administrées par des conseils élus¹¹⁷⁰.

531. Il serait faux, cependant, de voir dans la version initiale de la Constitution de 1958 un véritable bouleversement en la matière.

La libre administration est reprise, et il n'est plus uniquement fait mention de collectivités, mais des « collectivités territoriales de la République », listées à l'article 72. Sont ainsi constitutionnalisées les Communes, les Départements et les territoires d'Outre-Mer.

Mais le reste du titre XI¹¹⁷¹ se borne à préciser certaines dispositions spécifiques et peu novatrices concernant les DOM-TOM, ainsi qu'à rappeler, à l'article 72, le rôle, dans le

¹¹⁶⁷ MARCOU Gérard, « Les collectivités locales dans les constitutions des Etats unitaires en Europe », Les nouveaux Cahiers du Conseil Constit., 2014, n°4, p. 63.

¹¹⁶⁸ Titre X, art.85 de la Constitution du 27 octobre 1946.

¹¹⁶⁹ Loi du 24 février 1875 relative à l'organisation du Sénat.

L'article 4 fait référence aux conseillers généraux, conseillers d'arrondissement, et aux délégués des conseils municipaux chargés d'élire les sénateurs. L'article 2 opère lui la répartition des sièges entre les différents Départements.

Source :

<http://www.conseil-constitutionnel.fr/conseil-constitutionnel/francais/la-constitution/les-constitutions-de-la-france/constitution-de-1875-iii-republique.5108.html>

Consulté le 11/05/2017

¹¹⁷⁰ L'article 87 précise que ceux-ci doivent être élus au suffrage universel direct. Cette référence au mode de scrutin disparaîtra en 1958.

¹¹⁷¹ Qui deviendra Titre XII en 1993.

contrôle administratif et le respect des lois par les collectivités, du « délégué du Gouvernement » dans « les territoires et les Départements », chargé, comme sous la IV^{ème} République¹¹⁷², de veiller aux « intérêts nationaux ».

La mention, comme dans la Constitution de 1946, de l'indivisibilité de la France est toujours présente¹¹⁷³ ; il n'en est simplement plus fait mention expressément dans le titre consacré aux collectivités¹¹⁷⁴. Seul a disparu le qualificatif « une », présent dans le texte de 1946. La France deviendrait-elle multiple ? Nous n'en sommes pas encore là.

532. C'est avec la réforme constitutionnelle de 2003¹¹⁷⁵, relative à l'organisation décentralisée de la République, portée par le gouvernement de Jean-Pierre Raffarin, et venant constitutionnaliser un certain nombre de principes, qu'un pas important sera franchi.

Formellement, d'abord, la simple observation du volume pris par les articles concernant les collectivités est, en elle-même, significative. Pour les seules collectivités métropolitaines, les ajouts concernent l'article 72, qui bénéficie d'un doublement du nombre de ses alinéas¹¹⁷⁶, et la création des articles 72-1, 72-2, 72-3, 72-4.

Sur le fond, ensuite, la réforme porte le sceau de la régionalisation, en inscrivant les Régions aux côtés des Départements et des Communes dans la catégorie des collectivités métropolitaines de la République, définies à l'article 72, et les sortant ainsi de l'orbite législative. Le même article consacre la reconnaissance d'un principe de subsidiarité, en disposant que « les collectivités territoriales ont vocation à prendre les décisions pour l'ensemble des compétences qui peuvent le mieux être mises en oeuvre à leur échelon ». Ce même article 72 reconnaît aux collectivités un pouvoir réglementaire pour l'exercice de leurs compétences, ainsi que la possibilité de déroger aux dispositions législatives et réglementaires

Loi constitutionnelle n°93-952 du 27 juillet 1993 portant révision de la Constitution du 4 octobre 1958 et modifiant ses titres VIII, IX, X et XVI, JORF n°172 du 28 juillet 1993, p. 10600.

¹¹⁷² Art. 88 de la Constitution du 27 octobre 1946.

¹¹⁷³ Art. 1 de la Constitution du 27 octobre 1946.

¹¹⁷⁴ La formule « la France est une République indivisible, laïque, démocratique et sociale » de l'article premier de la Constitution de 1946 est reprise telle quelle à l'article 2 de celle de 1958. Cette formule sera déplacée à l'article premier par la réforme de 1995.

Loi constitutionnelle no 95-880 du 4 août 1995 portant extension du champ d'application du référendum, instituant une session parlementaire ordinaire unique, modifiant le régime de l'inviolabilité parlementaire et abrogeant les dispositions relatives à la Communauté et les dispositions transitoires, JORF n°181 du 5 août 1995, p. 11744.

¹¹⁷⁵ Loi constitutionnelle n° 2003-276 du 28 mars 2003 relative à l'organisation décentralisée de la République, JORF n°75 du 29 mars 2003, p. 5568.

¹¹⁷⁶ Six, contre trois avant la révision.

nationales, dans le cadre d'une procédure d'expérimentation au régime relativement similaire¹¹⁷⁷ à celui créé par l'article 37-1¹¹⁷⁸, issu de la même révision constitutionnelle.

L'article 72 opère également la constitutionnalisation du principe, déjà connu, de l'interdiction pour une collectivité d'exercer une tutelle sur une autre, reconnaissant ainsi l'égalité des collectivités entre elles, tout en ouvrant la possibilité d'un chef de filât, qui devra être autorisé par la loi, dans la perspective d'une nécessaire action commune, que l'une d'entre elles aura alors la responsabilité d'organiser.

La révision constitutionnelle entend également asseoir les garanties accordées aux collectivités et les moyens à leur disposition.

Leur droit d'accéder à des ressources dont elles peuvent disposer librement, condition de l'effectivité de leur indépendance fonctionnelle, se voit lui aussi constitutionnellement garanti par l'article 72-2 de la Constitution, aux côtés du principe de transfert des moyens nécessaires à la mise en œuvre des compétences transférées de l'Etat vers les collectivités. Le même article dispose que les recettes fiscales et autres ressources propres doivent représenter une part déterminante de leurs moyens financiers, en renvoyant cependant le contenu précis de cette disposition au pouvoir législatif.

L'article 72-1 opère lui un élargissement de la démocratie locale à la démocratie participative, au travers de la reconnaissance du droit de pétition¹¹⁷⁹, du référendum local¹¹⁸⁰, ou de la possibilité de consulter les administrés dans le cas de la modification des limites territoriales ou de l'organisation d'une collectivité¹¹⁸¹. De ce point de vue, la démocratisation locale entreprise par la décentralisation semble bien constituer, comme le pense Patrick Le Louarn, un « préalable »¹¹⁸² à la réalisation de la démocratie locale participative.

¹¹⁷⁷ La faculté pour les collectivités de participer à une expérimentation est limitée, par ce même article 72, aux champs ne mettant pas en cause les conditions essentielles d'exercice d'une liberté publique, ou d'un droit constitutionnellement garanti.

¹¹⁷⁸ Art. 37-1. - La loi et le règlement peuvent comporter, pour un objet et une durée limités, des dispositions à caractère expérimental.

¹¹⁷⁹ Art. 72-1.

¹¹⁸⁰ *ibid.*

¹¹⁸¹ *ibid.*

¹¹⁸² Le LOUARN Patrick, « Réflexions sur la démocratie locale et participative, le temps et le droit », in CADEU Emmanuel (textes réunis par), « Perspectives du droit public : Mélanges offerts à Jean-Claude Hélin », Lexis-Nexis, Litec, éd. du Juris-Classeur, 2004, Fontenay-le-Comte, p. 400.

533. L'autre avancée essentielle de cette révision, qui ne concerne pas à proprement parler le régime juridique des collectivités, réside dans la modification de l'article 1^{er} de la Constitution, consacrant l'organisation décentralisée de la République, « malgré les réticences d'une partie de la doctrine et du conseil d'Etat lui-même [...] qui considéraient que la notion de décentralisation relevait d'avantage de l'ordre administratif que de l'ordre constitutionnel »¹¹⁸³.

Alors certes, celle-ci s'inscrit toujours dans le cadre d'une République indivisible, laïque, démocratique et sociale, mais tout de même, la nouveauté lexicale est notable. Inscrite dans le contexte d'une révision éponyme, et faisant la part belle au régime des collectivités, la référence n'est pas que symbolique. Pour autant il ne s'agit pas, au pur plan de l'effectivité juridique, « d'une innovation majeure quant à la forme de l'Etat républicain mais d'une affirmation visant à bien marquer le caractère irréversible et fondamental des réformes décentralisatrices »¹¹⁸⁴.

534. On le voit, « cette constitutionnalisation du droit des collectivités territoriales conduit à dépasser, de loin, le niveau législatif où, comme sous la IV^{ème} République, ce droit est, en principe, cantonné, sous réserves de la garantie constitutionnelle de l'autonomie locale »¹¹⁸⁵. Et ce, même si la révision n'ira pas jusqu'à consacrer, formellement, le principe d'autonomie locale. Car, comme le relève Jean-Marie Pontier, si la Constitution ne comporte pas l'expression d'autonomie locale, « c'est bien de l'autonomie locale dont il a été question »¹¹⁸⁶ à l'occasion des débats ayant précédé le texte de 2003, ainsi que dans les lois prises à la suite, et en application¹¹⁸⁷, de la révision.

Mais la reconnaissance de son organisation décentralisée en 2003, a-t-elle eu pour conséquence de détricoter un Etat qui serait désormais constitué uniquement de collectivités autonomes les unes des autres ? En somme, l'Etat indivisible et unitaire a-t-il disparu ?

¹¹⁸³ ROUX André, « Constitution, décentralisation et libre administration des collectivités territoriales » in, « Itinéraires d'un constitutionnaliste. Mélanges en hommage à Francis Delpérée », Bruylant, LGDJ, 2007, Bruxelles, p. 1380.

¹¹⁸⁴ *ibid.*

¹¹⁸⁵ GOHIN Olivier, « La réforme de l'Etat décentralisé », in MATHIEU Bertrand (ss. la dir. de) « 1958-2008. Cinquantième anniversaire de la Constitution française », *op.cit.*, p. 766.

¹¹⁸⁶ PONTIER Jean-Marie, « Autonomie locale, libre administration, décentralisation », *op.cit.*, p. 1229.

¹¹⁸⁷ L'auteur cite notamment la loi n° 2004-758 du 29 juillet 2004 prise en application de l'article 72-2 de la Constitution relative à l'autonomie financière des collectivités territoriales, JORF n°175 du 30 juillet 2004, p. 13561.

B. La décentralisation dans l'unité : la fin de l'uniformité

535. Si Maurice Hauriou pensait que « la décentralisation politique supposerait brisée dans le pays l'unité du droit »¹¹⁸⁸, à l'évidence, la crainte du doyen de Toulouse n'a pas encore trouvé à se réaliser. Derrière la sentence, on mesure, pour un Etat unitaire, le risque que représente une véritable décentralisation, associant autonomie administrative, c'est à dire la capacité à gérer les affaires locales, et autonomie politique, c'est à dire la capacité à fixer les règles juridiques présidant à celles-ci.

536. Pour autant, la distinction entre les deux formes d'autonomie semble fragile, tant elle semble, à bien des égards, artificielle. Comment gérer en autonomie les affaires locales sans pouvoir en fixer les règles ? Comment parler d'autonomie dans le cas où celle-ci ne trouve à se manifester que par la faculté de gérer une affaire donnée ? Comment, hors du droit, incarner la « diversité au sein de la République [...] devenue [...] réalité constitutionnelle »¹¹⁸⁹ ? La décentralisation ne peut-elle être qu'administrative ?

537. L'autonomie, pour la simple raison que c'est ce que son étymologie implique¹¹⁹⁰, nécessite, pour être effective, de reconnaître aux personnes qui en sont dotées, la faculté de définir leurs propres normes, et donc, leurs propres règles juridiques.

La constitutionnalisation de la reconnaissance d'un pouvoir réglementaire aux collectivités semble d'ailleurs aller dans le sens de la reconnaissance de cette autonomie politique. Mais est-ce vraiment le cas ? Quelle est la nature de ce pouvoir réglementaire ? La doctrine, sur ce point est divisée. Si les auteurs, à l'instar de Patrick Le Louarn, sont d'accord pour reconnaître que « les institutions décentralisées produisent du droit, soit directement en participant à l'élaboration de la règle, soit indirectement, en influençant son application »¹¹⁹¹, ou encore que la décentralisation a contribué à un élargissement du droit en substituant « des

¹¹⁸⁸ HAURIOU Maurice, « Précis de droit administratif et de droit public », Dalloz, 12^{ème} éd., Paris, 2002, pp. 58-59.

¹¹⁸⁹ VERPEAUX Michel, « L'unité et la diversité dans la République », Les nouveaux Cahiers du Conseil constit., 2014, n°42, p. 7.

¹¹⁹⁰ Du grec *autos* (soi-même) et *nomos* (loi, règle).

¹¹⁹¹ Le LOUARN Patrick, *op.cit.*, p. 406.

relations juridiques aux simples pratiques disciplinaires et hiérarchiques de l'administration centralisée »¹¹⁹², les positions concernant leurs pouvoirs normatifs propres divergent.

Louis Favoreu considère ainsi que dans « un Etat unitaire il ne saurait en effet exister de source normative autonome en dehors de celle émanant des organes nationaux »¹¹⁹³. Jean-François Brisson partage ce point de vue, car la « non autonomie du pouvoir réglementaire découle du principe d'indivisibilité de la République »¹¹⁹⁴. Michel Verpeaux va lui aussi dans ce sens et conclut de son analyse de la réforme de 2003 que « le pouvoir réglementaire reconnu aux collectivités territoriales est [...] secondaire et résiduel »¹¹⁹⁵.

A l'inverse, François Fournié tire de son travail de thèse consacré aux écrits de Maurice Hauriou, qu'au contraire, « les collectivités locales constituant des institutions, au sens qu'à ce mot dans la théorie de l'Institution, on peut donc tenir pour acquis qu'elles tiennent leur pouvoir normatif directement d'elles-mêmes » et que, dès lors, « on peut qualifier leur pouvoir normatif d'originel »¹¹⁹⁶.

538. La lecture du texte constitutionnel, sur ce point, ne permet pas de trancher définitivement en ce sens. Si l'on s'en tient à l'article 72, leur pouvoir réglementaire est lié directement à l'exercice de leurs compétences. Dès lors, il est autonome à partir du moment où leur sont conférées des compétences. Et le renvoi « aux conditions prévues par la loi » n'apporte pas ici beaucoup de précisions. Se réfère-t-il aux mécanismes d'octroi des compétences, à la libre administration par des conseils élus, au pouvoir réglementaire, ou aux trois ?

A dire vrai, nous ne sommes pas sûrs que cette distinction entraîne une quelconque conséquence en ce qui concerne ce droit. Le pouvoir réglementaire, quel qu'il soit, est soumis au pouvoir législatif ; et par conséquent, tout pouvoir réglementaire est dérivé du pouvoir

¹¹⁹² HAURIUO Maurice, « Principes de droit public à l'usage des étudiants en licence et en doctorat ès sciences politiques », *op.cit.*, p. 689.

¹¹⁹³ FAVOREU Louis, « Décentralisation et Constitution », *RD Public*, 1982, p. 1259.

¹¹⁹⁴ BRISSON Jean-François, « Les transferts de compétences de l'Etat aux collectivités locales », *op.cit.*

¹¹⁹⁵ VERPEAUX Michel, « L'unité et la diversité dans la République », *op.cit.*

Après avoir mis en évidence la soumission du pouvoir réglementaire au pouvoir législatif, il poursuit son analyse, concernant les rapports entre pouvoirs réglementaires de l'exécutif et des collectivités comme suit : « si la loi constitutionnelle du 28 mars 2003 a également reconnu aux collectivités territoriales un pouvoir réglementaire, celui-ci est limité à l'exercice de leurs compétences (art. 72 al. 3), et ne peut empiéter sur le pouvoir réglementaire reconnu au Premier ministre et au Président de la République (art. 21 et 13) ».

¹¹⁹⁶ FOURNIE François, *op.cit.*, p. 35.

législatif, et ne lui est pas, dès lors, autonome. Mais le pouvoir réglementaire n'en est pas moins autonome du pouvoir réglementaire de l'exécutif, et donc du pouvoir central.

La ligne de partage des eaux se situe ici, dans un « Etat unitaire décentralisé »¹¹⁹⁷ : à ce qui relève du pouvoir législatif et réglementaire. Et c'est la Loi qui garantit l'unité du droit national.

539. Ainsi, la question de l'autonomie du pouvoir réglementaire des collectivités n'est qu'un débat théorique à la portée limitée. Sa résolution n'empêcherait en rien de développer un droit local spécifique, pour peu que la loi autorise les autorités locales à contrevenir aux autres dispositions s'appliquant sur le territoire. Il s'agirait ainsi de laisser la loi nationale encadrer, définir, comme en droit civil ou social, des normes absolues, d'ordre public, auxquelles les collectivités ne pourraient déroger, mais n'empêchant pas d'amender le reste. S'il résulte de « l'indivisibilité de la souveraineté et de la République qu'aucune collectivité ne peut être investie d'une quote-part de la souveraineté »¹¹⁹⁸, et donc, dans un Etat unitaire, de la définition de la Loi, il n'en est pas moins vrai que « le maintien de l'unité comme principe fondateur de la République est [...] aujourd'hui loin d'exclure la reconnaissance de la diversité »¹¹⁹⁹.

Mais cette reconnaissance ne se fera pas au prix de l'unité de la République : son maintien « se réalise grâce au contrôle de la légalité des actes des collectivités territoriales comme l'exige la Constitution dans son article 72 qui donne au représentant de l'Etat, dans les collectivités, la charge du contrôle administratif et du respect des lois »¹²⁰⁰.

540. Ce débat entre ce qui relève du national et du local devra également se trouver, dans la figure du juge, un arbitre impartial. Le juge constitutionnel occupera ce rôle en premier lieu, en organisant son intervention « méthodiquement, autour de la nécessité de placer les collectivités territoriales, dans une séparation relative à l'égard du gouvernement, sous la

¹¹⁹⁷ FAVOREU Louis, « La notion constitutionnelle de collectivité territoriale », in « Les collectivités locales. Mélanges en l'honneur de Jacques Moreau », Economica, 2003, Paris, p. 155.

¹¹⁹⁸ DUGUIT Léon, « Traité de droit constitutionnel », éd. de Broccard, 3ème éd, t.2, 1928, p.120.

¹¹⁹⁹ ROUX André, « Une République une et diverse ? », in MATHIEU Bertrand (ss. la dir. de) « 1958-2008. Cinquantième anniversaire de la Constitution française », *op.cit.*, p. 149.

¹²⁰⁰ KADA Nicolas, MERGEY Anthony, « Décentralisation », in KADA Nicolas, PASQUIER Romain, COURTECUISSÉ Claire, AUBELLE Vincent (ss. la dir. de), « Dictionnaire encyclopédique de la décentralisation », *op.cit.*, p. 364.

dépendance du législateur »¹²⁰¹, et en s'attachant « à définir un seuil de partage entre les compétences législatives et réglementaires »¹²⁰². Le juge administratif ensuite, aura la charge d'opérer le contrôle juridictionnel dans le cadre posé par les textes et par le juge constitutionnel.

541. De plus, la reconnaissance d'un pouvoir d'édiction de la norme juridique aux collectivités, doit permettre d'œuvrer à la réalisation de l'impératif démocratique, tant « le territoire peut rendre le droit plus concret, plus adapté aux conditions réelles de la vie des administrés, plus proche de la quotidienneté »¹²⁰³.

Ce faisant, ce pragmatisme territorial, ainsi défendu, participe d'une meilleure prise en compte de la « dignité de la personne humaine »¹²⁰⁴, en appuyant sur la diversité territoriale le respect des différences liées à « l'identité historique ou aux caractéristiques géographiques des collectivités, et ainsi établir le droit de l'habitant à l'attachement au sol »¹²⁰⁵. Le territoire, ainsi défini en lieu de vie auquel sont associées et reconnues des réalités propres, puis des droits spécifiques liés à ses caractéristiques, qu'elles soient économiques, historiques, culturelles ou géographiques, devient le « lieu d'exercice de libertés qui, territorialisées, deviennent plus concrètes »¹²⁰⁶.

542. En somme, la reconnaissance de l'autonomie territoriale concourt à promouvoir et concrétiser les droits et libertés humains, tout en autorisant une différenciation s'appuyant sur une base objective : l'appartenance à un territoire. L'écueil communautariste, qui constitue un risque pour l'unité républicaine, est évité.

Au contraire, pour Jean-Bernard Auby, le passage par la collectivité permet d'établir un lien neutre et légitime entre le territoire et l'individu autorisant une différenciation sur une base objective acceptable. Le droit est ainsi rétabli dans « sa fonction corporative »¹²⁰⁷ tout en préservant « l'unité et le pluralisme territorial du système juridique »¹²⁰⁸. Pour l'auteur, « la

¹²⁰¹ GORGE Anne-Sophie, *op.cit.*, p. 441.

¹²⁰² *id.*, p.442

¹²⁰³ MADIOT Yves, « Vers une territorialisation du droit », RFDA, 1995, p. 951.

¹²⁰⁴ *id.*, p. 952.

¹²⁰⁵ GORGE Anne-Sophie, *op.cit.*, p. 333.

¹²⁰⁶ MADIOT Yves, « Vers une territorialisation du droit », *op.cit.*, p. 952.

¹²⁰⁷ AUBY Jean-Bernard, « La décentralisation et le droit », *op.cit.*, p. 143.

¹²⁰⁸ *ibid.*

décentralisation agit comme un ressort d'unité qui permet au système juridique de s'adapter à la diversité des situations juridiques concrètes par un biais qui est à la fois d'une certaine neutralité dans son principe, et de grande signification politique dans sa mécanique »¹²⁰⁹.

543. Si le dilemme territorial français repose alors sur cet équilibre entre prise en compte des spécificités locales, et maintien de l'unité nationale, nous voyons ainsi que l'un n'empêche pas l'autre. Au contraire, les deux sont complémentaires, et apparaissent comme les deux leviers de l'effectivité des droits de l'Homme et du citoyen. Garanties au niveau central, c'est-à-dire national, ils doivent, pour trouver à se concrétiser, être mis en œuvre au niveau local, c'est-à-dire territorial. C'est à cette condition que pourra s'opérer le glissement de « l'Etat unitaire, à l'Etat uni [...] dont la force motrice réside dans l'acceptation par le droit à la différence au sein de la Nation Française »¹²¹⁰ ; car ce n'est qu'envisagés dans le contexte précis de leur application que ceux-ci pourront trouver à être pleinement respectés.

544. Nous l'avons vu à l'occasion de cette première section, envisagées d'un point de vue juridique au sein d'un Etat unitaire, la décentralisation, et, partant, l'autonomie locale sur laquelle elle repose, peuvent ne pas sembler être de prime abord, pour paraphraser le Professeur Pontier, des choses naturelles¹²¹¹.

Cependant, à bien des égards, la centralisation ne l'est pas plus. Et de fait, « à la décentralisation s'analysant comme une concession de l'Etat, s'oppose la spontanéité de la libre administration, manifestation éclatante de l'irréductibilité des libertés locales »¹²¹².

Répondant à une aspiration des individus à gérer les affaires les concernant en premier lieu, la décentralisation n'est pas, de notre point de vue, un simple processus visant à optimiser l'administration du territoire. Si elle a été organisée par la Nation, elle ne découle pas tant de

¹²⁰⁹ AUBY Jean-Bernard, « La décentralisation et le droit », *op.cit.*, p. 147.

¹²¹⁰ GUEGUEN Romaric, « L'action internationale des collectivités territoriales dans le cadre de l'Etat unitaire », Thèse, Univ. Paul Cézanne Aix-Marseille, 2008, Univ. Paul Cézanne Aix-Marseille, pp. 475-476

¹²¹¹ « L'autonomie locale n'est pas quelque chose de naturel ».

PONTIER Jean-Marie, « Autonomie locale, libre administration, décentralisation », *in*, ANDERSEN Robert, DEOM Diane, LEURQUIN-DE-VISSCHER Françoise, RASSON-ROLAND Anne, RENDERS David, VERDUSEN Marc (ss. la dir. de), « Itinéraires d'un constitutionnaliste. Mélanges en hommage à Francis Delpérée », Bruylant, LGDJ, 2007, Bruxelles, p. 1222.

¹²¹² PRIET François, « Sur une notion désormais constitutionnalisée : la décentralisation », *in* FATOME Etienne, FRESSOZ Pierre, GONOD Pascal (textes réunis par), « Terres du droit. Mélanges en l'honneur d'Yves Jégouzo », Dalloz, 2009, Saint-Just-la-Pendue, p. 252.

l'imposition d'une vision descendante, que d'une volonté ascendante émanant des territoires eux-mêmes. D'ailleurs, la reconnaissance par l'Etat, du « fait de nature »¹²¹³ que constitue la différenciation territoriale, permet d'instaurer la décentralisation « comme un moyen de concilier l'unité et le pluralisme territorial du système juridique »¹²¹⁴, restaurant ainsi le droit dans sa « fonction corporative »¹²¹⁵.

En l'espèce, comme dans d'autres, l'ordonnancement juridique de la décentralisation est né de l'impérieuse nécessité créée par la pratique et la spontanéité de la vie. Elle a ensuite été encouragée par l'impératif démocratique, tout comme par les droits individuels.

Dès lors, « la décentralisation reste un processus administratif évolutif indéfiniment à parfaire »¹²¹⁶. Nous verrons dans la prochaine section que la décentralisation a désormais les moyens juridiques et politiques de tendre vers ce perfectionnement.

Section 2. Les facteurs endogènes et exogènes de soutien à la dynamique décentralisatrice

545. Les mécanismes de recomposition territoriale vont changer la donne. La régionalisation mondiale, en créant des espaces intégrés supra-nationaux va venir transformer le rôle et la prédominance de l'Etat-Nation. Remise en cause de l'intérieur comme de l'extérieur, sa situation de primauté vis-à-vis des autres institutions productrices de normes et de décisions administratives et politiques va s'en trouver mise à mal.

546. La décentralisation peut tirer profit de cette situation, génératrice de vecteurs internes et externes en interpénétration qui favorisent le processus.

Une nouvelle « dialectique »¹²¹⁷ entre global et local va se nouer, créant un climat favorable et vecteur de droits nouveaux pour les collectivités (§1). Ceux-ci vont contribuer à alimenter un

¹²¹³ AUBY Jean-Bernard, « La décentralisation et le droit », *op.cit.*, p. 143.

¹²¹⁴ *ibid.*

¹²¹⁵ *ibid.*

¹²¹⁶ PRIET François, « Sur une notion désormais constitutionnalisée : la décentralisation », *op.cit.*, p. 267.

droit interne des collectivités déjà propice à un plus ample approfondissement de la décentralisation (§2).

§1. Les facteurs exogènes

547. Paradoxalement, ou plutôt, contre-intuitivement, la globalisation des échanges, qui brouille les frontières entre Etats, et, de ce fait, remet en cause la pertinence de la prise de décision à leur échelle, va s'accompagner d'une revalorisation de l'échelon local. C'est ce que certains auteurs appellent la « glocalisation »¹²¹⁸ (A).

La construction européenne, est, en ce qui nous concerne, la manifestation la plus évidente de ce type de recompositions territoriales. En instaurant un dialogue avec les collectivités des Etats, et en promouvant leur protection juridique, la construction européenne va peser sur l'organisation interne des Etats (B).

Ces deux mécanismes favorisent ainsi les mécanismes de décentralisation et d'autonomisation des collectivités à l'égard des Etats.

A. La « glocalisation »

548. La globalisation est généralement considérée comme le phénomène concourant au développement, au niveau international, d'interdépendances entre les différents acteurs nationaux. Elle touche l'ensemble des sphères d'activités, et invite à repenser l'échelle des réseaux économiques et politiques.

En ce sens, la globalisation constitue un risque pour l'Etat-Nation, en déplaçant nombre d'enjeux au-delà de sa sphère de compétence propre, et de sa capacité de régulation. Dans ce contexte, de nombreuses activités voient leurs implantations territoriales se modifier, se

¹²¹⁷ AUBY Jean-Bernard, « La globalisation, le droit et l'Etat », *op.cit.*, p. 151.

¹²¹⁸ BECK Ulrich, « What is globalization? » Polity Press, Cambridge, 2000, p. 42.

multiplier, alors que dans le même temps les territoires constatent « l'accroissement de la compétition »¹²¹⁹ entre eux.

549. Mais la globalisation concourt également à un « gommage »¹²²⁰ des territoires. Cela se traduit par l'avènement de « standards »¹²²¹, qu'ils soient éthiques, économiques ou politiques. En ce qui concerne le droit, ce phénomène trouve à s'incarner via la diffusion de droits fondamentaux à vocation universaliste, et au développement de règles et d'institutions juridiques « sans considération de la localisation spatiale [...] et de manière uniforme »¹²²². Le développement de ce phénomène contribue à remettre en cause « la segmentation du monde en systèmes juridiques » et génère une perméabilisation croissante de ces systèmes »¹²²³. Dès lors, il conduit « à déplacer le niveau de décision pertinent vers des espaces élargis »¹²²⁴.

550. Mécaniquement, dans le même mouvement de déposssession du national, la globalisation devrait conduire à déposséder le local, l'infra-national, de tout pouvoir de décision. Cependant nous constatons empiriquement, et de manière contre-intuitive, que se crée au contraire une « dialectique du global et du local »¹²²⁵. Paradoxalement les phénomènes de déterritorialisation liés à la globalisation vont engendrer une revalorisation du territoire, à l'aune d'une « complicité »¹²²⁶ nouvelle entre global et local.

551. Cette dialectique, appelée « glocalisation »¹²²⁷, a été particulièrement décrite et analysée, en France, par le professeur Jean-Bernard Auby. L'attachement au local va

¹²¹⁹ AUBY Jean-Bernard, « Globalisation et décentralisation », in GARBAR Christian-Albert (textes réunis par), « Les mutations contemporaines du droit public, Mélanges en l'honneur de Benoît Jeanneau », Dalloz-Sirey, Paris, p. 564.

¹²²⁰ AUBY Jean-Bernard, « La globalisation, le droit et l'Etat », LGDJ, Lextenso, 2ème éd. , Paris, 2010, p. 151.

¹²²¹ AUBY Jean-Bernard, « Globalisation et décentralisation », *op.cit.*, p. 565.

¹²²² *id.*, p. 566.

¹²²³ *ibid.*

¹²²⁴ CHEVALLIER Jacques, « Synthèse », in BLONDIAUX Loïc, MARCOU Gérard, RANGEON François, (ss. la. dir. de), « La démocratie locale. Représentations, participation et espace public. Colloque organisé par le Centre de recherches administratives publiques et sociales, et le Centre universitaire de recherches administratives et politiques de Picardie », PUF, Paris, 1999, p. 414.

¹²²⁵ AUBY Jean-Bernard, « La globalisation, le droit et l'Etat », *op.cit.*, p. 151.

¹²²⁶ AUBY Jean-Bernard, « La globalisation, le droit et l'Etat », *op.cit.*, p. 158

¹²²⁷ BECK Ulrich, « What is globalization? » Polity Press, Cambridge, 2000, p. 42.

fonctionner comme un « contre-poids, une compensation »¹²²⁸ à l'éloignement procédant de la globalisation.

Car l'abstraction et la complexité des enjeux globalisés compliquent le rôle du citoyen, et le rattachement au local rend concret l'engagement dans l'action politique ; ce qu'écrivait Hauriou sur les élections locales prend ici tout son sens¹²²⁹.

552. Mais la globalisation ne s'inscrit pas pour autant en opposition au local. Le local et le global apparaissent comme les deux faces du même Janus. L'un et l'autre se complètent, maintiennent un équilibre entre éloignement et proximité, prompt à organiser une répartition des compétences non plus arc-boutée sur la simple volonté du législateur, ou du politique, mais sur un principe de subsidiarité, adapté aux contingences du réel, et à l'exigence moderne d'effectivité des politiques publiques, ainsi que des institutions et des outils juridiques sur lesquels elle s'appuie.

553. Ainsi, le « retour du politique infra-national »¹²³⁰ témoigne moins « d'une réaction à la globalisation de l'économie [...] en vue de protéger les sociétés locales d'effets jugés néfastes notamment sur leur cohésion », que d'une manière de « la domestiquer et lui donner une forme légitime »¹²³¹. Et si l'extrême centralisation, comme le décrivait Hauriou, faisait peser sur le pays un risque de mort, la globalisation ne fait que déplacer ce risque et oblige l'Etat à s'appuyer plus que jamais sur des institutions autonomes nouvelles, les collectivités, pour relégitimer son action, et, plus prosaïquement, la poursuivre à des niveaux locaux de gouvernements « porteurs de plus de stabilité »¹²³². Par conséquent, il est évident que des « liens se nouent entre le mouvement de globalisation et la décentralisation »¹²³³, le premier incitant à un renforcement du second.

¹²²⁸AUBY Jean-Bernard, « La globalisation, le droit et l'Etat », *op.cit.*, p. 153.

¹²²⁹ Qu'il considérait comme « les seules que comprennent vraiment les électeurs, les seules où ils aient pleinement conscience de leur pouvoir, les seules où ils s'intéressent au jeu politique, les seules aussi où ils aient quelque compétence pour émettre une opinion sur les affaires ».

v. supra 515

¹²³⁰ Patrick Le Galès, cité par Bernard Jouve, *in* JOUVE BERNARD, « Echange politique territorialisé et mobilisation régionale en Europe. Convergence, divergence et prudence », *in* « Que gouvernent les Régions d'Europe ? Echanges politiques et mobilisations régionales », ss. la dir. de Emmanuel Négrier et Bernard Jouve, L'Harmattan, Clamecy, 1998, p. 301.

¹²³¹ *id.*, p.301

¹²³² AUBY Jean-Bernard, « La globalisation, le droit et l'Etat », *op.cit.*, p. 154.

¹²³³ *ibid.*

554. L'exemple le plus emblématique de cette globalisation encourageant le développement de la décentralisation, est certainement celui de la construction européenne, développée en surplomb de l'Etat-Nation, et tentant d'encourager la montée en puissance des collectivités territoriales.

B. La construction européenne comme soutien à la décentralisation

555. Le projet européen tel que promu par les Pères de l'Europe avait en ligne de mire, au lointain, le développement du fédéralisme. Si l'Europe fédérale n'est pas encore réalisée, l'apparition, au-dessus des Etats, d'une institution chargée de gérer certaines compétences communautarisées constitue un changement de donne. De fait, avec la montée en puissance de l'Europe, l'Etat s'évide vers le haut, confiant ses missions et compétences à une structure *sui generis* supra-nationale.

Mais si cet « étiolement de l'Etat »¹²³⁴ résulte de la montée en puissance de l'UE, il procède de l'Etat lui-même : « contrairement à d'autres périodes historiques, le retrait de l'Etat est volontaire et conséquent à la fois d'une décentralisation rationnelle et d'une prise en charge de la réglementation générale et des politiques territoriales régionales par l'Union européenne »¹²³⁵.

La décentralisation et le projet européen apparaissent ainsi comme deux vecteurs opposés taraudant l'Etat. Alors que la « globalisation travaille les sociétés nationales et les institutions étatiques vers le haut, de l'extérieur, là où la décentralisation les démultiplie à l'intérieur vers le bas »¹²³⁶, les deux phénomènes, de concert, prennent en étau l'Etat.

556. De plus, le développement européen entraîne, lui-aussi, un approfondissement du mouvement décentralisateur, alors même que l'UE n'a aucun pouvoir, ni aucun droit, pour

¹²³⁴ FOURNIE François, « Recherches sur la décentralisation dans l'œuvre de Maurice Hauriou », *op.cit.*, p. 300.

¹²³⁵ Le LOUARN Patrick, « Réflexions sur la démocratie locale et participative, le temps et le droit », *op.cit.*, p. 405.

¹²³⁶ AUBY Jean-Bernard, « Globalisation et décentralisation », *op.cit.*, p. 563.

influer sur l'organisation interne des Etats membres. Pourtant elle n'hésite pas, ou n'hésite plus, à passer au-dessus des Etats pour engager un dialogue direct avec leurs collectivités. Comme nous l'avons vu, leur parole est organisée au sein même des institutions européennes.

557. Là aussi l'action volontaire du gouvernement et du législateur français a eu pour but de faciliter ce dialogue entre infra et supra national. La loi NOTRe¹²³⁷, en se fixant comme objectif essentiel d'opérer un redécoupage des Régions, en témoigne. De fait, la réforme a été régulièrement « légitimée par des arguments externes et européens, telle que l'obtention d'une taille critique dans la compétition internationale »¹²³⁸.

Quoi que l'on puisse penser de la pertinence de la réforme engagée à l'aune de cet objectif, il n'en demeure pas moins que ce redécoupage porte la volonté de faire des nouvelles grandes Régions des acteurs de poids au niveau européen, ainsi que des interlocuteurs crédibles vis-à-vis des autres Régions européennes. Il s'agit également de renforcer les Régions vis-à-vis de l'Europe elle-même, d'autant plus que certains fonds européens sont aujourd'hui gérés directement par elles. Le développement régional est d'ailleurs à tel point lié au développement européen, que certains auteurs considèrent que « l'eupéanisation et la régionalisation constituent deux manifestations d'un seul et même processus » de « réarticulation territoriale »¹²³⁹.

La politique régionale de l'UE est, elle aussi, un vecteur important. Certains auteurs considèrent que « l'effet modernisant de la politique régionale pourrait renforcer la position des régions vis à vis des gouvernements nationaux et appuyer leur demande d'une plus grande autonomie »¹²⁴⁰.

Pour Bertrand Faure, la loi NOTRe constituait même une tentative [...] de consacrer un pouvoir régional supérieur, c'est-à-dire un pouvoir d'imposer un comportement positif aux collectivités inférieures »¹²⁴¹. En somme, il s'agissait dans le cadre de cette réforme d'avancer

¹²³⁷ Loi n° 2015-991 du 7 août 2015 portant nouvelle organisation territoriale de la République, dite loi NOTRe, JORF n°0182 du 8 août 2015, p. 13705.

¹²³⁸ JOUEN Marjorie, « Les nouvelles Régions françaises vues d'Europe », Notre Europe, Institut Jacques Delors, 2015, p. 2.

¹²³⁹ KOHLER-KOCH Beate, « La renaissance de la dimension territoriale en Europe. Entre illusion et réalité », in « Que gouvernent les Régions d'Europe ? Echanges politiques et mobilisations régionales », *op.cit.*, p. 35.

¹²⁴⁰ KOHLER-KOCH Beate, *op.cit.*, p. 45.

¹²⁴¹ FAURE Bertrand, « L'épisode constitutionnel de la réforme des collectivités territoriales », *Revue du droit public*, 2015, n°5, p. 1173.

clairement vers la régionalisation, et de consacrer la place primordiale des Régions vis-à-vis des autres collectivités¹²⁴².

Il est impossible de déconnecter cet objectif des *stimuli* européens, et de l'effet d'entraînement qu'ils provoquent dans les Etats. Henri Oberdorff constate à ce sujet que « la décentralisation est devenue le principe d'organisation de la gestion des territoires et des besoins de leurs habitants », et que « les États membres de l'Union européenne ont régulièrement choisi d'améliorer leur organisation administrative décentralisée »¹²⁴³ ; la plupart du temps, ajouterons-nous, par la voie de la régionalisation. En encourageant le développement de partenariats entre les collectivités, et, là encore, tout particulièrement entre les Régions, l'Union alimente ce phénomène : « l'intensité de la coopération entre collectivités territoriales connaît un niveau supérieur avec le développement des Eurorégions qui font penser à des formes de restructuration du territoire européen, au moins de manière conceptuelle, indépendamment des frontières des États »¹²⁴⁴.

558. Mais il faudrait être « un brin sournois » pour conclure que l'UE parie sur « l'affaiblissement des Etats membres en insufflant vie et force aux entités infra-étatiques »¹²⁴⁵. Car s'il est « incontestable que les institutions de l'UE soutiennent les collectivités décentralisées, et, parmi elles, prioritairement les Régions »¹²⁴⁶, reconnues comme « référents fonctionnels »¹²⁴⁷, cela n'est pas uniquement pour « contourner l'obstacle »¹²⁴⁸ des souverainetés nationales et maintenir à flot le projet européen.

¹²⁴² Bertrand Faure ajoute dans le même article que cet objectif est cependant loin d'avoir été rempli. Le reste du droit des collectivités, qui n'a pas été modifié, en interdisant notamment la tutelle d'une collectivité sur une autre, empêche d'envisager des relations verticales entre elles. Le pouvoir supérieur de la Région est d'après lui, en l'état actuel du droit, impossible. L'action des collectivités devra toujours davantage faire appel à la collaboration qu'à la contrainte.

¹²⁴³ OBERDORFF Henri, « Territoires, collectivités et Union européenne », *Revue du droit public*, 2015, n°5, p. 1217.

¹²⁴⁴ FAURE Bertrand, « L'épisode constitutionnel de la réforme des collectivités territoriales », *op.cit.*

¹²⁴⁵ THOUVENIN Jean-Marc, « Conclusions », *in*, PERROT Danielle (ss. la dir. de) « Collectivités territoriales et organisations régionales. De l'indifférence à l'interaction », L'Harmattan, Paris, 2014, p. 454.

¹²⁴⁶ KADA Nicolas, « Les collectivités territoriales dans l'Union européenne. Vers une Europe décentralisée », PUG, 2010, p. 10.

¹²⁴⁷ MICHEA Frédérique, « Quelle promotion pour les entités infra-étatiques dans les organisations d'intégration et de coopération régionales ? Les enseignements de la politique de cohésion de l'Union européenne », *in* PERROT Danielle (ss. la dir. de) « Collectivités territoriales et organisations régionales. De l'indifférence à l'interaction », *op.cit.*, p. 177.

¹²⁴⁸ KADA Nicolas, « Les collectivités territoriales dans l'Union européenne. Vers une Europe décentralisée », *op.cit.*, p. 11.

C'est avant tout, au niveau européen, la même motivation qu'au niveau national qui contribue à pousser la décentralisation : la réalisation de l'impératif démocratique. Et pour les pères fondateurs, la décentralisation apporte de « solides garanties contre les gouvernements autoritaires ou dictatoriaux »¹²⁴⁹.

Il faut également rappeler que le projet européen porte en son cœur la volonté de se dresser en rempart aux éventuels conflits armés internes. De ce fait, en éloignant le risque militaire, il contribue à éloigner le besoin centralisateur et « libère les énergies décentralisatrices »¹²⁵⁰.

De la même manière qu'en droit interne, la promotion par l'UE de la décentralisation est également liée à la diffusion et à la volonté de proposer une meilleure garantie des droits humains fondamentaux. La diffusion des schémas de pensée européens au niveau national va entraîner mécaniquement des répercussions sur le droit interne en la matière, rendant le contournement de la décentralisation, arc-boutée sur les droits humains, plus difficile pour les Etats. Ce « détour par l'Europe pour fonder notre législation et la référence de plus en plus fréquente aux droits de l'Homme européens interdit définitivement le retour d'un Etat nation omnipotent »¹²⁵¹.

559. Pour autant, l'UE abrite au sein des Etats membres « une grande diversité à la fois dans le type de structures décentralisées, dans les compétences exercées par les administrations locales, et dans les conceptions de la décentralisation »¹²⁵².

Ainsi l'Europe des Régions apparaît bel et bien comme un « mythe »¹²⁵³, et cette diversité empêche de penser que « si l'Europe politique se réalise, elle se fera selon un schéma institutionnel identique et uniforme à l'échelle de l'Union »¹²⁵⁴.

Quoi qu'il en soit, c'est bien le modèle régional qui est promu par l'Union, et « le projet fédéral qui la sous-tend la conduit en effet parfois à chercher à instrumentaliser les dites

¹²⁴⁹ *id.*, pp. 10-11.

¹²⁵⁰ FOURNIE François, « Recherches sur la décentralisation dans l'œuvre de Maurice Hauriou », *op.cit.*, p. 274.

¹²⁵¹ Le LOUARN Patrick, « Réflexions sur la démocratie locale et participative, le temps et le droit », *op.cit.*, p. 405/

¹²⁵² KADA Nicolas, « Les collectivités territoriales dans l'Union européenne. Vers une Europe décentralisée », *op.cit.*, p. 23.

¹²⁵³ KADA Nicolas, « Les collectivités territoriales dans l'Union européenne. Vers une Europe décentralisée », *op.cit.*, p. 25.

¹²⁵⁴ FOURNIE François, « Recherches sur la décentralisation dans l'œuvre de Maurice Hauriou », *op.cit.*, p.300

entités pour la promotion de ses intérêts propres »¹²⁵⁵. Pour l'UE, parvenir « jusqu'au citoyen par la démocratie régionale et locale »¹²⁵⁶ devra permettre de lui offrir « un relais politique »¹²⁵⁷, et ainsi de raffermir sa légitimité aux yeux des citoyens, tout en tentant de corriger le déficit démocratique qui lui est tant reproché.

560. Le mouvement européen apparaît alors comme un appui externe, un allié objectif de la décentralisation, et, plus précisément, de la régionalisation. Ce soutien a d'ailleurs pu trouver à s'incarner concrètement dans le paysage juridique européen.

En ce qui concerne l'UE, la redéfinition des différents traités a été l'occasion d'une évolution vers une plus grande prise en compte des collectivités. La place des collectivités au sein des traités est ainsi passée d'une « référence initialement modeste »¹²⁵⁸ et de « subtiles allusions au cadre régional »¹²⁵⁹, à une « attention accrue »¹²⁶⁰ depuis le traité sur l'UE de 1992. Aujourd'hui, les traités accueillent à « quinze reprises »¹²⁶¹ l'expression d'échelon local en leur sein.

Le Traité de Lisbonne s'est inscrit dans cette dynamique d'une plus grande prise en compte des collectivités, en proposant une « définition rénovée du principe de subsidiarité¹²⁶² incluant [...] les niveaux régional et local et impliquant une consultation des éventuels parlements régionaux dotés de pouvoirs législatifs »¹²⁶³. Il fait également mention, parmi les

¹²⁵⁵ THOUVENIN Jean-Marc, « Conclusions », *in*, « Collectivités territoriales et organisations régionales. De l'indifférence à l'interaction », *op.cit.*, p. 455.

¹²⁵⁶ Livre blanc sur la gouvernance de 2001, *cité par* THOUVENIN Jean-Marc, « Conclusions », *in*, « Collectivités territoriales et organisations régionales. De l'indifférence à l'interaction », *op.cit.*, p. 455.

¹²⁵⁷ THOUVENIN Jean-Marc, « Conclusions », *in*, « Collectivités territoriales et organisations régionales. De l'indifférence à l'interaction », *op.cit.*, p. 455.

¹²⁵⁸ KADA Nicolas, « Les collectivités territoriales dans l'Union européenne. Vers une Europe décentralisée », *op.cit.*, p. 27.

¹²⁵⁹ MICHEA Frédérique, « Quelle promotion pour les entités infra-étatiques dans les organisations d'intégration et de coopération régionales ? Les enseignements de la politique de cohésion de l'Union européenne », *in* « Collectivités territoriales et organisations régionales. De l'indifférence à l'interaction », *op.cit.*, p.174

¹²⁶⁰ KADA Nicolas, « Les collectivités territoriales dans l'Union européenne. Vers une Europe décentralisée », *op.cit.*, p. 29.

¹²⁶¹ MONJAL Pierre-Yves, « Europe », *in* KADA Nicolas, PASQUIER Romain, COURTECUISSÉ Claire, AUBELLE Vincent (ss. la dir. de), « Dictionnaire encyclopédique de la décentralisation », Berger Levrault, Domont, 2017, p. 515.

¹²⁶² *v. supra* 96

¹²⁶³ TUE, *op.cit.*, art. 4-4.

éléments de l'identité nationale, aux structures fondamentales politiques et constitutionnelles des Etats, « y compris en ce qui concerne l'autonomie locale et régionale »¹²⁶⁴.

Cette référence à l'autonomie locale renvoie et s'inspire directement d'un autre texte, non issu des institutions communautaires, reconnaissant la place des collectivités au sein des Etats : la Charte européenne de l'autonomie locale adoptée par le Conseil de l'Europe¹²⁶⁵.

561. Ratifiée en France très tardivement¹²⁶⁶, et une fois que l'essentiel des principes la contenant aient été constitutionnalisés, la Charte garantit aux collectivités un socle minimal empêchant les parlements nationaux de voter des dispositions reconnaissant aux autorités locales un niveau de protection et de libertés en dessous de ce qu'elle prévoit. Elle a ainsi contribué à promouvoir les principes de l'autonomie locale, et ce faisant, de la décentralisation, tout en concourant à une uniformisation européenne, en proposant un socle commun.

Dans un document de 2007 intitulé « La Charte européenne de l'autonomie locale : une nouvelle chance pour la décentralisation à la française ? »¹²⁶⁷, l'Observatoire sénatorial de la décentralisation faisait état d'un rapport du Conseil de l'Europe de 2000, portant sur la démocratie locale et régionale française, estimant d'ailleurs que la France ne pouvait, en ratifiant la Charte, que « conforter sa marche vers la décentralisation » dès lors qu'elle « satisfaisait, par son haut degré d'autonomie locale, la plupart des exigences d'un traité de plus en plus fondamental pour la substance de la démocratie ». Et de fait, la Charte, « premier et unique instrument juridique international garantissant le développement des principes de décentralisation et d'autonomie locale [...], constitue, à n'en pas douter, un support international solide et une chance pour la décentralisation »¹²⁶⁸. D'autant que Jean Puech, alors Président de l'Observatoire sénatorial de la décentralisation, la considérait comme « loin d'être acquise une fois pour toutes », comme « un processus lent » et « un combat quotidien

¹²⁶⁴ MICHEA Frédérique, « Quelle promotion pour les entités infra-étatiques dans les organisations d'intégration et de coopération régionales ? Les enseignements de la politique de cohésion de l'Union européenne », *op.cit.*, pp. 175-176.

¹²⁶⁵ Charte européenne de l'autonomie locale, Conseil de l'Europe, STE n°122, 01/09/1988.

¹²⁶⁶ Signée dès le 15 octobre 1985, la France ne déposait à Strasbourg l'instrument de ratification de la Charte que le 17 janvier 2007.

¹²⁶⁷ OBSERVATOIRE SENATORIALE DE LA DECENTRALISATION, « La Charte européenne de l'autonomie locale : une nouvelle chance pour la décentralisation à la française ? », Observatoire sénatorial de la décentralisation, 2007, p. 5.

¹²⁶⁸ WILLIAMS-RIQUIER Patrice, « La charte européenne de l'autonomie locale : un instrument juridique international pour la décentralisation », RFAP, 2007, n° 121-122, p. 191, p.202

contre les pesanteurs historiques et les réflexes recentralisateurs »¹²⁶⁹. Ainsi, le seuil d'autonomie locale que reconnaît la Charte apparaît comme une véritable opportunité pour la décentralisation

Pour autant, le « standard minimum »¹²⁷⁰ que constitue la Charte, ne promeut pas spécifiquement, à la différence de l'UE, l'échelon régional, et se tient, à cet égard « largement en dehors du mouvement général qui en Europe assure la redistribution des compétences »¹²⁷¹ à son profit. Rappelons tout de même que la Charte a été adoptée il y a plus de trente ans ; peut-être en serait-il autrement si elle était rédigée aujourd'hui.

L'Europe, en promouvant l'autonomie locale et la régionalisation, contribue, quoi que l'on puisse en dire, à influencer sur les choix institutionnels internes des Etats membres. Pour autant il s'agit plus d'une « Europe avec les Régions », que d'une « Europe des Régions » qui se fait jour.

Il n'empêche que l'action européenne et les outils juridiques qu'elle produit, qu'ils proviennent de l'UE ou du Conseil de l'Europe, contribuent à « modifier les principes directeurs et les règles de ce qui est considéré comme étant une façon légitime de gouverner, ainsi que l'organisation de la politique dans la vie de tous les jours »¹²⁷² ; et, par capillarité, à influencer sur l'ordonnancement juridique interne.

Ainsi, même si elle n'a pas forcément pour conséquence de « transformer la situation constitutionnelle des pays membres »¹²⁷³, l'influence européenne n'est certainement pas totalement étrangère à la constitutionnalisation des principes de la décentralisation en droit interne français, qu'elle semble avoir « largement inspirée »¹²⁷⁴.

562. Nous verrons d'ailleurs que les éléments au service de la décentralisation désormais intégrés à notre droit, comme le principe de subsidiarité, ne peuvent se penser de manière pertinente en dehors de leurs origines européennes.

¹²⁶⁹ OBSERVATOIRE SENATORIALE DE LA DECENTRALISATION, « La Charte européenne de l'autonomie locale : une nouvelle chance pour la décentralisation à la française ? », Observatoire sénatorial de la décentralisation, 2007, p. 6.

¹²⁷⁰ BRISSON Jean-François, « Les transferts de compétences de l'Etat aux collectivités locales », *op.cit.*

¹²⁷¹ *ibid.*

¹²⁷² KOHLER-KOCH Beate, *op.cit.*, p. 53.

¹²⁷³ *ibid.*

¹²⁷⁴ BRISSON Jean-François, « Les transferts de compétences de l'Etat aux collectivités locales », *op.cit.*

§2. Les facteurs endogènes

563. L'influence européenne aidant, le climat juridique interne va devenir lui aussi propice à la décentralisation.

L'introduction du principe de subsidiarité dans la Constitution, même si son contenu semble *a priori* quelque peu différent de celui promu par l'Europe, est à ce titre révélateur de cette tendance (A).

Il apparaît également que le législateur, titulaire de la « compétence de la compétence »¹²⁷⁵, ait de plus en plus en peine à contrôler les mécanismes d'attribution, et surtout, de limitation des compétences des collectivités. Le mécanisme juridique utilisé pour le faire apparaît, en effet, à bien des égards, inopérant (B).

A. Un principe au service des collectivités : la subsidiarité

564. Contenu dans la Charte européenne de l'autonomie locale¹²⁷⁶, et transposé en droit interne, le principe de subsidiarité, relatif aux rapports entre Etat et collectivités, est aujourd'hui consacré dans notre ordonnancement juridique. C'est à l'article 72 de la Constitution qu'est inscrit, en ces termes, le principe de subsidiarité : « les collectivités territoriales ont vocation, à prendre les décisions pour l'ensemble des compétences qui peuvent le mieux être mises en œuvre à leur échelon ».

565. Ainsi présenté, il est incontestable que le principe de subsidiarité ne crée pas de principe automatique de faveur à l'endroit des collectivités. En effet, la Constitution ne dit aucunement que l'échelon local est, naturellement, le bon échelon. Ici, le principe de

¹²⁷⁵ L'expression a vraisemblablement été utilisée pour la première fois par le théoricien du droit allemand Georg Jellinek. Elle a été mobilisée par l'auteur dans sa définition de la souveraineté, entendue non comme la somme des compétences étatiques existantes et possibles, mais comme la faculté de disposer de l'ensemble des compétences et d'en créer de nouvelles.

v. *à ce propos* : CARRE DE MALBERG Raymond, « Contribution à la Théorie générale de l'Etat », Dalloz, 2003, Paris, 1526 p. ; JELLINEK Georg, « L'Etat moderne et son droit », Panthéon-Assas Paris II, Paris, 2005, et QUARITSCH Helmut, « La souveraineté de l'État dans la jurisprudence constitutionnelle allemande », *Cahiers du Conseil constitutionnel*, n° 9, 2001.

¹²⁷⁶ Charte européenne de l'autonomie locale, Conseil de l'Europe, STE n°122, 01/09/1988.

subsidiarité se borne à imposer de rechercher, dans chaque cas, le niveau territorial d'action et de décision le plus pertinent ; « en ce sens, la subsidiarité n'est pas nécessairement un principe décentralisateur, et ce alors même qu'il a été présenté comme un principe fédéralisant par nombre de parlementaires »¹²⁷⁷. Ainsi, « selon le type de politique à mener, selon la nature des décisions à prendre, le niveau central pourra en effet se révéler l'échelon le plus adapté »¹²⁷⁸.

Tel qu'il a été introduit en droit interne, le principe de subsidiarité « ne permet en effet d'établir aucune délimitation formelle des compétences locales, pas plus qu'il ne limite [...] l'aptitude générale des collectivités locales à se saisir des affaires qu'elles jugeraient d'intérêt public local »¹²⁷⁹. Dans notre droit interne, le principe de subsidiarité vient uniquement au service de l'efficacité de l'action publique.

566. Il apparaît alors difficile de saisir les contours et implications potentiels du principe français, « largement impressionniste »¹²⁸⁰, de subsidiarité. Un détour, nécessaire, par les constructions juridiques européennes l'ayant inspiré, devrait permettre d'en mieux comprendre la portée.

Le traité sur l'UE définit le principe comme suit : « dans les domaines qui ne relèvent pas de sa compétence exclusive, l'Union intervient seulement si, et dans la mesure où, les objectifs de l'action envisagée ne peuvent pas être atteints de manière suffisante par les États membres, tant au niveau central qu'au niveau régional et local, mais peuvent l'être mieux, en raison des dimensions ou des effets de l'action envisagée, au niveau de l'Union. »¹²⁸¹. Dans le droit de l'Union, le principe de subsidiarité établit un principe clair de primauté en faveur de la structure à la surface territoriale la moins importante : l'Etat.

C'est d'ailleurs de cette manière que le conçoit le Parlement européen. Dans une note technique, il présente le principe de subsidiarité comme celui octroyant un « certain degré

¹²⁷⁷ *ibid.*

¹²⁷⁸ *ibid.*

¹²⁷⁹ BRISSON Jean-François, « Les nouvelles clefs constitutionnelles de répartition matérielle des compétences entre l'Etat et les collectivités locales », AJDA, 2003, p. 530

¹²⁸⁰ ROUX André, « Peut-on encore décentraliser ? », in « Le dialogue des juges : Mélanges en l'honneur du président Bruno Genevois », Dalloz-Sirey, Saint-Just-la-Pendue, 2009, p. 911.

¹²⁸¹ TUE, *op.cit.*, Art. 5.

d'indépendance à une autorité subordonnée vis-à-vis d'une autorité de niveau supérieur, notamment d'une autorité locale envers le pouvoir central »¹²⁸².

Le protocole annexé au TUE va plus loin, en précisant que le principe a pour finalité « de faire en sorte que les décisions soient prises le plus près possible des citoyens de l'Union »¹²⁸³. Cette précision invite à considérer, au-delà même du niveau national, le niveau local comme le plus pertinent.

De ce point de vue, la Charte européenne de l'autonomie locale est encore plus claire. Le 3^o de son article 4 dispose que « l'exercice des responsabilités publiques doit, de façon générale, incomber, de préférence, aux autorités les plus proches des citoyens ». Autrement dit, le bon niveau de prise de décisions, est, par principe, le niveau local¹²⁸⁴.

567. Le principe de subsidiarité, dans l'esprit plus que dans le texte, semble ainsi induire un « droit de préemption » de la prise de décision au profit du local. La règle est de la confier à l'échelon le plus local, l'exception est de le faire à l'échelon supérieur, ou central. De plus, pour contourner le principe de subsidiarité, le producteur de la norme devra s'en justifier.

C'est d'ailleurs ce que prévoit le droit de l'UE. Les projets d'actes législatifs doivent être motivés en regard du principe de subsidiarité, et accompagnés d'une fiche présentant « les raisons permettant de conclure qu'un objectif de l'Union peut être mieux atteint au niveau de celle-ci », s'appuyant « sur des indicateurs qualitatifs et, chaque fois que c'est possible, quantitatifs »¹²⁸⁵. De plus, « tout parlement national peut [...] adresser aux présidents du Parlement européen, du Conseil et de la Commission un avis motivé exposant les raisons pour lesquelles il estime que le projet en cause n'est pas conforme au principe de subsidiarité »¹²⁸⁶. Ce « droit d'alerte national », s'accompagne d'un pouvoir de faire réexaminer le projet, si les

¹²⁸² Source :

http://www.europarl.europa.eu/facts_2004/1_2_2_fr.htm

Consulté le 16/08/2017

¹²⁸³ TUE, *op.cit*, Protocole n°2 sur l'application des principes de subsidiarité et de proportionnalité

¹²⁸⁴ On notera également que la logique du texte conduit à penser que le niveau le plus pertinent est le niveau communal.

¹²⁸⁵ TUE, *op.cit*, Protocole n°2 sur l'application des principes de subsidiarité et de proportionnalité, art. 5.

¹²⁸⁶ *id.*, art. 6.

avis motivés transmis par les parlements nationaux proviennent d'au moins le tiers¹²⁸⁷ de l'ensemble des parlements nationaux¹²⁸⁸.

568. Le principe de subsidiarité a donc été bel et bien conçu comme un outil au service de l'échelon territorial inférieur. Si, en ce qui concerne l'UE, il avait d'abord pour but de protéger et ménager les souverainetés nationales, et qu'il est évident que les rapports entre, d'un côté, institutions communautaires et Etats, et, d'un autre côté, collectivités territoriales et Etat, répondent à des mécanismes juridiques très différents, il n'en demeure pas moins que ce principe, essentiel, de production de la norme européenne, contient une logique propre qui se transmet avec lui au moment où il pénètre le droit interne.

Ainsi, bien que le texte français le fondant semble bien moins protecteur que ses équivalents européens à l'égard des collectivités, notamment en regard de la Charte européenne de l'autonomie locale, c'est bien, dans tous les cas, au même principe que l'on fait référence.

569. La France, qui a mis du temps à faire évoluer sa norme suprême afin de la rendre compatible avec la Charte, et qui semble avoir plus de mal que d'autres, du fait de son unitarisme en partie fantasmé, à promouvoir la décentralisation, pourrait bien n'avoir en la matière qu'un temps de retard. Il n'est dès lors pas impossible que le principe de subsidiarité, en dépit d'un texte ambigu, soit à comprendre et interpréter de la même manière qu'il est compris et interprété au niveau européen.

Et si, chez nous, en l'état actuel, « la question de la subsidiarité est absente des travaux parlementaires » et que « les transferts de compétence décidés par le législateur paraissent répondre à des logiques éloignées de la subsidiarité »¹²⁸⁹, l'avenir pourrait être différent. Un système similaire à celui prévu par le protocole du TUE, de justification du respect des projets de loi vis-à-vis du principe de subsidiarité, pourrait tout à fait trouver à s'intégrer aux études d'impact devant accompagner depuis 2009 la plupart des projets de loi. Ceux-ci pourraient notamment se pencher sur la répartition entre gouvernement et collectivités de la

¹²⁸⁷ *id.*, art. 7- 2°.

¹²⁸⁸ En vertu du 1° de l'article 7 du protocole n°2 du TUE, chaque parlement national dispose de deux voix. Dans le cas d'un système bicaméral, chaque chambre dispose d'une voix. En réalité, le projet devra être réexaminé dans le cas où les avis motivés sur le non-respect par un projet d'acte législatif du principe de subsidiarité représentent au moins un tiers de l'ensemble des voix ainsi attribuées aux parlements nationaux.

¹²⁸⁹ BRISSON Jean-François, « Les transferts de compétences de l'Etat aux collectivités locales », *op.cit.*

responsabilité d'édicter les mesures réglementaires prises en application des textes législatifs présentés, ou sur la répartition des compétences entre tel ou tel niveau de collectivités, au regard du principe de subsidiarité. Sur le champ de la répartition des compétences, le Conseil constitutionnel, dans une décision de 2005, a considéré « qu'il résulte de la généralité des termes retenus par le constituant que le choix du législateur d'attribuer une compétence à l'Etat plutôt qu'à une collectivité territoriale ne pourrait être remis en cause, sur le fondement de cette disposition¹²⁹⁰, que s'il était manifeste qu'en égard à ses caractéristiques et aux intérêts concernés, cette compétence pouvait être mieux exercée par une collectivité territoriale »¹²⁹¹. La généralité des termes mise en évidence par les Sages pourrait tout à fait fonder une interprétation différente, plus exigeante à l'égard du législateur et de son obligation de se justifier. De la même manière, un « droit d'alerte »¹²⁹² pourrait être reconnu aux collectivités¹²⁹³ doutant du respect du principe de subsidiarité, et invitant à réévaluer, sous cet angle, les projets de texte.

Mais quoi qu'il en sera de l'avenir, le principe de subsidiarité constitue, de par sa substance même, un vecteur juridique dépassant « de très loin le cadre de l'article 72 de la Constitution »¹²⁹⁴, et agissant incontestablement au profit de la décentralisation, ou, à tout le moins, agissant comme rempart à la centralisation.

570. Le principe de subsidiarité invite ainsi à considérer que la décision publique doit être prise de manière démocratique, et au plus près du local. Il implique donc que les autorités décentralisées se soient vues attribuer les compétences nécessaires, et encourage les Etats à organiser une décentralisation la plus large possible des compétences. Le droit à l'expérimentation¹²⁹⁵ reconnu lui aussi par la Constitution est d'ailleurs son « corollaire »¹²⁹⁶. Il permet d'organiser d'éventuels transferts de compétences, en organisant l'évaluation de leurs conséquences.

¹²⁹⁰ Article 72 de la Constitution de 1958, *op.cit.*

¹²⁹¹ Décision n° 2005-516 DC du 7 juillet 2005, JORF n°163 du 14 juillet 2005, p.11589

¹²⁹² Identique à celui reconnu aux Parlements nationaux dans le cadre du TUE

¹²⁹³ Le Sénat, représentant des territoires de la République, pourrait également jouer ce rôle.

¹²⁹⁴ DURANTHON Arnaud, « Subsidiarité et collectivités territoriales. Etudes sur la subsidiarisation des rapports entre Etat et collectivités territoriales en droit public français », Dalloz, Lonrai, p.895

¹²⁹⁵ *v. supra* 129 et suivants

¹²⁹⁶ BRISSON Jean-François, « Les transferts de compétences de l'Etat aux collectivités locales », *op.cit.*

De ce point de vue la régionalisation de la santé opérée avec la loi HPST¹²⁹⁷ s'est faite en non-respect de ce principe. En effet, la reconnaissance par l'Etat de la région comme cadre de référence du pilotage de son action, c'est-à-dire comme échelon territorial pertinent, aurait dû, en application du principe de subsidiarité, s'accompagner d'un transfert de compétences le plus large possible vers les institutions démocratiquement élues à cet échelon. A la lumière du principe de subsidiarité, la reconnaissance de la région, circonscription administrative, devrait conduire à la montée en puissance de la Région, institution politique. La régionalisation de la santé aurait dû, dès lors, se réaliser par le biais de la décentralisation.

571. Les mécanismes de recomposition de l'action publique qu'entraînent, ou devraient entraîner, le principe de subsidiarité et ses corollaires, contribuent en partie, nous le verrons, à rendre insoluble pour le pouvoir central la problématique du contrôle des compétences locales.

B. L'impossible répartition des compétences

572. La constitutionnalisation tardive du droit des collectivités n'a pas permis, bien entendu, d'intégrer *a priori* une liste de compétences fixes à chaque type de collectivités.

D'ailleurs, « l'idée de dresser une liste des compétences relevant de l'État [...] dans la Constitution est en effet repoussée comme une atteinte inacceptable au principe de l'État unitaire ». « Le modèle français d'administration territoriale, dominé par le principe de la compétence législative »¹²⁹⁸ a ainsi conduit le législateur à opérer les transferts de compétences vers les collectivités « au coup par coup »¹²⁹⁹, en fonction des sujets, thématiques ou champs d'interventions investigués par lui.

573. Dès lors, il est difficile de voir, derrière l'empilement des textes, une véritable cohérence d'ensemble. Pour autant, s'est renforcée depuis peu, nous l'avons déjà évoquée,

¹²⁹⁷ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, JORF n°0167 du 22 juillet 2009, p. 12184.

¹²⁹⁸ *ibid.*

¹²⁹⁹ *ibid.*

l'idée, qu'il était nécessaire de lutter contre la sédimentation institutionnelle locale, en limitant les niveaux de collectivités, et surtout, en répartissant mieux entre elles les compétences, *via* l'utilisation de la technique dite de blocs de compétences.

574. L'existence, jusqu'à l'adoption de la loi NOTRe, d'une clause générale de compétence au profit des collectivités rendait encore plus improbable la réalisation d'une répartition stricte des compétences entre l'Etat et les collectivités, et entre les collectivités elles-mêmes. En la supprimant pour les Régions et Départements, au prix, pour Michel Verpeaux, d'un « formidable retour en arrière »¹³⁰⁰ et d'une « atteinte au principe de libre administration » qui garantit l'autonomie des collectivités, le législateur entendait mettre à bas la gabegie financière en empêchant les financements croisés, tout en rationalisant l'action territoriale, et limiter les frais de structure des collectivités. L'intention, qui peut sembler louable, et qui, en tout cas, répond à l'air du temps, va se heurter à différents écueils, même si le Conseil constitutionnel n'a pas opposé de résistance particulière à cette suppression.

575. La question de la constitutionnalité de la suppression de la clause générale de compétence au regard du principe de la libre administration avait, dans un premier temps, été soumise au Conseil constitutionnel dans le cadre d'une décision du 9 décembre 2010¹³⁰¹. Il n'avait pas eu à l'aborder dans le recours formé contre la loi NOTRe, celui-ci ne soumettant pas le problème au juge constitutionnel¹³⁰².

Il a eu l'occasion de se positionner à nouveau¹³⁰³ sur cette question dans le cadre d'une question prioritaire de constitutionnalité¹³⁰⁴ – QPC – posée par l'Assemblée des départements de France, dans le cadre d'un recours pour excès de pouvoir porté par l'Association contre une circulaire ministérielle du 22 décembre 2015 relative aux incidences de la suppression de

¹³⁰⁰ VERPEAUX Michel, « Vous avez dit « clause générale de compétence » ? », Commentaire, 2010, n° 129, p. 87.

¹³⁰¹ Décision n° 2010-618 DC du 9 décembre 2010, JORF n°0292 du 17 décembre 2010, p. 22181. Le contentieux portait sur la constitutionnalité de certaines dispositions relatives à la loi de 2010 portant réforme des collectivités territoriales.

¹³⁰² L'introduction de la question préalable de constitutionnalité a conduit le Conseil constitutionnel à mettre fin à sa pratique dite de saisine blanche. Celui-ci ne se positionne désormais plus que sur les moyens développés par les requérants, et exclusivement sur ceux-ci.

¹³⁰³ Décision n° 2010-618 DC du 9 décembre 2010, *op.cit.*

¹³⁰⁴ Conseil d'État, 3ème et 8ème chambres réunies, 20/06/2016, 397366, inédit au Rec.

la clause de compétence générale des Départements et des Régions sur l'exercice des compétences des collectivités territoriales¹³⁰⁵.

L'ADF estimait qu'en supprimant la clause sans prévoir de dispositif leur permettant d'intervenir dans les domaines pour lesquels aucune autre personne publique ne dispose d'une compétence attribuée par la loi, le législateur avait méconnu le principe de libre administration des collectivités territoriales, et que ces dispositions étaient contraires à la décision du CC du 9 décembre 2010¹³⁰⁶. Dans cette décision, le CC avait considéré que la possibilité offerte aux Régions et Départements de se saisir par « délibération spécialement motivée [...] de tout objet d'intérêt départemental ou régional pour lequel la loi n'a donné compétence à aucune autre personne publique » rendait compatible les dispositions de la loi du 16 décembre 2010¹³⁰⁷, en ce qu'elle supprimait pour ces deux types de collectivités la clause de compétence générale, avec le principe de libre administration des collectivités territoriales et avec le principe de subsidiarité. En somme, l'intérêt public local avait survécu à la suppression de la clause de compétence générale, les deux notions n'apparaissant pas comme les deux faces indissociables d'une même pièce.

Mais le Conseil durcit ici sa position, en considérant qu'en vertu de l'article 34 de la Constitution, il revient au législateur de déterminer les principes fondamentaux de la répartition des compétences entre les collectivités et que « l'article 72 de la Constitution n'implique pas, par lui-même, que les collectivités territoriales doivent pouvoir intervenir dans les domaines pour lesquels aucune autre personne publique ne dispose d'une compétence attribuée par la loi »¹³⁰⁸. Pour le Conseil, le principe de libre administration, en ce qui concerne les compétences, ne garantit pas aux collectivités de se voir confier des « attributions effectives »¹³⁰⁹, qu'il « s'agisse de compétences exclusives, de compétences

¹³⁰⁵ Circ. du ministre de l'intérieur, du ministre de la décentralisation et de la fonction publique et du secrétaire d'État à la réforme territoriale du 22 décembre 2015 relative aux incidences de la suppression de la clause de compétence générale des départements et des régions sur l'exercice des compétences des collectivités territoriales, NOR RDFB1520836N.

Celle-ci précisait aux services préfectoraux qu'afin de « clarifier les compétences de chaque échelon de collectivités territoriales, des compétences d'attribution se substituent à la clause de compétence générale, qui nécessitait pour être invoquée préalablement la réunion de deux critères cumulatifs : « la présence d'un intérêt public local, et l'absence d'une compétence exclusive relevant de l'Etat ou d'une autre collectivité ». Pour connaître le bien-fondé de l'intervention d'une collectivité, la circulaire ajoute qu'il convient dorénavant de « rechercher si un texte lui attribue la compétence » .

¹³⁰⁶ Décision n° 2010-618 DC du 9 décembre 2010, attendu 55, *op.cit.*

¹³⁰⁷ Loi n° 2010-1563 du 16 décembre 2010 de réforme des collectivités territoriales, JORF n°0292 du 17 décembre 2010, p. 22146.

¹³⁰⁸ Décision n° 2010-618 DC du 9 décembre 2010, attendu 5, *op.cit.*

¹³⁰⁹ Décision n° 2010-618 DC du 9 décembre 2010, attendu 6, *op.cit.*

partagées avec d'autres catégories de collectivités territoriales ou de compétences susceptibles d'être déléguées par d'autres collectivités territoriales »¹³¹⁰, « qu'il est loisible au législateur d'énumérer limitativement »¹³¹¹.

576. Mais, la jurisprudence du Conseil constitutionnel est loin, de notre avis, d'avoir épuisé le débat juridique autour de la clause.

Tout d'abord, la question n'a jamais été posée aux Sages sur le plan de l'égalité entre les collectivités. En effet, en faisant le choix de maintenir la clause générale de compétence pour les Communes, le législateur a créé une rupture d'égalité entre les collectivités de la République, telles que présentées dans la Constitution. Il y aurait ainsi des collectivités plus libres que d'autres. Il y aurait une collectivité à vocation générale, la Commune, et des collectivités spécialisées.

577. Plus globalement, c'est la question de la pertinence d'invoquer la clause générale de compétence devant le juge constitutionnel qui est en débat. Dans sa décision de 2010, celui-ci avait considéré que « l'article 48 de la loi du 10 août 1871 »¹³¹² précisant que « le conseil général délibère « sur tous les objets d'intérêt départemental dont il est saisi, soit par une proposition du préfet, soit sur l'initiative d'un de ses membres » , n'avait eu « ni pour objet ni pour effet de créer une clause générale rendant le département compétent pour traiter de toute affaire ayant un lien avec son territoire », ni n'avait donné « naissance à un principe fondamental reconnu par les lois de la République garantissant une telle compétence ».

On peut s'étonner de cette analyse du juge constitutionnel, semblant considérer, à l'opposé de l'essentiel de la doctrine, du législateur¹³¹³ et du Gouvernement¹³¹⁴, qu'une telle clause n'existait pas. Ou alors, peut-être que son fondement est à chercher ailleurs que dans le texte de 1871, et donc, dans la formulation des articles du CGCT antérieurs à la loi NOTRe.

La clause de compétence générale doit peut-être être envisagée comme consubstantielle aux collectivités, et indépendante de la manière dont le législateur borne leurs compétences.

¹³¹⁰ *ibid.*

¹³¹¹ Décision n° 2010-618 DC du 9 décembre 2010, attendu 4, *op.cit.*

¹³¹² Souvent considérée comme le fondement de la clause générale de compétence.

¹³¹³ Les débats parlementaires des dernières années ne manquent pas de références à cette clause.

¹³¹⁴ La circulaire de 2015 ayant fait l'objet du recours de l'ADF mentionne clairement l'existence de cette clause.

578. La liberté d'action offerte par la clause « permet à la collectivité de s'affirmer non seulement comme un prestataire de services mais bien d'apparaître comme une collectivité humaine, dont la dimension politique ne peut être négligée »¹³¹⁵. En somme, la clause, au-delà du fondement juridique législatif que certains s'accordent à lui conférer, réside dans l'idée même de collectivité territoriale. Elle est la conséquence de la nature politique de la collectivité, en même temps que de son autonomie.

D'ailleurs il faut ici rappeler que le recours pour excès de pouvoir porté devant le juge administratif par l'ADF, avait valeur de recours de principe, et ne faisait pas suite, par exemple, à la contestation par un préfet de la légalité d'un acte spécifique pris par un Département en particulier. En pratique, la position d'un préfet souhaitant contester un acte pris par un Département ou une Région, dans un domaine n'étant pas explicitement de leur compétence, sera certainement difficile à assumer. Il s'agira en effet de remettre en cause un acte pris par une assemblée élue démocratiquement, considérant que pour remplir les missions qui lui sont attribuées, ou pour répondre à une problématique d'intérêt local, elle se doit d'intervenir. Leur contester cette possibilité reviendrait à remettre en cause « un principe fondamental du droit des collectivités décentralisées : la collectivité a le droit d'inventer ses propres activités et d'entreprendre dans tous les domaines de l'action publique »¹³¹⁶. Pour Martine Long, « un retour en arrière sur ce point aboutirait à une négation de la spécificité locale et ne pourrait se traduire que par un appauvrissement du débat démocratique »¹³¹⁷. Les autorités déconcentrées, à qui incombent le contrôle de légalité des actes des collectivités, assumeront-elles ce risque ?

579. Cela sera d'autant plus difficile que les compétences telles qu'issues de la loi NOTRE sont très largement définies, tout particulièrement en ce qui concerne les Régions. On comprend d'ailleurs qu'un tel recours en excès de pouvoir ait été formé par l'ADF plutôt que par l'ARF ; la loi NOTRE ayant, théoriquement, réduit plus sensiblement le champ des compétences des Départements.

¹³¹⁵ VERPEAUX Michel, « Vous avez dit « clause générale de compétence » ? », *op.cit.*, p. 87.

¹³¹⁶ FAURE Bertrand, « Droit des collectivités territoriales », Dalloz, 4^{ème} éd, 2016, p. 555.

¹³¹⁷ LONG Martine, « Les enjeux juridiques : clause générale de compétence et intérêt public local », in KADA Nicolas (ss. la dir. de), « L'intérêt public local. Regards croisés sur une notion juridique incertaine », PUG, Péronnas, 2009, p. 32.

En réalité, il sera de toute manière difficile de dire nettement où s'arrête telle ou telle compétence. Par exemple, en matière de santé, la frontière entre le médico-social, le social, et l'insertion semble particulièrement poreuse, tout autant que les problématiques liées à la promotion de la santé et à l'éducation. Mais, de manière apparemment moins connexe, c'est en présentant sa politique santé comme un préalable nécessaire à la mise en œuvre de ses compétences économiques que la Région Nord-Pas de Calais justifiait son intervention.

580. Ainsi, si la méthode de répartition par bloc de compétences semble « probablement impossible à réaliser »¹³¹⁸, c'est que l'idée même d'opérer cette répartition apparaît comme étant « un problème faussement technique. C'est une question de philosophie politique qui traduit la place reconnue aux collectivités locales dans la Nation. (elle) est toujours à faire, [...] elle sera toujours à refaire »¹³¹⁹. Et, de fait, le caractère « illusoire »¹³²⁰ d'une spécialisation figée des collectivités par bloc de compétences traduit mal le « caractère évolutif, mouvant et subjectif des critères de répartition des compétences »¹³²¹ ; surtout il s'oppose au foisonnement du réel, et à la nécessaire part d'imagination dont doit faire preuve le décideur public. En somme, plus que de savoir ce que leur impose le droit des collectivités, les élus ont avant tout pour mission de répondre à ces questions essentielles, que l'on pourrait résumer de cette manière : quel est l'intérêt des administrés qui les ont portés au pouvoir, et comment y répondre de la meilleure manière ?

581. Ces questions renvoient directement à la notion d'intérêt public local, « pierre angulaire de l'action publique locale »¹³²². La clause générale de compétence se fondait d'ailleurs sur la reconnaissance, et l'identification, à côté de l'intérêt public national, d'intérêts publics locaux.

¹³¹⁸ PONTIER Jean-Marie, « Autonomie locale, libre administration, décentralisation », *in*, « Itinéraires d'un constitutionnaliste. Mélanges en hommage à Francis Delpérée », *op.cit.*, p. 1228.

¹³¹⁹ PONTIER Jean-Marie, « L'Etat et les collectivités locales. La répartition des compétences », LGDJ, 1978, p.571 *citée par* GORGE Anne-Sophie, *op.cit.*, p. 424.

¹³²⁰ BRISSON Jean-François, « Les transferts de compétences de l'Etat aux collectivités locales », *op.cit.*

¹³²¹ ROUX André, « Peut-on encore décentraliser ? », *op.cit.*, p. 924.

¹³²² POUJADE Bernard, « Intérêt public local », *in* KADA Nicolas, PASQUIER Romain, COURTECUISSIE Claire, AUBELLE Vincent (ss. la dir. de), « Dictionnaire encyclopédique de la décentralisation », *op.cit.*, p. 620.

Mais, après la loi NOTRe qu'en est-il de l'intérêt public local¹³²³ et de sa défense par les collectivités ? Ce « moteur de toutes les actions des collectivités territoriales »¹³²⁴ est-il désormais grippé ?

582. Comme l'exprime Martine Long, la clause générale de compétence « n'épuise pas le débat sur la notion d'intérêt public local »¹³²⁵. La clause « a permis à la fois d'inscrire les collectivités locales dans la sphère du droit public et de différencier l'intérêt public local de l'intérêt public national, de dégager une sphère propre d'intervention des collectivités locales en lien avec les besoins de la population »¹³²⁶. Car celles-ci doivent intervenir « pour le bien collectif, la présence d'un intérêt public local justifiant leur intervention et normalement aucune autre personne n'est compétente pour intervenir et satisfaire ce besoin »¹³²⁷, celui-ci étant lié à une population particulière, un territoire particulier. Ainsi l'intérêt public local « déborde le cadre d'analyse de la seule clause générale de compétence »¹³²⁸ et « trouve son fondement dans l'idée qu'il existe une solidarité naturelle, une communauté naturelle d'habitants », établie sur un territoire particulier, dotée d'institutions particulières et désireuse de « déterminer [...] une part de leur destin collectif »¹³²⁹.

Cette collectivité humaine constituée présente des spécificités, des besoins particuliers, comme nous l'avons évoqué précédemment, auxquels les élus locaux doivent apporter des réponses efficaces et pertinentes. Il s'agit d'une construction juridique adossée sur une réalité tangible, et non sur un objet, un construit juridique *a priori*. A la différence de la clause générale de compétence, la poursuite de l'intérêt public local est l'objectif essentiel de la collectivité avant d'être un moyen juridique d'y parvenir. Claire Courtecuisse précise à ce propos que, s'il n'y a pas eu de réflexions à ce sujet sous l'Ancien Régime, « dans la pratique, il existe » ; dès lors sa « reconnaissance naturelle »¹³³⁰ au profit des Communes et

¹³²³ En ce qui concerne le Département et la Région.

¹³²⁴ GUEGUEN Romaric, « L'action internationale des collectivités territoriales dans le cadre de l'Etat unitaire », Thèse, Univ. Paul Cézanne Aix-Marseille, 2008, Univ. Paul Cézanne Aix-Marseille, 599 p., p. 270.

¹³²⁵ LONG Martine, « Les enjeux juridiques : clause générale de compétence et intérêt public local », *op.cit.*, p. 27.

¹³²⁶ *ibid.*

¹³²⁷ FORT François-Xavier, « Clause générale de compétence », *in*, « Dictionnaire encyclopédique de la décentralisation », *op.cit.*, p. 174.

¹³²⁸ ROMBAUTS-CHABROL Tiphaine, « L'intérêt public local », Dalloz, Lonrai, p. 177.

¹³²⁹ FAURE Bertrand, « Droit des collectivités territoriales », Dalloz, 4ème éd, 2016, p. 593.

¹³³⁰ COURTECUISSIE Claire, « Les enjeux historiques : évolution de la notion d'intérêt public local », *in* KADA Nicolas (ss. la dir. de), « L'intérêt public local. Regards croisés sur une notion juridique incertaine », *op.cit.*, p. 17.

concomitantes à leur institutionnalisation, devrait trouver, par analogie, et, là aussi, en application du principe d'égalité, à s'appliquer à l'ensemble des collectivités.

583. Dans un arrêt du 30 décembre 2014, le Conseil d'Etat a d'ailleurs pu affirmer que « les compétences dont disposent les collectivités [...] s'exercent en vue de satisfaire un intérêt public local »¹³³¹. On le voit, la notion se dévoile bien comme « la pierre angulaire de l'action publique locale »¹³³², et constitue bien pour la collectivité « un titre à agir »¹³³³. Il s'agit d'une « notion fonctionnelle », principalement prétorienne, et se matérialisant comme une sorte de « label collé *a posteriori* par le juge sur l'action d'une collectivité »¹³³⁴.

Ce titre à agir autorise à développer des actions propres. En ce sens, pour certains auteurs, la « distinction entre intérêts locaux et intérêt national ou général [...] constitue l'un des critères de la décentralisation, permettant de l'opposer à la simple déconcentration administrative »¹³³⁵. Dès lors, nier aux collectivités une action justifiée sur ce fondement, revient à nier les principes mêmes de la décentralisation. A ce stade, nous voyons donc mal ce qui pourrait limiter l'action des collectivités, et, en ce qui nous concerne, ce qui pourrait limiter et empêcher une intervention régionale en matière sanitaire.

584. Une première possibilité serait la détermination précise, par le juge, de ce qui relève, respectivement, de l'intérêt de chaque niveau territorial des collectivités. Ici « l'intérêt public local est à la fois la cause finale et la limite de l'action »¹³³⁶, en ce que l'intérêt d'une collectivité ne peut être limité que par celui d'une autre collectivité. La concurrence entre les intérêts locaux et l'intérêt national, donc de la Commune à l'Etat, va nécessiter de déterminer une sorte de primauté d'action. Si, bien entendu, c'est aujourd'hui l'intérêt national qui prédomine, les forces à l'œuvre, présentées dans ce chapitre, pourraient conduire à rebattre les cartes. La situation est telle que « les collectivités territoriales sont écartelées entre l'intérêt général de leur territoire et l'intérêt général des territoires qui les englobent, et

¹³³¹ CE, 30 déc. 2014, SNC Armor, Rec., p. 433.

¹³³² POUJADE Bernard, « Intérêt public local », *op.cit.*, p. 620.

¹³³³ ROMBAUTS-CHABROL Tiphaine, *op.cit.*, p. 351.

¹³³⁴ MOREAU Jacques, « Les enjeux juridiques : les juges et l'intérêt public local », in « KADA Nicolas (ss. la dir. de), « L'intérêt public local. Regards croisés sur une notion juridique incertaine », *op.cit.*, p. 48.

¹³³⁵ TURPIN Dominique, « Le juge constitutionnel et l'intérêt public local », in KADA Nicolas (ss. la dir. de), « L'intérêt public local. Regards croisés sur une notion juridique incertaine », *op.cit.*, p.1 47.

¹³³⁶ GORGE Anne-Sophie, *op.cit.*, p. 437.

particulièrement celui de la nation »¹³³⁷. Pour y remédier, un « point d'équilibre » entre les intérêts locaux, et national devra être trouvé, et de ce point de vue, « la collectivité régionale apparaît comme le lieu de rencontre le plus évident entre l'intérêt national et l'intérêt local »¹³³⁸, d'autant plus depuis que la loi NOTRe a entrepris de leur offrir une « taille critique ».

585. Mais pour le moment, le contrôle strict des compétences des collectivités nous semble juridiquement, comme politiquement, difficile à réaliser. La territorialisation a en partie échappé au contrôle du central, et, devenue objet « juridique [...] inexplicable par le seul juridique »¹³³⁹, impose de s'appuyer sur une « recherche de compromis social décentralisé »¹³⁴⁰. Elle entraîne une inévitable action commune, qui devient, comme le pense Vincent de Briant, « l'élément constitutif de la décentralisation territoriale »¹³⁴¹. Cette action commune, qui est « autant une question de droit, qu'une question de volonté politique »¹³⁴², semble être l'incontournable moyen d'organiser le pilotage de l'action locale. Elle apparaît devoir se développer aujourd'hui plutôt par l'intermédiaire d'outils juridiques négociés, comme le contrat, que *via* des outils juridiques contraignants, comme la loi ou le règlement ; et augure ainsi d'une « nouvelle forme de décentralisation, à la fois contingente dans le temps et à géométrie variable dans l'espace »¹³⁴³.

586. A dire vrai, reste au législateur un moyen essentiel de contrôle de l'action locale : le contrôle des finances des collectivités. François Labie le rappelle : « la plupart des auteurs considèrent que l'alimentation des budgets locaux par des ressources propres est une condition essentielle de l'existence d'une certaine autonomie financière des collectivités

¹³³⁷ LE LOUARN Patrick, *op.cit.*, p. 406.

¹³³⁸ BRISSON Jean-François, « Les transferts de compétences de l'Etat aux collectivités locales », *op.cit.*

¹³³⁹ FAURE Alain, « La subsidiarité rampante des territoires en politique », in « Territoires et subsidiarité. L'action publique à la lumière d'un principe controversé », ss. la dir. d'Alain Faure, L'Harmattan, Paris, 1997, p. 250.

¹³⁴⁰ CAILLOSSE Jacques, « Quel droit administratif enseigner aujourd'hui ? », *La Rev. adm.*, n°329, 2002, p. 370.

¹³⁴¹ De BRIANT Vincent, « L'action commune en droit des collectivités territoriales. Contribution à l'étude des compétences exercées en commun par l'Etat et les collectivités territoriales », L'Harmattan, Condé-sur-Noireau, 2009, p. 29.

¹³⁴² De BRIANT Vincent, « L'action commune en droit des collectivités territoriales. Contribution à l'étude des compétences exercées en commun par l'Etat et les collectivités territoriales », *op.cit.*, p. 507.

¹³⁴³ BRISSON Jean-François, « Les transferts de compétences de l'Etat aux collectivités locales », *op.cit.*

locales. »¹³⁴⁴. Or, même si l'article 72-2 de la Constitution dispose que « les recettes fiscales et les autres ressources propres des collectivités territoriales représentent [...] une part déterminante de l'ensemble de leurs ressources », l'absence de précision de ce que signifie l'expression « part déterminante », confère à cette disposition une portée principalement symbolique. La loi organique du 29 juillet 2004¹³⁴⁵ est toutefois venue préciser la nature des ressources propres¹³⁴⁶ des collectivités, ainsi que la part de ce qu'elles doivent représenter dans le budget de l'Etat, en l'établissant, au minimum, au « niveau constaté au titre de l'année 2003 »¹³⁴⁷. Comme le constate Frédéric Lafargue, « ces ratios, figés de manière aléatoire, sont tous relativement bas, et signifient que, pour le reste de leurs ressources, ces collectivités n'ont aucune maîtrise »¹³⁴⁸ ; l'auteur poursuit en considérant que « la règle de la part déterminante des ressources propres est donc porteuse d'une inefficacité inhérente à sa conception même, et ne constitue pas, elle non plus, une garantie suffisante de l'autonomie financière des collectivités territoriales »¹³⁴⁹. Il en est d'ailleurs de même des « cinq règles posées par les dispositions constitutionnelles »¹³⁵⁰, qui « ne garantissent [...] pas, en tant que telles, l'autonomie financière des collectivités territoriales ». Les collectivités devront donc compter sur le juge pour faire respecter les principes constitutionnels.

¹³⁴⁴ LABIE François, « Quelles ressources propres pour les collectivités locales », in LABIE François, « Quelles ressources propres pour les collectivités locales », in « Recherches et réalisations. Mélanges en l'honneur de Pierre Vellas », *op.cit.*, p. 409.

¹³⁴⁵ Loi organique n° 2004-758 du 29 juillet 2004 prise en application de l'article 72-2 de la Constitution relative à l'autonomie financière des collectivités territoriales, JORF n°175 du 30 juillet 2004, p. 13561.

¹³⁴⁶ Art. LO 1114-2 du CGCT.

« Au sens de l'article 72-2 de la Constitution, les ressources propres des collectivités territoriales sont constituées du produit des impositions de toutes natures dont la loi les autorise à fixer l'assiette, le taux ou le tarif, ou dont elle détermine, par collectivité, le taux ou une part locale d'assiette, des redevances pour services rendus, des produits du domaine, des participations d'urbanisme, des produits financiers et des dons et legs ».

¹³⁴⁷ Art. LO 1114-3 du CGCT.

Ainsi, pour les Communes et EPCI, la part de leurs ressources propres ne doit pas être inférieure à 60,8 % de l'ensemble de leurs ressources ; pour les Départements, cette part ne doit pas être inférieure à 58,6 % et, pour les Régions, à seulement 41,7 %.

En 2010, les impôts et taxes représentaient 54% du budget des collectivités (cette part est moins importante pour les Régions, et se situe aujourd'hui aux alentours de 50%), et les concours de l'Etat, dotation globale de fonctionnement incluse, 25%.

Source :

<https://www.performance-publique.budget.gouv.fr/finances-publiques/financement-collectivites-territoriales/essentiel/s-informer/impots-dotations-etat-emprunt-ressources-collectivites-territoriales-0#.WX3iF1Kz50s>

Consulté le 15/10/2017

¹³⁴⁸ LAFARGUE Frédéric, « La Constitution et les finances locales », Nouveaux Cahiers du Cons. Constit. n°42, 2014.

¹³⁴⁹ *ibid.*

¹³⁵⁰ Les cinq règles sont: la péréquation financière entre collectivités territoriales, la compensation des transferts de compétences aux collectivités territoriales, la part déterminante des ressources propres des collectivités territoriales, le partage du produit des impôts d'État avec les collectivités territoriales, la libre disposition de leurs ressources financières.

Il faut d'ailleurs ajouter que les collectivités n'ont pas la faculté de créer de nouveaux impôts, et ont un impact relativement limité sur les assiettes de calcul des impôts qui leur sont attribués. Le débat de 2017, consécutif à la volonté du Président de la République Emmanuel Macron, autour de la suppression de la taxe d'habitation¹³⁵¹ est, à ce titre, assez symptomatique de la situation fiscale des collectivités, et met en évidence la précarité fiscale dans laquelle elles se trouvent : l'Etat reste maître de la suppression, de la création des taxes, ainsi que de la manière dont les contribuables sont assujettis à elles. La réflexion s'articule également autour d'un « Pacte de confiance »¹³⁵², et surtout, d'une injonction adressée aux collectivités de développer et mettre en œuvre un plan d'économies à hauteur de treize milliards d'euros sur le quinquennat. Il est évident ici qu'à défaut de levier juridique efficace pour limiter et contrôler l'action des collectivités, le Gouvernement et le pouvoir central, utilisent le levier budgétaire, sur lequel ils ont encore en grande partie la maîtrise, pour contraindre les interventions des collectivités. Mécaniquement celles-ci auront naturellement tendance à se recentrer sur leurs compétences obligatoires, puisque d'attribution, au détriment de leurs actions périphériques, et peut-être, au détriment de l'intérêt public local.

¹³⁵¹ Telle qu'issue du projet de loi de finances pour 2018, la suppression de la taxe d'habitation concerne environ 80% des ménages.

Projet de loi de finances pour 2018, enregistré à la présidence de l'Assemblée nationale le 27 septembre 2017, n°235.

¹³⁵² Communiqué de presse du ministère de l'intérieur et du ministère de l'Action et des comptes publics relatif au « Contrat de mandature entre l'Etat et les collectivités : Le Pacte financier », 22 septembre 2017.

Source :

<http://proxy-pubminefi.diffusion.finances.gouv.fr/pub/document/18/22711.pdf>

Consulté le 15/10/2017

CONCLUSION DU CHAPITRE 1

587. L'observation et l'analyse des évolutions à l'œuvre concernant le droit institutionnel français, dans ses rapports entre le central et le local, et le droit des collectivités, nous ont ainsi permis de révéler en partie « l'inconscient du droit, ce qui le meut sans que lui-même ne s'en rende compte »¹³⁵³.

Et même si le processus, comme souvent en matière institutionnelle, s'inscrit dans le temps long, nous l'avons vu, la dynamique propre au droit des collectivités conduit à alimenter, mécaniquement, l'autonomie des collectivités.

Le principe de subsidiarité, et la reconnaissance de l'intérêt public local soufflent dans les voiles de la décentralisation. Le contexte international, en encourageant les phénomènes de recomposition territoriale au profit des niveaux supra-nationaux et locaux, et la construction européenne, dans ses aspects institutionnels comme juridiques, poussent très largement cette dynamique, en la colorant d'une teinte régionale qu'arbore désormais également le projet français de décentralisation.

Selon Anne-Sophie Gorge, « le risque consiste dans la survenance d'un moment où, soit l'action publique locale sera essentiellement recentralisée, soit politiquement décentralisée parce qu'il importera de donner davantage de sens à l'idée centrale que l'exigence d'un conseil élu confirme la primauté du principe démocratique »¹³⁵⁴. Si nous ne partageons pas l'intransigeance de l'affirmation, l'un n'excluant pas l'autre, et, l'Etat, dans une République une et indivisible, ayant toujours la capacité de se réinventer pour maintenir une présence, il nous semble que la route est tracée. Le local gagne du terrain, et il faudra, de plus en plus, composer avec lui, et l'associer aux décisions qui le concerne. Le temps de l'action commune, concept assez proche de celui de semi-décentralisation, est venu. Il pourra évoluer vers une confiance accrue au local, mais pas, à notre avis, à un retour autoritaire de l'Etat.

La *compétence de la compétence* échappe de plus en plus au législateur, et si une recentralisation reste juridiquement possible, elle sera politiquement difficile à assumer. Comme la communautarisation européenne, la décentralisation bénéficie d'un « effet cliquet »

¹³⁵³ DURANTHON Arnaud, « Subsidiarité et collectivités territoriales. Etudes sur la subsidiarisation des rapports entre Etat et collectivités territoriales en droit public français », *op.cit.*, p. 896.

¹³⁵⁴ ROMBAUTS-CHABROL Tiphaine, « L'intérêt public local », *op.cit.*, p. 448.

empêchant un retour en arrière. Dès lors la décentralisation, profitant de ces « hormones de croissance », pourrait devenir, véritablement, l'avenir de la centralisation.

588. Cependant, et de manière un peu anachronique, la santé reste largement exclue de ce mouvement global. Nous essaierons de comprendre, si elles existent, les raisons juridiques pouvant expliquer la situation particulière du secteur sanitaire.

Chapitre 2. A la recherche d'une légitimité supérieure de l'Etat à l'égard de l'administration de la santé

589. Le chapitre précédent a permis d'analyser les mécanismes de recomposition des attributions des compétences aux différents échelons territoriaux. Nous avons pu mettre en évidence la concurrence assez forte touchant un Etat aujourd'hui pris en étau, et invitant à revoir, par ce prisme, la répartition des attributions.

590. Or, la santé reste, pour le moment, très largement une affaire d'Etat.

Elle a de plus été l'un des rares pans de l'action publique concernée par une recentralisation d'une partie des attributions et compétences au détriment des collectivités. Au surplus, la régionalisation de la santé n'a absolument pas été accompagnée d'une association particulière de l'échelon régional décentralisé à l'administration sanitaire locale.

591. Il est ainsi possible de s'interroger sur les éventuelles raisons expliquant ce traitement particulier de la santé vis-à-vis de la décentralisation. Existe-t-il des raisons expliquant ce, relatif, monopole étatique ? En somme, la santé est-elle une compétence d'Etat par nature ?

Nous observerons dans un premier temps les arguments juridiques qu'il serait possible d'opposer à une décentralisation sanitaire (Section 1), avant d'observer, sous un angle plus politique (Section 2), la légitimité particulière de l'Etat dans ce domaine.

Section 1. Une légitimité juridique de l'Etat dans l'administration de la santé ?

592. La santé est-elle juridiquement un domaine réservé de l'Etat ? Poser cette question conduit à identifier et envisager les différents arguments juridiques soutenant cette hypothèse.

593. Ceux-ci peuvent être de deux natures.

Dans un premier temps, la santé pourrait être considérée comme un domaine d'intervention étatique, car l'Etat, de par sa nature même, doit traiter de la question de la santé. De ce point de vue, la santé devrait être considérée comme un domaine réservé à l'Etat par le simple fait de son association à ce que la doctrine juridique considère comme étant le champ d'intervention privilégié de l'Etat. En somme, il s'agit là de s'interroger sur ce que regroupe ce champ particulier, et donc sur le caractère régalien de la compétence santé. Dès lors, la santé ne pourrait pas être décentralisée, car, comme l'affirme Jean-Marie Pontier, « il y a un ou il y aurait un verrou à ne pas pousser, une porte à ne pas ouvrir, un seuil à ne pas franchir, celui consistant à transférer à des collectivités territoriales des compétences considérées comme régaliennes »¹³⁵⁵ (§1).

Dans un second temps, la santé pourrait être un domaine réservé de l'Etat parce qu'un texte précis de notre corpus juridique attribue spécifiquement cette compétence à l'Etat et, partant, en exclut les collectivités et interdit qu'une telle compétence leur soit confiée (§2).

Nous observerons donc, dans cette section, ces deux hypothèses.

¹³⁵⁵ PONTIER Jean-Marie, « La notion de compétences régaliennes dans la répartition des compétences entre les collectivités publiques », RD public, 2003, p. 193.

§1. La santé, un domaine régalien ?

594. Pour certains auteurs, « la santé est un domaine régalien »¹³⁵⁶, voire même un « devoir régalien de l'Etat »¹³⁵⁷. Elle relève de « l'un des six ou sept thèmes prioritaires »¹³⁵⁸ d'un « Etat régalien »¹³⁵⁹. Pour Didier Truchet, la santé, « affaire de l'Etat », constitue une « compétence nationale » s'expliquant « aisément »¹³⁶⁰

La puissance de l'affirmation invite à s'interroger sur le caractère réellement régalien de la santé. Cette interrogation conduit toutefois au préalable à esquisser les contours de ce que sont les compétences régaliennes et de comprendre s'il s'agit bien là d'un domaine réservé de l'Etat.

595. Après avoir tenté d'esquisser l'introuvable contour des compétences régaliennes (A), nous verrons si la santé en constitue une (B), et si cette caractérisation emporte mécaniquement monopole étatique (C).

A. La qualification de compétence régalienn

596. Définir les contours juridiques du régalien n'est pas chose aisée. En effet, cette circonscription du régalien, afin de préciser ce qu'il inclut et exclut, s'oppose rapidement à un écueil : celui de la définition même de ce qu'est le régalien.

597. L'Académie française définit le régalien comme étant ce qui appartient à l'autorité royale, au souverain. Il s'agit sous l'Ancien Régime des « droits exercés exclusivement par le

¹³⁵⁶ ROLLAND Christine, PIERRU Frédéric, *op.cit.*, p. 414.

¹³⁵⁷ SFEIR Antoine, « La santé est un devoir régalien de l'État, pas un pouvoir », *Les Tribunes de la santé* 2011, n° 33, p. 100.

¹³⁵⁸ SENAT, « Question d'actualité au gouvernement n° 0004G de M. Christian Bourquin (Pyrénées-Orientales - RDSE), JO Sénat 13 Juillet 2012.

¹³⁵⁹ *ibid.*

¹³⁶⁰ TRUCHET Didier, « Droit de la santé publique », *op.cit.*, p. 42.

roi »¹³⁶¹. Par extension, l'Académie française considère le régalien comme se disant « de ce qui est inhérent au pouvoir souverain »¹³⁶².

Pour Bodin, la notion trouve d'ailleurs son origine dans la souveraineté du Roi de France, lui octroyant des droits régaliens ; à savoir, l'adoption des lois, faire la guerre, la nomination des agents de l'Etat, la faculté de rendre justice et de faire grâce.

Cette première approche de la notion, si elle permet de dégager certains éléments, comme le caractère exclusif du régalien ou sa connexion à la souveraineté, envisagée dans sa « signification fonctionnelle »¹³⁶³, ne permet pas d'identifier précisément ce qui relève ou non du régalien.

598. Pour tenter de contourner cet écueil, la question de ce qui relève du régalien est généralement abordée *via* l'angle des compétences. La délimitation s'opère alors généralement par le truchement de la notion de compétences régaliennes, plus que par le régalien lui-même. Mais, malheureusement, cette notion est « traversée par une contradiction interne »¹³⁶⁴ : si « l'existence de compétences régaliennes est communément admise (...) leur contenu et leur périmètre sont extrêmement flous »¹³⁶⁵.

A ce sujet, la jurisprudence, dans laquelle « on ne trouve pas le terme de compétences régaliennes, encore moins un quelconque relevé de ce que peuvent être les dites compétences »¹³⁶⁶, n'est pas d'un grand secours. La doctrine ne propose pas non plus de lecture claire de la notion « faussement précisée »¹³⁶⁷ de compétence régaliennne.

¹³⁶¹ SFEIR Antoine, *op.cit.*

¹³⁶² Définition proposée par l'Académie française.

Source :

<http://www.academie-francaise.fr/>

Consulté le 16/10/2017

¹³⁶³ C'est à dire entraînant avec elle le monopole des compétences régaliennes

CHEMILLIER-GENDREAU Monique, « Le concept de souveraineté a-t-il encore un avenir ? », *Revue du droit public*, 2014, n°5, p.1283

¹³⁶⁴ SIMON Antoine, « Compétence régaliennne », *in* « Dictionnaire encyclopédique de la décentralisation », *op.cit.*, p. 252.

¹³⁶⁵ *ibid.*

¹³⁶⁶ HAMONIAUX Thomas, « L'autorité publique nationale : entre souveraineté d'Etat et intégration communautaire », *Petites affiches*, 2002, n° 42, p.6, Note 44

¹³⁶⁷ PONTIER Jean-Marie, « La notion de compétences régaliennes dans la répartition des compétences entre les collectivités publiques », *op.cit.*, p. 193.

599. Pour Guy Canivet, théoricien de l'Etat, la notion renvoie aux « compétences dont l'Etat ne peut se départir sans se dénaturer »¹³⁶⁸. Dès lors, « le rattachement [...] à la souveraineté n'est pas certain » ; car la souveraineté, entraînant avec elle l'exclusivité des compétences sur un espace territorial, implique également la possibilité pour le souverain de répartir les compétences. Elle lui donne « le choix de ses compétences ». Conséquemment, la souveraineté devrait pouvoir donner le droit à l'Etat souverain de se départir des compétences qu'il souhaite confier à d'autres. La reconnaissance de compétences spécifiques, incessibles par l'Etat, conduit à remettre en cause le lien opéré entre souveraineté et régalien. De ce point de vue, qui est celui de la théorie de l'Etat, plus que la conséquence de la souveraineté, les compétences régaliennes apparaissent comme des compétences obligatoires, et donc comme éléments constitutifs de l'Etat. Celui-ci aurait donc « le choix de ses compétences, sauf de certaines, dont », malheureusement, « on ne sait pas desquelles il s'agit »¹³⁶⁹.

600. Antoine Simon précise que « dans la conception traditionnelle les compétences régaliennes sont au nombre de six [...] et font référence au modèle de l'Etat gendarme ou Etat minimal ». Il s'agit de la police, de la diplomatie, de la justice, de la défense nationale, de la monnaie et de la fiscalité. Pour le CE, les « monopoles régaliens incarnent le cœur des fonctions de l'État », et il s'agit de la « défense, de la diplomatie, de la fiscalité, de la justice, de la police »¹³⁷⁰.

La Cour des comptes utilise quant à elle l'expression « d'attributions régaliennes »¹³⁷¹, entendues comme celles « réservées par nature à l'Etat »¹³⁷², et comprenant « notamment la défense, l'impôt, et la justice »¹³⁷³.

601. L'analyse le montre : définir ce qui relève ou non du domaine régalien, « notion à géométrie variable »¹³⁷⁴ est difficile à cerner précisément, même si un socle commun semble se dessiner. Celui-ci pourrait-il inclure la santé ?

¹³⁶⁸ Cité par SIMON Antoine, « Compétence régalienne », in « Dictionnaire encyclopédique de la décentralisation », *op.cit.*, p. 252.

¹³⁶⁹ *ibid.*

¹³⁷⁰ CE, « L'État et les monopoles régaliens : défense, diplomatie, justice, police, fiscalité », Cycle de conférences du CE 2013-2015, Où va l'Etat ?, 9 juillet 2014, Paris, p. 2.

¹³⁷¹ COUR DES COMPTES, « L'organisation territoriale de l'Etat », Paris, 2013, p. 16.

¹³⁷² *ibid.*

¹³⁷³ *ibid.*

B. La santé, une compétence régalienne ?

602. Nous l'avons vu, l'impossibilité de dresser une liste exhaustive de ce qui constitue ou non une compétence régalienne complique passablement la tâche.

C'est en opérant également une analyse *a contrario* que la lecture de la Constitution permet en partie d'éclairer le sujet. La réforme constitutionnelle de 2003, en élargissant les possibilités de transfert de compétences vers les TOM, a en effet prévu quelques limites afin de préciser que, si la Constitution n'interdisait pas jusqu'alors de manière « explicite »¹³⁷⁵ le transfert de compétences considérées comme régaliennes, « les pouvoirs publics ont toujours refusé d'opérer un tel transfert »¹³⁷⁶. Ainsi, le quatrième alinéa de l'article 73 fixe selon Régis Fraisse, « les matières régaliennes interdites de transfert pour l'avenir »¹³⁷⁷. Et les exclues sont les suivantes : « la nationalité, les droits civiques, les garanties des libertés publiques, l'état et la capacité des personnes, l'organisation de la justice, le droit pénal, la procédure pénale, la politique étrangère, la défense, la sécurité et l'ordre publics, la monnaie, le crédit et les changes, ainsi que le droit électoral »¹³⁷⁸. Cette liste de matières intransférables se trouvait également en quasi-intégralité, dans un projet de loi constitutionnelle de 2009, qui mentionnait « la nationalité, les garanties des libertés publiques, les droits civiques, le droit électoral, l'organisation de la justice, le droit pénal, la procédure pénale, les relations extérieures, la défense, le maintien de l'ordre, la monnaie, le crédit et les changes »¹³⁷⁹.

Il n'est fait dans les deux cas aucunement mention des affaires sanitaires, qui peuvent dès lors être *a priori* confiées aux autorités décentralisées d'outre-mer sans aucun obstacle constitutionnel.

Le CE, lui non plus, ne listait pas la santé, aux côtés de la diplomatie, de la défense, de la justice, de la police et de la fiscalité, dans son cycle de conférences consacrées à la question régalienne. Il répond ainsi en creux à la question du rattachement de la santé à la sphère régalienne.

¹³⁷⁴ PONTIER Jean-Marie, « La notion de compétences régaliennes dans la répartition des compétences entre les collectivités publiques », *op.cit.*, p. 235.

¹³⁷⁵ FRAISSE Régis, « Les collectivités territoriales régies par l'article 74 », *Les nouveaux Cahiers du Conseil constitutionnel*, 2012, n° 35.

¹³⁷⁶ *ibid.*

¹³⁷⁷ *ibid.*

¹³⁷⁸ *ibid.*

¹³⁷⁹ *ibid.*

603. Et, même si pour certains auteurs, la santé est l'un des « services collectifs [...] que la collectivité est amenée à fournir aux habitants »¹³⁸⁰, elle ne constitue pas pour autant l'une des « fonctions régaliennes »¹³⁸¹ de l'Etat. D'ailleurs si « à l'origine l'Etat ne s'intéressait guère à la santé de la population »¹³⁸², c'est très certainement que ce champ spécifique ne doit pas être compris comme faisant partie de ces compétences liées intrinsèquement à l'Etat et dont il ne peut se départir sans se dénaturer.

604. Mais l'intervention de l'Etat en matière de santé, même si relativement tardive, renvoie paradoxalement, pour partie au moins, à la réalisation des missions régaliennes qui lui incombent. Aiguillé par la survenance de crises sanitaires, qui ont eu pour « conséquence l'introduction du principe de précaution dans la décision publique »¹³⁸³, s'est ainsi vu renforcé « le pouvoir discrétionnaire de l'administration sur la décision d'agir en matière de police sanitaire »¹³⁸⁴. Car il existe en effet toute une part du domaine de la santé connexe au régalien, liée « aux fonctions de sécurité et de contrôle » de l'Etat, et correspondant à la police des activités sanitaires. Le contrôle de la sécurité des produits, l'autorisation de mise sur le marché des médicaments, ou encore l'inspection des établissements médico et médico-sociaux font partie de cette sphère¹³⁸⁵. A tel point d'ailleurs, que, comme le rappelle Frédéric Pierru et Christine Rolland, « les missions d'inspection-contrôle, la santé-environnement, les hospitalisations psychiatriques sans consentement et l'organisation de la veille sanitaire ont été l'objet, lors de la création des ARS, de débats houleux entre le ministère de l'Intérieur et le ministère de la Santé »¹³⁸⁶ pour savoir à qui, du DGARS ou du préfet, incarnation du caractère régalien de l'Etat local, se verrait attribuer ces champs précis. D'ailleurs, en cas de

¹³⁸⁰ ONNO Jérôme, « Les services publics en Europe », Petites affiches, 1999, n°69, p. 11.

Dans cet article, Jérôme Onno liste neuf de ces services collectifs : fonctions régaliennes, éducation, santé, action sociale, sport et culture, services urbains, communication et transports, énergie, logement.

¹³⁸¹ *ibid.*

¹³⁸² RENAUDIE Olivier, « Santé », in KADA Nicolas, PASQUIER Romain, COURTECUISSÉ Claire, AUBELLE Vincent (ss. la dir. de), « Dictionnaire encyclopédique de la décentralisation », *op.cit.*, p. 927.

¹³⁸³ HERAIL Elisabeth, « Conseil d'Etat, 15 mai 2009, n° 312449, Société France Conditionnement Création et autres », *Gazette du Palais*, 2009, n°328, p. 19.

¹³⁸⁴ *ibid.*

¹³⁸⁵ Pour certains, le rôle de l'ARS aurait d'ailleurs dû être limité à cette fonction régalienn.

Ainsi, Pierre-Jean Lancry, directeur de la santé à la CCMSA, était, en 2007, plus radical : « L'ARS ne devrait pas être une administration de mission. Elle devrait faire tout ce qui est régalien ».

Source :

PROTECTON SOCIALE INFORMATIONS, « ARS : quelle place pour l'assurance maladie ? », *Liaisons sociales presse*, n°610, 2007.

¹³⁸⁶ ROLLAND Christine, PIERRU Frédéric, *op.cit.*, p. 414.

crise sanitaire, les moyens de l'ARS sont mis à disposition « des préfets de département, alors décideurs uniques »¹³⁸⁷.

605. A ce stade de l'analyse nous pensons pouvoir affirmer que si la santé ne relève pas, d'un point de vue global, du domaine régalien, certaines de ses composantes ont, elles, un caractère régalien. En fonction des auteurs, et des analyses, le spectre sanitaire régalien pourra ainsi être plus ou moins large. Mais, de toute manière, quoi qu'il en soit de la largeur du spectre, la qualification régaliennne de la compétence entraîne-t-elle mécaniquement sa mise en œuvre par l'Etat, et uniquement par lui ?

C. Le régalien, un réel monopole d'Etat ?

606. Généralement « l'idée selon laquelle la police est une activité par essence régaliennne, appartenant en propre à l'Etat, mieux encore, inhérente à son institution, paraît relever de l'évidence »¹³⁸⁸. Elle est la conséquence du monopole de violence physique légitime dont il bénéficie.

A l'intérieur des frontières, cela s'exprime par la police, exercée « au nom du maintien de l'ordre public et de la préservation de la paix sociale »¹³⁸⁹, et, à l'extérieur des frontières, par la défense et la mobilisation des moyens militaires afin de protéger l'intégrité du territoire et les intérêts vitaux de la Nation à l'égard des puissances étrangères.

Il s'agit là du « noyau dur »¹³⁹⁰ des prérogatives régaliennes, qui, dans le cas de la police, s'étend également plus largement à la « police des activités », c'est-à-dire à l'organisation et au contrôle de certaines sphères de la vie publique nécessitant un contrôle ou une surveillance particulière¹³⁹¹.

¹³⁸⁷ *ibid.*

¹³⁸⁸ CHEVALLIER Jacques, « La police est-elle encore une activité régaliennne ? », *op.cit.*

¹³⁸⁹ *ibid.*

¹³⁹⁰ *ibid.*

¹³⁹¹ MASSOT Jean, « Les fondements des pouvoirs régaliens de l'Etat sur les marchés », Petites affiches, 2001, n°185, p. 6.

Dans cet article, Jean Massot présente cette fonction, aux côtés des privilèges du souverain et de l'autorisation des acteurs, comme l'un des trois piliers régaliens fondant l'intervention de l'Etat sur les marchés financiers.

607. Mais ces fonctions typiquement régaliennes ne sont-elles investies que par l'Etat ?

Dans le cas de la police, la réponse, négative, est sans appel.

La police municipale, dirigée par le maire, occupe aujourd'hui une place importante dans les politiques de sécurité. A tel point qu'en 2000 Lionel Jospin, alors premier ministre, redoutait que la montée en puissance du niveau communal dans le domaine ne conduise à « remettre en cause le caractère national de la police et de la gendarmerie »¹³⁹².

La crainte d'une « *shérifisation* » de la police locale n'a cependant pas empêché « le renforcement de la place du local » qui « s'est traduit de quatre manières : tout d'abord, par le vote de nouvelles lois et les transferts de compétences qui s'ensuivirent, mais surtout par des réformes mettant l'accent sur la proximité, qui sont indissociables des nouvelles pratiques contractuelles entre autorités publiques ; enfin, du fait des moyens nouveaux qu'ont développé les municipalités pour prendre en charge de nouvelles questions, notamment l'insécurité »¹³⁹³.

Le maire est désormais un acteur essentiel, « pivot des politiques locales de sécurité, selon les textes de loi »¹³⁹⁴. Aujourd'hui, les collectivités territoriales « ne sont plus pensées comme de simples relais du pouvoir central au niveau local et la tutelle du préfet a reculé »,¹³⁹⁵ sous l'effet de la décentralisation.

608. Cette évolution n'est d'ailleurs pas uniquement la conséquence d'un réagencement législatif des compétences des différents niveaux d'administration, mais également d'un renforcement du local¹³⁹⁶ et du développement d'outils de contractualisation entre l'Etat et les collectivités, faisant d'eux des partenaires. Dès lors, l'action des élus locaux constitue désormais, pour Sébastien Roche, « un bastion de légitimité, une source de ressources, un

¹³⁹² Discours prononcé lors des assises nationales de la police de proximité, à Paris, le 30 mars 2000.

Source :

<http://discours.vie-publique.fr/notices/003000986.html>

Consulté le 15/08/2017

¹³⁹³ ROCHE Sébastien, « Vers la démonopolisation des fonctions régaliennes :

contractualisation, territorialisation et européanisation de la sécurité intérieure », Revue française de science politique, 2004, Vol. 54, p. 47.

¹³⁹⁴ *ibid.*

¹³⁹⁵ *ibid.*

¹³⁹⁶ Ainsi, les polices municipales ont réémergé : elles sont passées de 5 600 agents en 1983 à 18 500 en 2001, puis à 20 996 en 2015.

ensemble organisé qu'il serait improbable de voir mis à bas par une administration d'État, fût-elle régaliennne »¹³⁹⁷.

609. Cette implication du local s'est également faite en parallèle du développement de l'action de l'UE en la matière, sur la base d'une partition réfléchiée entre les différents acteurs. Au local de gérer « la délinquance ordinaire »¹³⁹⁸, et à l'Europe d'intervenir sur « la grande criminalité [...] et la protection des frontières »¹³⁹⁹. Ce faisant, c'est en réalité le principe de subsidiarité qui a été *de facto*, et pragmatiquement, appliqué à la répartition des compétences en matière de police. Le niveau local et le niveau européen interfèrent ainsi « avec la notion d'État régaliennne, chacun sous un angle spécifique »¹⁴⁰⁰ et « concourent à la démonopolisation de la sécurité assurée par le contrôle de l'usage de la violence légitime tel que les États nations européens l'avaient historiquement constitué »¹⁴⁰¹.

610. Le développement européen a d'ailleurs conduit à remettre considérablement en cause la pertinence de l'idée de monopoles régaliens d'État. Ils sont aujourd'hui confrontés à de profondes remises en cause liées à la crise des finances publiques, au développement du droit de la concurrence et du droit international privé, et à la montée en puissance de l'Europe. Le privilège *de battre monnaie*, mis à mal par la création de l'Euro et de la BCE, s'il constitue un exemple emblématique de cette situation, n'est que la partie émergée de l'iceberg. Le CE constate lui-même cette « érosion des monopoles régaliens »¹⁴⁰², entraînant une « concession par l'État d'une partie croissante des fonctions régaliennes dont il avait le monopole, d'une part, à des organisations d'échelle supranationale – ou, dans une moindre mesure, locale – et d'autre part, au secteur privé »¹⁴⁰³. Ainsi, la *glocalisation* touche également le sanctuaire des fonctions régaliennes.

¹³⁹⁷ ROCHE Sébastien, *op.cit.*, p.52

¹³⁹⁸ *id.*, p.69

¹³⁹⁹ *ibid.*

¹⁴⁰⁰ *ibid.*

¹⁴⁰¹ *ibid.*

¹⁴⁰² CONSEIL D'ETAT, « L'État et les monopoles régaliens : défense, diplomatie, justice, police, fiscalité. Où va l'Etat : Cycle de conférences du Conseil d'État 2013-2015 », *op.cit.*, p. 2.

¹⁴⁰³ CHEVALLIER Jacques, « La police est-elle encore une activité régaliennne ? », *op.cit.*

611. Le rôle de l'Etat s'en trouve modifié. Il demeure pour Jacques Chevallier « la clé de voûte de ces secteurs dont il fixe l'architecture d'ensemble »¹⁴⁰⁴. Plus que de mettre en œuvre leur administration, lui revient dès lors la charge d'opérer la répartition des compétences et d'assurer le contrôle et l'évaluation de l'action des partenaires. La Cour des Comptes ne dit pas autre chose en considérant que « l'État doit se recentrer pour pouvoir réinvestir dans ses fonctions de contrôle de l'application de la loi et d'évaluation »¹⁴⁰⁵

612. En matière militaire la question s'est également faite jour avec le développement des PMSC¹⁴⁰⁶. Et la question de la nécessité de maintenir le monopole étatique a été rapidement réglée : « le débat [...] ne porte plus sur le principe même de sous-traiter des activités militaires qui jusqu'ici étaient réservées à l'État ; il porte sur ce qui, dans ces activités, doit être considéré comme intrinsèquement étatique et ce qui, à l'inverse, n'avait été jusque-là considéré comme étatique [que] pour des raisons historiques et contingentes »¹⁴⁰⁷. Le rôle de l'Etat demeure là aussi de redéfinir « ce qui « s'offre à la privatisation et [...] ce qui ne saurait faire l'objet d'une privatisation »¹⁴⁰⁸.

613. D'une certaine façon, c'est la même condition qui préside à l'implication des collectivités territoriales. Il ne s'agit plus pour l'Etat de les exclure de certains champs, mais de réfléchir à une meilleure répartition des rôles. Cela achève, même en ce qui concerne le régalien, de mettre à bas une lecture statique des compétences « présentées comme des blocs immuables que le temps et l'espace n'altéreraient pas »¹⁴⁰⁹. En effet, la notion de « compétence exclusive [...] est difficile à cerner [...] y compris pour des activités supposées régaliennes : ainsi du pouvoir fiscal qui échoit dans une certaine mesure aux collectivités locales dont les assemblées délibérantes votent les taux d'imposition des impôts locaux ,ou encore de l'action extérieure, qui, pour rester une compétence atypique des collectivités territoriales, ne constitue plus aujourd'hui un monopole d'intervention étatique »¹⁴¹⁰.

¹⁴⁰⁴ *ibid.*

¹⁴⁰⁵ COUR DES COMPTES, « L'organisation territoriale de l'Etat », 2013, Paris, p. 232.

¹⁴⁰⁶ *Private military and security companies*

¹⁴⁰⁷ MAGNON-PUJO Cyril, « La souveraineté est-elle privatisable ? La régulation des compagnies de sécurité privée comme renégociation des frontières de l'État », *Politix*, 2011, n° 95, p. 129, pp. 150-151

¹⁴⁰⁸ MAGNON-PUJO Cyril, *op.cit.*, p. 153.

¹⁴⁰⁹ CLEPKENS Hugues (ss. la dir. de), « Réformer la décentralisation. Pour la République ou pour l'Etat ? », *op.cit.*, p. 212.

¹⁴¹⁰ BRISSON Jean-François, « Les transferts de compétences de l'Etat aux collectivités locales », *op.cit.*

Le développement de monnaies locales, comme le *soldi corse*, reconnues par l'article 16 de la loi du 31 juillet 2014 relative à l'économie sociale et solidaire¹⁴¹¹, ou encore le rôle des services départementaux de l'ASE dans la procédure pénale, sont autant d'indices mettant en évidence la part prise par les collectivités en matières régaliennes. Il ne fait dès lors plus de doute qu'elles « détiennent un rôle dans leur exercice qui est désormais incontournable »¹⁴¹².

614. Menée par la Cour des comptes, cette réflexion invite à questionner même la position de l'Etat vis-à-vis de ses agences, en recentrant son action sur « les aspects stratégiques », et à enfin donner corps aux objectifs ayant présidé à leurs développements comme le rappellent les juges de la rue de Cambon : « Les opérateurs ont été créés pour pallier les rigidités dans la gestion de l'État, en étant plus souples et réactifs [...] dans cette hypothèse il serait alors indispensable de revoir leurs principes de gouvernance, et notamment leurs relations avec les administrations centrales »¹⁴¹³.

615. Pour Antoine Simon, il faudrait ainsi repenser la catégorie même de compétence régalienne, en l'envisageant comme la « protection du principe d'égalité et d'indivisibilité de la République et notamment la préservation des droits et libertés fondamentales sur le territoire en ce qu'il s'agit de prérogatives de l'Etat en vertu notamment de l'article 3 de la Constitution »¹⁴¹⁴. C'est cette approche, par la protection des droits fondamentaux¹⁴¹⁵, qui doit aujourd'hui devenir la clé de compréhension du cadre de l'action de l'Etat. Elle est en tout cas bien plus opérante que par le truchement de la définition d'un champ de compétences régaliennes.

¹⁴¹¹ Loi n° 2014-856 du 31 juillet 2014 relative à l'économie sociale et solidaire, JORF n°0176 du 1 août 2014, p. 12666.

¹⁴¹² SIMON Antoine, « Compétence régalienne », *op.cit.*, p. 252.

¹⁴¹³ COUR DES COMPTES, « L'organisation territoriale de l'Etat », *op.cit.*, p. 203.

¹⁴¹⁴ SIMON Antoine, « Compétence régalienne », *op.cit.*, p. 252.

¹⁴¹⁵ Jacques Chevallier relève ainsi que l'idée que la sécurité soit « un droit fondamental », a été formulée dès la « loi d'orientation et de programmation relative à la sécurité » (LOPS) du 21 janvier 1995, l'Etat ayant « le devoir d'assurer la sécurité, en veillant, sur l'ensemble du territoire de la République, à la défense des institutions et des intérêts nationaux, au respect des lois, au maintien de la paix et de l'ordre public, à la protection des populations ».

CHEVALLIER Jacques, « La police est-elle encore une activité régalienne ? », *op.cit.*, p. 18.

616. Dès lors, il ne s'agit plus de réfléchir à l'exclusion des collectivités de l'administration de la santé du fait de son caractère régalien, mais, potentiellement, sur la base du principe d'égalité et d'indivisibilité de la République que l'Etat serait seul à même de mettre en œuvre, via un pilotage administratif direct.

Au-delà du principe d'égalité, nous observerons ainsi dans le paragraphe suivant les autres arguments juridiques qui pourraient justifier une exclusion de la santé des mouvements de décentralisation.

§2. Les autres obstacles juridiques à une décentralisation de la santé

617. Au-delà du rattachement de la santé à la sphère régaliennne, d'autres dispositions juridiques pourraient empêcher la décentralisation de la santé, ou, à tout le moins, la limiter.

Nous aborderons ici la question du principe d'égalité (B), qui s'inscrit dans le droit fil des compétences régaliennes abordées ci-dessus, ainsi que les potentiels obstacles législatifs (C) et constitutionnels (A) à une telle évolution.

A. Les potentiels obstacles constitutionnels à une décentralisation de la santé

618. Intégré au bloc de constitutionnalité, le préambule de la Constitution de la IV^{ème} République¹⁴¹⁶ dispose dans son article 10 que « la Nation assure à l'individu et à la famille les conditions nécessaires à leur développement ». L'article 11 du même texte précise que la Nation « garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs », et que « tout être humain qui, en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation économique, se

¹⁴¹⁶ Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946.

trouve dans l'incapacité de travailler a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence ».

L'analyse de ce texte pourrait conduire à envisager une compétence de l'Etat en matière de protection de la santé. Mais une telle lecture procéderait d'une confusion entre les notions de Nation et d'Etat, entendues comme autorité administrative. La Nation regroupe l'ensemble des collectivités qui la compose, et s'appuie sur elles pour mener à bien les missions qu'elle s'impose.

Un tel texte n'empêche pas de confier la gestion des domaines qu'il liste à une collectivité territoriale. Il interdit seulement que le sujet ne soit pas pris en charge par les autorités publiques. D'ailleurs, il est bien évident que « les loisirs » garantis au même article 11 ne sont pas de la compétence du seul Etat. La culture, connexe avec les loisirs, fait notamment l'objet d'une des compétences partagées entre les différents niveaux de collectivités. De plus, « le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence » est évidemment de la responsabilité, pour bonne part, des Départements, en charge de la promotion des solidarités.

Le préambule de la Constitution de 1946, à notre sens, ne fait ainsi pas obstacle à une décentralisation de « la protection de la santé ». Il impose simplement à la Nation d'organiser sa préservation, et de l'organiser, en confiant sa charge à une autorité publique.

619. L'article 34 de la Constitution de la Vème République, définit et délimite le domaine de la loi. Il fixe également « les principes fondamentaux [...] de la sécurité sociale ». S'il est ainsi possible de constater que le texte constitutionnel originel limitait le domaine minimal réservé au législateur aux « principes fondamentaux », la révision constitutionnelle de 1996¹⁴¹⁷ a renforcé le pouvoir du Parlement. La création à cette occasion des lois de financement de la sécurité sociale, chargées de déterminer « les conditions générales de son équilibre financier et, compte tenu de leurs prévisions de recettes, [de fixer] ses objectifs de dépenses, dans les conditions et sous les réserves prévues par une loi organique », ont en effet renforcé le rôle et le pouvoir du législateur sur l'Assurance maladie, dans le domaine de la santé.

¹⁴¹⁷ Loi constitutionnelle no 96-138 du 22 février 1996 instituant les lois de financement de la sécurité sociale, JORF n°46 du 23 février 1996, p. 2911.

Pour autant, d'autres champs réservés au législateur par le jeu de l'article 34 n'entraînent pas une confiscation de ces domaines par l'échelon central. Le fait que l' « enseignement » et « la préservation de l'environnement » soient des domaines également réservés au Parlement n'empêche pas les collectivités d'y prendre part et d'y jouer un rôle, dans les conditions prévues par le législateur.

Dès lors, rien ne fait obstacle à ce qu'il en soit de même en santé. Qu'il revienne au législateur de fixer les grands principes et équilibres budgétaires, ne fait juridiquement pas de doute. Et, en tout état de cause, qu'il décide de confier la gestion de l'administration du système aux collectivités ne lui est pas interdit.

620. Les principes généraux du droit, au premier rang desquels le principe d'égalité, n'y font pas plus obstacle.

B. Le respect du principe d'égalité : une limite à la décentralisation de la santé

621. A partir de la fin du XX^{ème} siècle, « l'égalité longtemps envisagée comme un concept philosophique, un commandement chrétien ou encore un idéal politique, a achevé sa mue en devenant en droit français un principe à valeur constitutionnelle, c'est-à-dire une norme juridique à part entière »¹⁴¹⁸.

La constitutionnalisation de ce principe, fruit d'un mouvement entamé en réalité dès la Révolution, car intrinsèquement lié à la vision jacobine primant chez les Révolutionnaires, revêt aujourd'hui une telle « prééminence dans l'ordre juridique français », qu'il apparaît « comme un élément central de l'identité constitutionnelle de la France, mais aussi comme l'un des principaux piliers de l'État de droit »¹⁴¹⁹.

¹⁴¹⁸ MELIN-SOUCRAMANIEN Ferdinand, « Le principe d'égalité dans la jurisprudence du Conseil constitutionnel. Quelles perspectives pour la question prioritaire de constitutionnalité ? », Cahiers du Conseil constitutionnel, n° 29, 2010.

¹⁴¹⁹ *ibid.*

Cette matérialisation juridique de la légalité trouve son prolongement dans la responsabilité incombant à l'Etat d'assurer la préservation d'un socle commun de droits fondamentaux garantis par la Constitution - les principes généraux du droit - ou par la loi.

622. Par conséquent, il serait impossible pour une collectivité, *a fortiori* pour une Région, de contrevenir à ces principes. Le Conseil constitutionnel l'a rappelé, en précisant que « si le principe de libre administration des collectivités territoriales a valeur constitutionnelle, il ne saurait conduire à ce que les conditions essentielles d'application d'une loi organisant l'exercice d'une liberté publique dépendent de décisions des collectivités territoriales et, ainsi, puissent ne pas être les mêmes sur l'ensemble du territoire »¹⁴²⁰.

Au-delà de cette prescription élémentaire, « la confrontation de l'égalité des citoyens et de la décentralisation devient vite stérile »¹⁴²¹. L'observation des variations, d'un territoire à l'autre, entre les services publics offerts, et les modalités dans lesquels ils le sont, permet de mesurer l'étendue des différences, pouvant être entendues comme autant de coups portés au principe d'égalité. Cela n'est pourtant pas l'analyse qui en est en général faite, et c'est tant mieux. Le principe d'égalité n'impose en réalité pas une stricte identité des conditions réelles, qui découlerait d'une obligation de résultats – par trop contraignante – à la charge des administrations, mais plutôt d'une obligation de moyens, comprise comme le devoir de se saisir d'un domaine ou d'une politique. Le principe d'égalité envisagé de cette façon apparaît ainsi davantage comme un principe d'équité, qui ne trouverait pas à souffrir d'une différenciation territoriale s'appuyant, pour se justifier, sur des raisons propres au territoire concerné.

623. Dans le domaine de la santé, à titre d'exemple, une collectivité ne pourrait *a priori* pas instaurer localement des mécanismes coercitifs visant à limiter la liberté d'installation des médecins, ou encore, celle du choix de son médecin par le patient, posés à l'article L 162-2 du code de sécurité sociale, créé par le décret du 21 décembre 1985¹⁴²².

¹⁴²⁰ Attendu 18, Décision n° 84-185 DC du 18 janvier 1985.

¹⁴²¹ AUBY Jean-Bernard, « La décentralisation et le droit », *op.cit.*, p. 103.

¹⁴²² Créé par l'article 1^{er} du décret n°85-1353 du 17 décembre 1985, JORF du 21 décembre 1985, p. 14961.

L'action des collectivités serait donc en partie limitée par ce cadre national, mais pour le reste, rien ne ferait obstacle, de ce point de vue, à ce que celles-ci soient aux commandes de l'administration sanitaire locale. Comme le précise Antoine Simon, rien n'empêche « l'Etat de confier aux collectivités la mission d'organiser les moyens précis de mise en œuvre et de réalisation de ses droits fondamentaux »¹⁴²³. De nombreux droits sont d'ores et déjà, dans leur mise en œuvre, le fruit, *a minima*, d'une collaboration entre Etat et collectivités. Le droit au logement est évidemment lié aux politiques locales d'urbanisme, dans lesquelles l'Etat intervient en imposant aux Communes de proposer un nombre minimal de logements sociaux. L'effectivité du droit à la culture est, lui aussi, le fruit d'une action commune entre ces différents acteurs. On voit mal ce qui, de ce point de vue, pourrait faire du droit à la santé un droit à part, dont la production et la mise en œuvre devraient être, dans un objectif de réalisation du principe d'égalité, de la responsabilité de l'Etat.

624. D'autant plus que l'Etat n'a pas toujours fait montre d'une particulière efficacité sur le plan de la protection de l'égalité et de la protection des droits fondamentaux. Le développement des inégalités territoriales de santé, d'accès aux soins, et le développement des déserts médicaux, contre lesquels le Pacte territoire santé lancé en 2012 a vocation à lutter, témoignent de cette relative faillite. A tout le moins, la situation autorise à interroger l'efficacité supérieure de l'Etat pour prendre en charge ces questions. Certains élus ne cachent d'ailleurs plus leur réserve vis-à-vis de l'action de l'Etat : « le sentiment d'abandon se mêle au désappointement parmi les élus ruraux qui considèrent que l'Etat a failli à ses missions et ils chargent leurs représentants de manifester leur réprobation : « Des colères montent du monde rural qui se sent abandonné par les services de l'Etat ; qui redoute l'érosion de l'ingénierie publique ; qui s'inquiète de la désertification médicale et de la levée des dernières contraintes fixées à l'installation des médecins »¹⁴²⁴,¹⁴²⁵. Face à cette situation, certains élus n'hésitent plus pour faire face aux difficultés à embaucher directement des médecins

¹⁴²³ SIMON Antoine, « Compétence régaliennne », *op.cit.*, p. 252.

¹⁴²⁴ DELEVAU Daniel, « Discours à la Convention nationale de l'intercommunalité », Rennes, 2011, p. 5, cité *in* « Réformer la décentralisation. Pour la République ou pour l'Etat ? », *op.cit.*, p. 212.

¹⁴²⁵ *id.*, p. 215.

généralistes ; la ville d'Annequin, située dans les Hauts de France, a par exemple fait le choix en 2017 d'embaucher deux médecins généralistes, rémunérés par la Commune¹⁴²⁶.

625. Comme pour le régalien, la protection par l'Etat du principe d'égalité, pourrait ainsi se déplacer à un autre niveau. Les magistrats de la rue de Cambon considèrent d'ailleurs que « L'État dispose d'autres moyens pour veiller à un traitement égal des citoyens et des entreprises sur tout le territoire et dans toutes les collectivités. Les citoyens, de plus en plus informés de leurs droits, sont à même de les faire valoir, individuellement ou collectivement, et l'État, par le contrôle de la légalité, peut, s'il sait améliorer l'efficacité de cette fonction, sanctionner les collectivités qui ne respectent pas leurs obligations légales. L'État devrait d'abord veiller à remplir ses obligations constitutionnelles – le contrôle de la légalité en est une – et à mettre en place, avec les collectivités territoriales, des procédures d'évaluation des politiques décentralisées »¹⁴²⁷. La Cour des comptes ajoute qu'une « telle transformation renforcerait à la fois la lisibilité de l'action, et donc des responsabilités de chacun des acteurs, en même temps que l'État retrouverait son rôle de décideur des politiques publiques et de garant des droits »¹⁴²⁸.

Dans les réponses annexées à ce rapport, les groupements de collectivités abondent elles aussi en ce sens. L'Association des maires de France – AMF – rappelle qu'elle a en effet « toujours demandé que l'Etat se recentre sur ses compétences régaliennes ou d'intérêt national et n'intervienne plus dans la gestion des compétences qu'il a décentralisées mais seulement en accompagnement, en conseil ou en arbitre »¹⁴²⁹.

L'ARF précise que les Régions « n'ont cessé de soutenir et de défendre l'émergence d'un Etat stratège, garant des solidarités sociales et territoriales [...] de la péréquation entre les territoires, et recentré sur ses compétences régaliennes »¹⁴³⁰. Et justement, en développant la péréquation, tout en déplaçant son intervention vers l'évaluation et le contrôle de l'activité des

¹⁴²⁶Source :

<http://www.lavoixdunord.fr/160673/article/2017-05-10/la-ville-va-salarier-deux-medecins-une-premiere-dans-la-region>

Consulté le 14/11/2017

¹⁴²⁷ COUR DES COMPTES, « L'organisation territoriale de l'Etat », *op.cit.*, p. 230.

¹⁴²⁸ COUR DES COMPTES, « L'organisation territoriale de l'Etat », *op.cit.*, p. 229-230.

¹⁴²⁹ Réponse de l'AMF in COUR DES COMPTES, « L'organisation territoriale de l'Etat », *op.cit.*, p. 282.

¹⁴³⁰ Réponse ARF in COUR DES COMPTES, « L'organisation territoriale de l'Etat », *op.cit.*, p. 273.

entités locales, l'Etat pourrait se délester de l'administration concrète de systèmes complexes pour s'orienter vers ce rôle d'Etat stratège.

626. Car, bien évidemment, il ne saurait être question pour lui d'abandonner totalement le champ de la santé. Outre la logique de la décentralisation à la française, certaines dispositions législatives en vigueur empêchent cet abandon total de ce domaine spécifique.

C. Les limites législatives à une décentralisation de la santé

627. L'alinéa premier de l'article L 1411-1 du CSP dispose que « la Nation définit sa politique de santé afin de garantir le droit à la protection de la santé de chacun ». Dès l'alinéa suivant, le texte précise que « la politique de santé relève de la responsabilité de l'Etat ». La consultation du CSP ne laisse à ce point de vue que peu de doutes : le législateur attribue la charge de la politique de santé à l'Etat.

Pourtant, il est important de rappeler que cette affirmation nette n'est que le fruit d'une évolution récente entamée à partir de la loi Kouchner¹⁴³¹ de 2002. C'est en effet l'article 34 de cette loi qui insère, pour la première fois dans le CSP, cette mention claire et nette de la responsabilité de la Nation dans la définition de la politique de santé. Mais la loi de 2002 fait ici référence à la Nation et non à l'Etat, ces deux notions ne se confondant pas ; la référence à la Nation n'entraîne ainsi pas nécessairement une centralisation de l'administration sanitaire, mais simplement une prise en charge par les autorités publiques de ces questions.

En vertu du même article, l'évaluation de cette politique est réalisée annuellement par les conseils régionaux de santé¹⁴³² et Haut conseil de la santé. Sur la base de leurs travaux, le Gouvernement, c'est à dire l'Etat, était ensuite chargé de remettre au Parlement un rapport sur les orientations de la politique de santé, auquel devait être joint l'avis de la Conférence nationale de santé, afin d'éclairer les débats parlementaires autour de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale.

¹⁴³¹Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, JORF du 5 mars 2002 p. 4118.

¹⁴³² Aujourd'hui disparus.

628. La loi de 2004 relative à la politique de santé publique¹⁴³³ va sensiblement modifier ce mécanisme en disposant à son article 2, modifiant l'article L 1411-4 du CSP, que la « détermination de ces objectifs, la conception des plans, des actions et des programmes de santé mis en œuvre pour les atteindre ainsi que l'évaluation de la politique de santé, « relèvent de la responsabilité de l'Etat »¹⁴³⁴. Le III de l'article 2 de la loi de 2004 ajoute que « la loi définit tous les cinq ans les objectifs de la politique de santé publique » sur la base d'un rapport¹⁴³⁵, réalisé par le Gouvernement, et annexé au projet de loi, présentant les objectifs de la politique gouvernementale et les principaux plans d'action qu'il entend mettre en œuvre.

629. Cette situation restera inchangée, malgré la régionalisation engagée avec la loi HPST, et ce jusqu'à la loi de modernisation du système de santé adoptée en 2016¹⁴³⁶. Cette loi vient, dans son article premier, clarifier la rédaction de l'article L 1411-4 en le figeant dans la rédaction que nous connaissons aujourd'hui et disposant que « la Nation définit sa politique de santé afin de garantir le droit à la protection de la santé de chacun », et précisant que cette politique de santé « relève de la responsabilité de l'Etat ».

¹⁴³³ Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique JORF n°185 du 11 août 2004, p. 14277.

¹⁴³⁴ Comme le dispose l'article L 1411-4 du CSP, « la politique de santé publique concerne :

1° La surveillance et l'observation de l'état de santé de la population et de ses déterminants ;

2° La lutte contre les épidémies ;

3° La prévention des maladies, des traumatismes et des incapacités ;

4° L'amélioration de l'état de santé de la population et de la qualité de vie des personnes malades, handicapées et des personnes dépendantes ;

5° L'information et l'éducation à la santé de la population et l'organisation de débats publics sur les questions de santé et de risques sanitaires ;

6° L'identification et la réduction des risques éventuels pour la santé liés à des facteurs d'environnement et des conditions de travail, de transport, d'alimentation ou de consommation de produits et de services susceptibles de l'altérer ;

7° La réduction des inégalités de santé, par la promotion de la santé, par le développement de l'accès aux soins et aux diagnostics sur l'ensemble du territoire ;

8° La qualité et la sécurité des soins et des produits de santé ;

9° L'organisation du système de santé et sa capacité à répondre aux besoins de prévention et de prise en charge des maladies et handicaps ;

10° La démographie des professions de santé. »

¹⁴³⁵ Ce rapport s'appuie sur un rapport d'analyse des problèmes de santé de la population et des facteurs susceptibles de l'influencer, établi par le Haut Conseil de la santé publique, qui propose des objectifs quantifiés en vue d'améliorer l'état de santé de la population. Le rapport établi par le Haut Conseil de la santé publique dresse notamment un état des inégalités socioprofessionnelles et des disparités géographiques quant aux problèmes de santé.

¹⁴³⁶ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, JORF n°0022 du 27 janvier 2016, texte n°1.

La loi de modernisation du système de santé de 2016 sera également l'occasion de préciser le contenu¹⁴³⁷ et, surtout, les objectifs de la politique de santé. Celle-ci « tend à assurer la promotion de conditions de vie favorables à la santé, l'amélioration de l'état de santé de la population, la réduction des inégalités sociales et territoriales et l'égalité entre les femmes et les hommes et à garantir la meilleure sécurité sanitaire possible et l'accès effectif de la population à la prévention et aux soins ».

La nouvelle rédaction de l'article L 1411-4 définit clairement la protection de la santé comme une mission de l'Etat, et entendue dans une perspective *quasi-régalienn*e, en empruntant très largement au champ lexical afférent. Est fait référence au devoir de « protection » des populations, et d'amélioration de la « sécurité » sanitaire.

Mais les apports issus de la loi de 2016 définissent également la politique de santé comme devant être une réponse aux « inégalités », c'est à dire, comme un vecteur de protection et de promotion de l'égalité des individus, faisant partie des missions de l'Etat, dans une approche renouvelée des missions régaliennes lui incombant, telle que décrite par Antoine Simon.

¹⁴³⁷ La loi de 2016 vient modifier quelque peu le contenu de cette politique, désormais défini comme telle à l'article L 1114-4 du CSP :

« La politique de santé comprend :

- 1° La surveillance et l'observation de l'état de santé de la population et l'identification de ses principaux déterminants, notamment ceux liés à l'éducation et aux conditions de vie et de travail. L'identification de ces déterminants s'appuie sur le concept d'exposition, entendu comme l'intégration sur la vie entière de l'ensemble des expositions qui peuvent influencer la santé humaine ;
- 2° La promotion de la santé dans tous les milieux de vie, notamment dans les établissements d'enseignement et sur le lieu de travail, et la réduction des risques pour la santé liés à l'alimentation, à des facteurs environnementaux et aux conditions de vie susceptibles de l'altérer ;
- 3° La prévention collective et individuelle, tout au long de la vie, des maladies et de la douleur, des traumatismes et des pertes d'autonomie, notamment par la définition d'un parcours éducatif de santé de l'enfant, par l'éducation pour la santé, par la lutte contre la sédentarité et par le développement de la pratique régulière d'activités physiques et sportives à tous les âges ;
- 4° L'animation nationale des actions conduites dans le cadre de la protection et de la promotion de la santé maternelle et infantile mentionnée à l'article L. 2111-1 ;
- 5° L'organisation des parcours de santé. Ces parcours visent, par la coordination des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, en lien avec les usagers et les collectivités territoriales, à garantir la continuité, l'accessibilité, la qualité, la sécurité et l'efficacité de la prise en charge de la population, en tenant compte des spécificités géographiques, démographiques et saisonnières de chaque territoire, afin de concourir à l'équité territoriale ;
- 6° La prise en charge collective et solidaire des conséquences financières et sociales de la maladie, de l'accident et du handicap par le système de protection sociale ;
- 7° La préparation et la réponse aux alertes et aux crises sanitaires ;
- 8° La production, l'utilisation et la diffusion des connaissances utiles à son élaboration et à sa mise en œuvre ;
- 9° La promotion des activités de formation, de recherche et d'innovation dans le domaine de la santé ;
- 10° L'adéquation entre la formation initiale des professionnels de santé et l'exercice ultérieur de leurs responsabilités ;
- 11° L'information de la population et sa participation, directe ou par l'intermédiaire d'associations, aux débats publics sur les questions de santé et sur les risques sanitaires et aux processus d'élaboration et de mise en œuvre de la politique de santé. La politique de santé est adaptée aux besoins des personnes en situation de handicap et de leurs aidants familiaux ».

Par la même loi, qui entend « rassembler les acteurs de la santé autour d'une stratégie partagée »¹⁴³⁸, est également introduite une autre nouveauté : la stratégie nationale de santé.

Cette stratégie est « définie par le gouvernement » et « détermine, de manière pluriannuelle, des domaines d'actions prioritaires et des objectifs d'amélioration de la santé et de la protection sociale contre la maladie ». Elle est arrêtée, ou revue, après « une consultation publique sur les objectifs et les priorités du projet de stratégie nationale de santé »¹⁴³⁹.

630. Ainsi, en ce qui concerne la santé, l'histoire du début du XXIème siècle est celle d'une réaffirmation, voire, à la lumière des différentes et rapides modifications législatives, d'une crispation de l'Etat sur des prérogatives qui n'étaient, auparavant, pas les siennes. Légalement affirmée, la prééminence de l'Etat dans la conduite et le pilotage des affaires de santé est ainsi un construit juridique assez récent, même s'il semble découler directement des dispositions constitutionnelles.

631. En tout cas, il ressort de cette analyse que le verrou juridique de la décentralisation de la santé ne semble pas très robuste. Sa récente pose ne le rendrait pas très résistant aux coups de butoir d'une ferme volonté de décentralisation de la santé pour peu que les collectivités et les Régions s'emparent des possibilités que le mouvement général de recomposition de l'action locale, observé au chapitre précédent, leur offrent.

632. Mais si, sur le plan juridique, la mainmise de l'Etat sur la santé ne se justifie pas autrement que par elle-même, y a-t-il une légitimité spécifique, de type politique, à une telle mainmise sur le système et son administration ? Nous aborderons cette question dans la section suivante.

¹⁴³⁸ Titre liminaire : Rassembler les acteurs de la santé autour d'une stratégie partagée.

¹⁴³⁹ En pratique, le Gouvernement lance une concertation menée par les directeurs du ministère chargé de la santé et réalisée auprès des représentants du secteur de la santé, des élus et des usagers, à l'issue de laquelle un premier projet de stratégie nationale de santé est rédigé. Ce premier projet est ensuite rendu consultable en ligne par l'ensemble des citoyens qui peuvent exprimer avis et propositions. En parallèle, la Conférence nationale de santé et le HCSP sont saisis pour avis du projet.

Section 2. Une légitimité politique supérieure de l'intervention de l'Etat en santé ?

633. Au-delà des différentes qualifications et dispositifs juridiques qui pourraient imposer une prééminence de l'Etat, et de l'échelon central, dans la gestion du système de santé, la question d'une légitimité supérieure de l'Etat dans le domaine pourrait être la conséquence d'autres éléments, politiques, liés à la nature même du système. Or, celle-ci n'est pas évidente.

Tout d'abord, le mode de financement spécifique de la Sécurité sociale, et donc de l'Assurance maladie, conduit à interroger le bien-fondé d'une mainmise de l'Etat sur la santé (§1). Nous verrons que les récentes modifications de ce mode de financement, semblent plus procéder d'une nécessité de démocratisation du système, et de légitimation politique du système. Celles-ci n'ont pas à intervenir forcément par le truchement d'un renforcement de la position de l'Etat (§2).

§1. L'Etat face à l'Assurance maladie : la conquête d'une légitimité par le financement

634. Le conseil national de la Résistance prévoyait la mise en place d'un « plan complet de sécurité sociale, visant à assurer à tous les citoyens des moyens d'existence, dans tous les cas où ils sont incapables de se les procurer par le travail, avec gestion appartenant aux représentants des intéressés et de l'État »¹⁴⁴⁰.

La défiance à l'égard de l'Etat, « conforme à l'état d'esprit qui prévalait à l'époque et que reflète bien l'exposé des motifs du projet d'organisation de la Sécurité sociale déposé devant

¹⁴⁴⁰ Programme du Conseil national de la Résistance, II, 4, b, 1944.

Source :

http://cache.media.eduscol.education.fr/file/droits_homme/19/8/Programme_du_Conseil_national_de_la_Resistance_319198.pdf

Consulté le 13/10/2017

l'Assemblée constituante provisoire¹⁴⁴¹ »¹⁴⁴², a conduit à confier la gestion du système aux financeurs du système : les partenaires sociaux. Ce choix se justifiait par deux raisons principales : les droits créés l'étaient en faveur des travailleurs, et les prestations associées étaient financées par des cotisations sociales.

635. Cette gestion directe des financeurs et des bénéficiaires jette ainsi les bases de la démocratie sociale, que le programme national de la résistance appelait également de ses vœux, et va conduire à inventer et à développer le paritarisme français, même si le terme, popularisé sous la plume d'André Bergeron, n'apparaît qu'en 1961¹⁴⁴³.

636. Il fait référence, selon Laurent Duclos, au « procédé visant à structurer, par l'agencement d'intérêts distincts et organisés, le rapport capital/travail pour en associer la représentation à la production de biens collectifs ou de règles établies dans l'intérêt général »¹⁴⁴⁴. Cependant, le paritarisme renvoie à une conception de l'intérêt général très différente de la pensée classique française issue de la Révolution, ce qui invite à chercher ses sources plutôt « dans le principe de subsidiarité ou dans une sorte de corporatisme »¹⁴⁴⁵. Les partenaires sociaux justifient en effet régulièrement leur intervention en matière de négociation et de gestion par une connaissance du monde du travail supérieure à celle de l'État.

Pour autant, le paritarisme renvoie également à l'idée simple selon laquelle c'est aux financeurs du système de prendre les décisions relatives à sa gestion et son pilotage. Philippe Pihet, secrétaire confédéral de Force Ouvrière, résume bien cette réalité, en avançant que « le paritarisme c'est avant tout la gestion du salaire différé ! »¹⁴⁴⁶ Leur légitimité provient

¹⁴⁴¹ « L'organisation nouvelle doit éviter le risque bureaucratique. Elle doit être faite d'institutions vivantes, se renouvelant par une création continue par l'effort des intéressés eux-mêmes chargés par leurs représentants d'en assurer directement la gestion ».

Cité par RICHARD Arnaud, GERMAIN Jean-Marc, « Rapport d'information par la mission d'information sur le paritarisme », Ass. Nationale, 14^{ème} législature, n°3829, 2016, p. 61.

¹⁴⁴² RICHARD Arnaud, GERMAIN, n°3829, 2016, p. 118.

¹⁴⁴³ André Bergeron dans le journal de Force Ouvrière du 19 avril 1961: « La bonne gestion des ASSEDIC est un succès qu'il faut porter au compte du paritarisme ».

cité par RICHARD Arnaud, GERMAIN Jean-Marc, « Rapport d'information par la mission d'information sur le paritarisme », *op.cit.*, p. 23.

¹⁴⁴⁴ DUCLOS Laurent, « Paritarisme(s) et institution(s). La représentation du rapport Capital-Travail dans la gestion de services établis dans l'intérêt général : les cas de l'électricité et des allocations familiales », Thèse pour le doctorat de l'Institut d'Études Politiques de Paris, Fondation nationale des sciences politiques, mars 2006, p. 19.

¹⁴⁴⁵ RICHARD Arnaud, GERMAIN Jean-Marc, *op.cit.*, p. 23.

¹⁴⁴⁶ FO, « Actualités retraites », n°79, 2016, FO, Paris, p. 1.

essentiellement de là.

637. Toutefois, en ce qui concerne la santé, les choses sont un peu différentes. La nature des prestations offertes, pas uniquement au bénéfice exclusif de l'assuré social, et l'aspect universaliste de certaines d'entre elles, donnent à la Sécurité sociale une place à part vis à vis du paritarisme français. Et si une grande partie des droits est toujours mécaniquement liée au travail, que les travailleurs ou leurs ayant droits en soient bénéficiaires, cela n'est néanmoins pas neutre dans le pilotage du système.

638. Sur le point de la gestion paritaire, la volonté des fondateurs ne fait pas de doute, comme en témoignent les propos de Pierre Laroque, l'un des pères fondateurs de la Sécurité sociale : « Nous voulons que les travailleurs considèrent que les institutions de la sécurité sociale sont des institutions à eux, gérées par eux et où ils sont chez eux »¹⁴⁴⁷.

La Sécurité sociale s'inscrit ainsi dans le droit fil des dispositifs développés dans l'entre deux-guerres puisqu'elle n'a « pas remis en cause les Assurances sociales » apparues en 1928 et 1930, mais, au contraire, en « a intégré la logique en changeant seulement certaines de leurs modalités de gestion »¹⁴⁴⁸. Le principe d'une exclusion de l'Etat sera d'ailleurs défendu farouchement par la plupart des organisations politiques de l'époque et par « le conseil d'administration [de la Sécurité sociale] contre les tentatives d'immixtion de l'État qui se soldent par un échec parfois retentissant pour le gouvernement »¹⁴⁴⁹. La « focalisation »¹⁴⁵⁰ originelle sur les revenus permet également d'expliquer et de justifier la délégation de la gestion aux partenaires sociaux, et en dehors de l'Etat.

La Sécurité sociale s'est alors structurée sur une organisation spécifique, déconcentrée, organisée sur trois niveaux distincts.

Deux niveaux de caisses territoriales, établissements de droit privé, gèrent le dispositif : les caisses primaires prennent en charge localement le recouvrement des cotisations et le

¹⁴⁴⁷ LAROQUE Pierre, « De l'assurance à la Sécurité sociale, l'expérience française », Revue internationale de droit du travail, vol. LVII, n°6, 1948, p. 643.

¹⁴⁴⁸ PELLET Rémi, « Les assurances sociales sont-elles solubles dans la fiscalité ? Mise en perspective historique de la décision Cons. Constit. n° 2014-698 DC, 6 août 2014, Journal de droit de l'Assurance Maladie, n°1, 2015, p. 15.

¹⁴⁴⁹ RICHARD Arnaud, GERMAIN Jean-Marc, *op.cit.*, p. 62.

¹⁴⁵⁰ TABUTEAU Didier, « Démocratie sanitaire: Les nouveaux défis de la politique de santé », *op.cit.*, p. 72.

versement des prestations, alors que les caisses régionales définissent la politique sanitaire et la tarification des cotisations d'accident du travail. Le système est chapeauté par une caisse nationale, établissement public, chargé d'assurer la compensation entre les différentes caisses, et de gérer les fonds nationaux d'action sanitaire et sociale, ainsi que le fonds de prévention des accidents du travail. Dans l'articulation prévue, la caisse régionale a donc une place importante, et c'est à elle qu'incombe de piloter le système. La déconcentration aura alors été privilégiée pour favoriser l'implication des membres des caisses locales, et notamment régionales, considérée comme étant « gage de leur efficacité »¹⁴⁵¹.

Au niveau des CPAM et des CRAM, les conseils d'administration sont exclusivement gérés par les partenaires sociaux, dans un rapport de force favorable aux salariés. Dans un premier temps les conseils d'administration sont ainsi composés à deux tiers par des représentants désignés de syndicats salariés et à un tiers par des représentants d'employeurs. Afin de renforcer la démocratie sociale et la légitimité des administrateurs des caisses, la loi du 30 octobre 1946¹⁴⁵² viendra rétablir le principe électif. Cette modification conduit à un changement de rapport de force au sein des conseils d'administration, au profit des représentations salariées, qui en sortent renforcées, avec l'obtention de trois quarts des sièges.

Mais si l'Etat est absent des organes dirigeants des caisses déconcentrées, la situation est toute autre au niveau central. Même s'il reste minoritaire, l'Etat compte en effet six représentants au conseil d'administration de la caisse nationale¹⁴⁵³. Surtout, les décisions de la caisse nationale peuvent être annulées par les ministères de tutelle, chargés, de plus, de nommer, par décret, son directeur.

639. Cette tutelle de l'Etat, « conçue comme légère au départ »¹⁴⁵⁴, va s'intensifier. Il est également nécessaire de rappeler que les partenaires sociaux n'ont pas la maîtrise sur les taux de cotisation ou le niveau des prestations. Incombant dans un premier temps au Parlement, cette compétence sera, à partir de la constitution de 1958, confiée au pouvoir réglementaire, c'est-à-dire à l'Etat. En réalité, dès l'origine, le mode d'organisation de la Sécurité sociale,

¹⁴⁵¹ RICHARD Arnaud, GERMAIN Jean-Marc, *op.cit.*, p. 62.

¹⁴⁵² Loi n° 46-2426 du 30 octobre 1946 sur la prévention et la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles, JORF du 31 octobre 1946, p. 9273.

¹⁴⁵³ Sur vingt-sept membres.

¹⁴⁵⁴ RICHARD Arnaud, GERMAIN Jean-Marc, *op.cit.*, p. 63.

[...] se traduit peu à peu par un tripartisme de fait, » source de « conflits de compétences entre l'État et les partenaires sociaux au sein des caisses de Sécurité sociale »¹⁴⁵⁵.

640. La suite de l'histoire de la Sécurité sociale est celle de l'affermissement de la tutelle de l'Etat, malgré quelques va-et-vient en faveur du paritarisme qui prendront définitivement fin au milieu des années 1990.

La relative discrétion originelle de l'Etat s'expliquait également par le confort financier dans lequel se trouvait le système à sa création. La détérioration du contexte économique, et l'augmentation progressive du chômage vont inévitablement conduire à déstabiliser l'équilibre financier de la Sécurité sociale, fondé sur des cotisations adossées sur les salaires. La croissance beaucoup plus rapide des dépenses de protection sociale par rapport à celle de la richesse nationale, passant, de 1959 à 2015, de 16 à 34 points de PIB¹⁴⁵⁶ en 2015, va conduire les pouvoirs publics à réviser les principes Bismarckiens de financement du système. Il est en effet considéré que les revenus du travail ne peuvent plus assumer seuls le financement global et absorber son évolution, dans un contexte de développement d'un chômage de masse.

641. Pour répondre à cette difficulté, une diversification du financement est opérée à partir des années 1980, *via* l'affectation progressive d'impôts et taxes affectés (ITAF) au financement de la protection sociale, assis sur d'autres sources de revenus que les seuls salaires. Cette évolution va connaître un infléchissement significatif dès le début des années 1990, avec l'instauration, sous l'impulsion du premier ministre Michel Rocard, de la Contribution Sociale Généralisée – CSG. Prélèvement à l'assiette beaucoup plus large¹⁴⁵⁷, la CSG a pour but de ne pas faire peser que sur les revenus du travail la charge du financement des prestations sociales. Si la nature juridique de la CSG est encore régulièrement discutée, l'Europe la considérant comme une cotisation sociale, et la Cour de cassation reconnaissant depuis 2012¹⁴⁵⁸ sa double nature, la position originelle des juridictions françaises, qui la

¹⁴⁵⁵ PALIER Bruno, « Gouverner la sécurité sociale », PUF, Quadrige, Paris 2005, p.142.

¹⁴⁵⁶ BARNOUIN Timothée, DOMPS Aurore, « 55 ans de diversification des financements de la protection sociale », Drees, Etudes et résultats, 2017, n°1002, p. 1.

¹⁴⁵⁷ En 2017, la CSG est assise sur les revenus d'activités, de remplacement, du patrimoine, de placement, et sur les sommes engagées ou redistribuées par les jeux. Dans la plupart des cas elle est prélevée à la source.

¹⁴⁵⁸ Arrêt n° 1352 du 31 mai 2012 (11-10.762), Cour de cass., Ch. soc.

considéraient comme un impôt¹⁴⁵⁹, offre à l'observateur une clé de lecture sur la bascule qu'opère à cette période le système de protection sociale ; le glissement vers une approche *beveridgienne* est net.

Le système français est ainsi marqué par une hybridation progressive, mais continue, dont l'évolution du mode de financement témoigne. Initialement fixée à un taux de 1,1%, la CSG n'a cessé de progresser¹⁴⁶⁰, au point d'avoir désormais un rendement plus important que l'impôt sur le revenu¹⁴⁶¹. Son taux est aujourd'hui différent en fonction de la source de prélèvement¹⁴⁶² et devrait connaître une augmentation¹⁴⁶³ au cours du mandat présidentiel

¹⁴⁵⁹ Dès 1990, le Conseil constitutionnel a eu à se prononcer sur la question. Dans leur décision n° 90-285 DC du 28 décembre 1990 sur un recours formé contre la loi de finances pour 1991, instaurant la CSG, les Sages ont ainsi pu considérer que cette nouvelle contribution entrait « dans la catégorie des impositions de toutes natures visées à l'article 34 de la Constitution, dont il appartient au législateur de fixer les règles concernant l'assiette, le taux et les modalités de recouvrement ». Cette position claire sur la nature de la CSG a pu être confirmée dans la décision n° 2000-437 DC du 19 décembre 2000, prononcée à la suite d'un recours formé contre la loi de financement de la Sécurité sociale pour l'année 2001, et réaffirmant que, pour les Sages, la CSG « entre dans la catégorie des impositions de toutes natures mentionnées à l'article 34 de la Constitution, dont il appartient au législateur de fixer les règles concernant l'assiette, le taux et les modalités de recouvrement sous réserve de respecter les principes et règles de valeur constitutionnelle ; qu'il lui revient notamment de prendre en compte les capacités contributives des redevables compte tenu des caractéristiques de chaque impôt ».

C'est l'intervention du juge communautaire dans le débat qui viendra faire évoluer la question en droit interne. Par un arrêt du 15 février 2000, Commission c/République Française, la CJCE se prononce en faveur de la prise en compte de la CSG comme une cotisation, et enjoint la France à en exempter, à ce titre, les non-résidents fiscaux français conformément au règlement de la communauté européenne 1408/71 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non-salariés et aux membres de leurs familles se déplaçant à l'intérieur de la communauté. La position de la cour de justice européenne s'explique par le fait que les contribuables non-résidents soumis à la CSG, contribution affectée à la sécurité sociale, ne pouvaient jouir des droits ouverts du fait de leur contribution.

Pourtant, cette interprétation jurisprudentielle ne bouleversera pas, dans un premier temps, le débat interne sur la nature de la CSG. L'arrêt du CE Martin c/Ministre de l'économie de 2004 reprendra ainsi les arguments du juge constitutionnel, pour maintenir la position française et confirmer la nature d'impôt attribuée à la CSG. L'élargissement par la loi de finance rectificative de 2012 de l'assiette de la CSG aux revenus immobiliers des non-résidents fiscaux va relancer le débat. De retour devant le juge administratif français, le CE, statuant au contentieux a d'abord sursis à statuer par décision du 17 juillet 2013, jusqu'à ce que la CJUE se prononce à titre préjudiciel; ce qu'elle fera par un arrêt n° C-623/13 du 26 février 2015, confirmant sa position antérieure. Cette position sera suivie par le CE dans son arrêt du 27 juillet 2015. (CE, 10ème / 9ème SSR, 27/07/2015, 334551). Le juge administratif français infléchit donc sa jurisprudence et sa position sur la nature de la CSG, mais en ce qu'elle concerne le cas spécifique des non-résidents.

La cour de cassation semble avoir adopté une position plus claire vis-à-vis de la nature de la CSG, en considérant dans son arrêt du 31 mai 2012 que si la CSG « entre dans la catégorie des "impositions de toute nature" au sens de l'article 34 de la Constitution, dont il appartient dès lors au législateur de fixer les règles concernant l'assiette, le taux et les modalités de recouvrement, cette contribution revêt également, du fait de son affectation exclusive au financement de divers régimes de sécurité sociale, la nature d'une cotisation sociale au sens de l'article 13 du règlement CEE n° 148/71 du 14 juin 1971 ». Le pragmatisme du juge judiciaire ne fait ici aucun doute. Peut-être que la reconnaissance par lui du caractère dual de la CSG n'a pas les mêmes conséquences et implications que si celle-ci provenait du juge administratif ou constitutionnel : en effet, au-delà de *l'argutio* juridique, l'enjeu de la nature de la source de financement, d'un point de vue politique, n'est pas totalement neutre.

¹⁴⁶⁰ 2,4% en 1993, 3,4% en 1996, et 7,5% en 1998

¹⁴⁶¹ 91,5 milliards d'euros en 2013. La CSG représente plus des deux tiers des impôts et taxes affectés à la protection sociale.

¹⁴⁶² 7,5 % sur les revenus d'activités et assimilés, 6,6% sur les pensions de retraite et de préretraite, 6,2% sur les revenus de remplacement, 8,2 % sur les revenus du patrimoine et de placement (rentes viagères, plus-values...)

d'Emmanuel Macron, qui a fait du renforcement de la CSG et de la baisse des cotisations, afin de diminuer le coût du travail, une composante importante de son projet qui aurait pour conséquence de renforcer encore un peu plus la coloration *beveridgienne* du système.

642. C'est donc à partir de l'instauration de la CSG que la Sécurité sociale voit la structure de son financement bouleversée. En 1990, les ITAF représentaient 3,4% du financement de la protection sociale, avant d'augmenter continuellement à partir de là : 7,4% en 1995, 20% en 2000, et 24,5% en 2015¹⁴⁶⁴. Dans le même temps, la part des cotisations sociales a, elle, connu une baisse parallèle, passant de 78,7% en 1990 à 61,2% en 2015. Mais paradoxalement, ce changement dans la structure du financement par natures de prélèvements n'aura pas eu pour impact de modifier la structure du financement par assiettes de prélèvements, les grands équilibres restant relativement stables entre 1980 et 2015, le financement reposant toujours sur la rémunération des salariés¹⁴⁶⁵.

643. L'impact de la montée en puissance de la CSG a été d'autant plus important concernant la santé, puisqu'environ les deux tiers des revenus en provenant sont fléchés vers l'Assurance maladie. La CSG, à elle seule, représentait ainsi, en 2016, 36% des recettes de la branche maladie du régime général¹⁴⁶⁶. Pour la même année, les ITAF, considérés dans leur

¹⁴⁶³ Le projet de loi de finances pour 2018 prévoit une hausse de 1,7 point du taux affectant les revenus d'activité et de celui affectant les pensions de retraite (cette hausse ne concernera pas les retraites inférieures à un certain seuil).

Projet de loi de finances pour 2018, Enregistré à la présidence de l'Assemblée nationale le 27 septembre 2017, n° 235.

¹⁴⁶⁴ En 2015, les impôts et taxes affectés (ITAF) s'élèvent à 183,2 milliards d'euros.

La CSG représente à elle seule un peu plus de la moitié de ces ITAF, soit 13 % du total des ressources. Les autres ITAF correspondent pour l'essentiel à la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS) et à la compensation des exonérations de cotisations patronales assurée par l'État.

Source :

DREES, « La protection sociale en France et en Europe en 2015. Résultats des comptes de la protection sociale », Drees social, Panoramas, 2017, 178 p.

¹⁴⁶⁵ En réalité, la mise en place de la CSG a eu pour effet de baisser le taux des cotisations sociales patronales, et d'opérer un glissement du coût de la protection sociale du travail vers les salaires, et donc, des entreprises vers les salariés.

¹⁴⁶⁶ 70,229 milliards d'euros, sur un total de 194,582 milliards.

Source :

SECURITE SOCIALE « Les comptes de la sécurité sociale. Rapport à la commission des comptes de la Sécurité sociale. Résultats 2017 – Prévisions 2017 », Min. des solidarités et de la santé, Min. de l'action et des comptes publics, 2017, p. 157.

ensemble, composent plus de la moitié des recettes de la branche maladie¹⁴⁶⁷, soit 51%, contre 46% provenant des cotisations¹⁴⁶⁸.

644. Mais au-delà de cette modification des ressources, les principes paritaires de la Sécurité sociale sont mis à mal dès lors que la balance est mal calibrée. En effet, selon André Barilari¹⁴⁶⁹, un tel système ne peut rester cohérent que « dans la mesure où les cotisations équilibrent les prestations » ; dans un tel cas, il est légitime que les « partenaires sociaux s'entendent pour arbitrer et développer des prestations à hauteur des cotisations qu'ils s'imposent et que le gouvernement acte par décret », et que « le consentement aux cotisations résulte d'un accord entre partenaires sociaux arbitré par le gouvernement ». Mais « ce schéma initial n'a plus aucune réalité à partir du moment où on admet le déficit des régimes, le financement substantiel par l'impôt et le transfert de l'amortissement de la dette sur une ressource fiscale¹⁴⁷⁰. Que leur origine soit dans l'irresponsabilité propre des partenaires sociaux ou dans celle du gouvernement qui leur a imposé des orientations insoutenables, les déficits récurrents et le passage à un fort financement fiscal disqualifient la gestion paritaire. Les partenaires sociaux ne sont plus en position de responsabilité. Le lien entre cotisations et prestations n'a plus beaucoup de sens ».

645. Ainsi, la redéfinition de l'assiette des recettes et des principes de financement va progressivement alimenter, et être alimentée, par la revendication par l'Etat, en vertu d'une « légitimité de financeur »¹⁴⁷¹, d'une place de plus en plus grande dans le pilotage des caisses de sécurité sociale. La gestion des difficultés financières, qui occuperont une place de plus en plus importante dans le débat autour du pilotage du système de sécurité sociale, va être rendue d'autant plus difficile que « les divergences de vues entre partenaires sociaux d'une part, et [...] la tutelle de l'État, d'autre part, rendent difficiles toutes les décisions ». Afin de limiter les blocages, la place laissée aux partenaires sociaux dans le pilotage va être progressivement réduite. L'évolution « de la gouvernance de la sécurité sociale est donc marquée par un

¹⁴⁶⁷ 99,863 milliards

Source : Les comptes de la SS, p. 19.

¹⁴⁶⁸ 89,300 milliards d'euros.

¹⁴⁶⁹ BARILARI André, « La définition traditionnelle des cotisations sociales ou l'arbre qui cache la forêt », *Revue française de finances publiques*, 2014, n° 128, p. 217

¹⁴⁷⁰ La contribution pour le remboursement de la dette sociale, ou CRDS.

¹⁴⁷¹ RICHARD Arnaud, GERMAIN Jean-Marc, *op.cit.*, p. 68.

tripartisme asymétrique apparu dès les premières difficultés de gestion et qui s'est progressivement accentué »¹⁴⁷².

646. Là encore, le constat est d'autant plus vrai en ce qui concerne la santé. Selon Raymond Soubie, auditionné dans le cadre de la mission d'information des députés Richard et Germain, si, dans certains régimes de Sécurité sociale, les partenaires sociaux conservent une place importante, « d'autres régimes, tout en demeurant paritaires, ont été vidés de leur substance, en particulier celui de l'Assurance maladie »¹⁴⁷³. Ainsi, l'« étatisation assumée »¹⁴⁷⁴ que représente la réforme de l'assurance maladie de 2004¹⁴⁷⁵, qui s'inscrit dans le droit fil du plan Juppé de 1996, a eu, selon Eric Aubry, auditionné par la même mission, « le mérite de la clarification : il a été reconnu que le système n'est pas paritaire, et que c'est bien le Parlement qui adopte le PLFSS¹⁴⁷⁶ et l'État qui prend les décisions »¹⁴⁷⁷.

647. Cependant, la reprise en main par la représentation nationale élue et par le Gouvernement d'un système de protection sociale de plus en plus coûteux pour les finances publiques, et, tout particulièrement, d'un secteur de l'Assurance maladie obéissant « à une logique qui s'écarte, en dépit du vocabulaire, de l'assurance et plus encore du salaire différé », chargé de financer un « service public de la Santé » rendant légitime « l'intervention publique »¹⁴⁷⁸, n'apparaît ainsi pas totalement illogique : « la généralisation de la sécurité sociale et l'universalisation progressive des prestations sociales ont conduit [...] à remettre en cause la distinction entre les droits de l'« assuré social-cotisant » et ceux du « citoyen-résident », les deux catégories se recouvrant progressivement. Dans ces conditions, comment

¹⁴⁷² *id.*, p. 74.

¹⁴⁷³ *id.*, p. 67.

¹⁴⁷⁴ *id.*, p. 69.

¹⁴⁷⁵ Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, JORF du 17 août 2004, p. 14598.

¹⁴⁷⁶ Projet de loi de financement de la Sécurité sociale.

¹⁴⁷⁷ RICHARD Arnaud, GERMAIN Jean-Marc, *op.cit.*, p. 68.

¹⁴⁷⁸ *Source* :

CAE, « Avis du CAE sur le projet d'élargissement de l'assiette des cotisations sociales employeurs (27 juillet 2006), synthèse de MM. Christian de Boissieu et Roger Guesnerie ».

Source :

<http://www.cae-eco.fr/Elargissement-de-l-assiette-des-cotisations-sociales-employeurs.html>

Consulté le 22/11/2017

justifier là encore le maintien d'une forme de représentation réduite à une base professionnelle »¹⁴⁷⁹ ?

648. A l'opposé de certains observateurs, Rémi Pellet considère à cet égard que « les réformes [...] de la protection sociale ne doivent pas être lues comme une forme d'étatisation régressive mais au contraire comme un processus de repolitisation de la question sociale »¹⁴⁸⁰. Pour l'auteur, le « mythe d'un âge d'or de la démocratie sociale » a vécu, d'autant que « la responsabilité de déterminer l'équilibre financier des régimes de sécurité sociale n'a jamais véritablement appartenu aux partenaires sociaux »¹⁴⁸¹.

L'importance croissante des dépenses sociales sur les finances publiques et leur part dans leur richesse nationale ont également largement contribué à réinterroger les grands principes sur lesquels le système fut à l'origine fondé. Alors qu'en 1959 la France consacrait 14,3%¹⁴⁸² de son PIB aux dépenses de protection sociale, celles-ci en représentaient 32,2 % en 2014, soit plus que tout autre pays européen¹⁴⁸³. En 2005, plus de la moitié des dépenses publiques¹⁴⁸⁴ était consacrée à la couverture des risques sociaux. Dès lors, « comment refuser un droit de regard des parlementaires sur les prélèvements obligatoires sociaux dont le montant est supérieur à celui des impôts affectés au seul budget de l'Etat, au motif que les syndicats seraient par nature plus représentatifs, alors que tout atteste de la faiblesse de leurs effectifs et de leur audience »¹⁴⁸⁵ ?

¹⁴⁷⁹ PELLET Rémi, « Les finances sociales : économie, droit et politique », LGDJ, coll. Systèmes, 2001, p. 109.

¹⁴⁸⁰ *id.*, p. 194.

¹⁴⁸¹ *id.*, p. 111.

¹⁴⁸² *Source* :

<http://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/finances-publiques/protection-sociale/grands-domaines/comment-ont-evolué-prestations-depuis-20-ans.html>

Consulté le 11/07/2017

¹⁴⁸³ Elle est suivie des pays d'Europe du nord, de l'Autriche, de la Belgique et des Pays-Bas, dans lesquels la part des prestations sociales dans le PIB avoisine les 30 % et où le PIB par habitant est aussi nettement supérieur à la moyenne européenne

En 2014, l'UE-28 consacre 27,6 % de sa richesse aux prestations sociales, tous risques confondus. À titre de comparaison, le Canada y consacre environ 20 % alors que ces dépenses représentent plus de 30 % du PIB aux États-Unis.

Source :

DREES, « La protection sociale en France et en Europe en 2015. Résultats des comptes de la protection sociale », *op.cit.*, p. 15.

¹⁴⁸⁴ 55,8 % exactement.

Source :

SONNETTE Catherine, VAZEILLE Olivier, « Dépenses sociales, premières dépenses publiques », Division Synthèse générale des comptes, Insee Première, Insee, n° 1102, 2006.

¹⁴⁸⁵ PELLET Rémi, « Les finances sociales : économie, droit et politique », *op.cit.*, p. 92.

649. Certains rapports parlementaires souhaitent même aller plus loin et ne « plus séparer artificiellement l'analyse des finances de l'Etat de celle des finances sociales mais, au contraire, de fusionner dans un même budget, celui de la Nation, voté par le Parlement, l'ensemble des ressources et charges de l'Etat et de la sécurité sociale »¹⁴⁸⁶.

En réactivant ainsi la vieille notion de « budget social de la Nation » apparue sous la IV^{ème} République à l'occasion d'un décret du 19 juin 1956¹⁴⁸⁷, les promoteurs d'un rapprochement des cotisations et impositions s'inscrivent également dans la jurisprudence du Conseil constitutionnel, qui, dès 1961¹⁴⁸⁸, avait eu l'occasion de reconnaître aux cotisations la nature de ressources et charges publiques au sens de l'article 40 de la Constitution, ouvrant ainsi la possibilité de « justifier l'exercice par le Parlement de son droit de contrôle financier »¹⁴⁸⁹. Cette question d'apparence technique est pourtant loin d'être neutre, car « la démarche juridique a pour finalité la mise en œuvre des relations sociales, au moins pour une période donnée. (...) La qualification juridique ainsi effectuée entraînera alors l'attribution d'un régime juridique, c'est à dire la détermination de relations d'imputations qui permettront de répondre aux questions : Qui décide ? Et selon quelles modalités ? Qui paye ? Et qui est responsable ? L'ordre social dépend, en grande partie, des réponses claires à ces questions »¹⁴⁹⁰.

Et le fait est que, pour une partie de la doctrine, « le régime juridique des ressources publiques des régimes sociaux tend à (...) s'homogénéiser »¹⁴⁹¹.

650. Peut-être faut-il alors considérer, avec André Barilari, qu'aujourd'hui, « la seule différence concrète (...) entre cotisations sociales et impositions de toute nature est le régime juridique de production : complètement législative dans un cas (les impositions) et règlementaire pour les taux dans l'autre cas (les cotisations) »¹⁴⁹². Pourtant, comme il le

¹⁴⁸⁶ MARINI Philippe, « Rapport d'information au nom de la commission des Finances, du contrôle budgétaire et des comptes économiques de la Nation (1) sur les prélèvements obligatoires et leur évolution », Sénat, n°41, Session ordinaire 2006-2007, 2006, p. 34.

¹⁴⁸⁷ Décret n°56-601 du 19 juin 1956 relatif au mode de présentation du budget de l'Etat : préparation et vote des lois budgétaires, JORF du 20 juin 1956, p. 5632.

¹⁴⁸⁸ Décision n° 60-11 DC du 20 janvier 1961, JORF du 24 janvier 1961, p. 982.

¹⁴⁸⁹ PELLET Rémi, SKZRYERBAK Arnaud, « Leçons de droit social et de droit de la santé », Sirey, 2^{ème} éd, Lonrai, 2008, p. 328.

¹⁴⁹⁰ CHEMILLIER-GENDREAU Monique, « Finances publiques et santé publique », études offertes par Paul-Maire Gaudement, LGDJ, 1988, p. 360.

¹⁴⁹¹ PELLET Rémi, SKZRYERBAK Arnaud, *op.cit.*, p. 330.

¹⁴⁹² BARILARI André, « La définition traditionnelle des cotisations sociales ou l'arbre qui cache la forêt », *op.cit.*

rappelle, cela aussi est « discutable » et la perte de vue des principes de financement à l'origine du système, « impose d'unifier juridiquement les ressources des régimes sociaux en donnant au Parlement la plénitude des pouvoirs qui lui reviennent, c'est-à-dire en assimilant (...) les cotisations sociales aux impositions de toute nature et en les votant comme la loi fiscale, abandonnant ainsi « la fiction du paritarisme », et s'inscrivant « dans le sens de l'histoire qui a déjà conduit aux votes des lois de financement de la sécurité sociale »¹⁴⁹³. De fait, « la fiscalisation du financement des régimes sociaux se traduit par un transfert important de pouvoir de l'exécutif au profit du législatif »¹⁴⁹⁴.

651. Le poids des dépenses sociales dans le budget de la Nation a ainsi rendu plus pressante la nécessité d'une reprise en main du système et d'une démocratisation que le recours à la seule démocratie sociale, s'appuyant sur un « paritarisme par désignation »¹⁴⁹⁵ rendu nécessaire par la faiblesse de la représentativité des organisations syndicales et patronales, n'avait pas pu mener à bien. Selon le Professeur Pellet, la « généralisation de la sécurité sociale et l'universalisation progressive des prestations sociales ont conduit, (...) à remettre en cause la distinction entre les droits de l' « assuré social-cotisant » et ceux du « citoyen-résident », les deux catégories se recouvrant progressivement », la distinction ne permettant plus de « justifier le maintien d'une forme de représentation réduite à une base professionnelle »¹⁴⁹⁶. L'auteur va plus loin, en considérant que, de ce point de vue, « les réformes récentes de la protection sociale ne doivent pas être lues comme une forme « d'étatisation » régressive mais au contraire comme « un processus de *repolitisation* de la question sociale »¹⁴⁹⁷. La reprise en main par l'Etat apparaît ainsi comme le moyen de réaliser la démocratisation d'un système que le paritarisme originel, de par son essoufflement aussi bien que de par son incompatibilité d'avec la vocation universaliste qu'embrasse de plus en plus notre système de protection sociale, tout particulièrement en ce qui concerne la santé, ne pouvait pas réaliser.

¹⁴⁹³ *ibid.*

¹⁴⁹⁴ PELLET Rémi, SKZRYERBAK Arnaud, *op.cit.*, p. 315.

¹⁴⁹⁵ RICHARD Arnaud, GERMAIN Jean-Marc, *op.cit.*, p. 68.

¹⁴⁹⁶ PELLET Rémi, « Les finances sociales : économie, droit et politique », *op.cit.*, p. 109.

¹⁴⁹⁷ *id.* p. 194.

652. L'Assurance maladie se trouve ainsi régulièrement au centre des critiques, comme celles formulées par le Cercle santé Innovation, auteur en 2013, sous la direction du Professeur Jean de Kervasdoué, d'un rapport, dont la formulation du titre, sous forme interrogative et un brin provocatrice, laisse planer peu de doutes quant à la réponse qui sera proposée : « L'Assurance maladie est-elle encore utile ? ». Les auteurs font eux aussi, dans le champ de la santé, le constat sans appel des lacunes d'une démocratie sociale qui « n'existe plus »¹⁴⁹⁸ et fustige « l'absence de légitimité démocratique de l'assurance maladie pour réguler le système de santé »¹⁴⁹⁹

653. S'il apparaît, à l'issue de cette analyse de l'évolution des dynamiques qu'a connu le financement du système de santé français, que la légitimité de l'intervention publique, et d'une représentation élue démocratiquement dans un cadre plus large que celui, plus limité, du paritarisme, ne semble pas vraiment faire de doute, cela veut-il dire que « l'Etat ne peut pas se désintéresser de l'organisation du système de santé »¹⁵⁰⁰ ? La question est ici de savoir s'il revient inévitablement à l'Etat de prendre en charge ces questions, et donc à des institutions directement dépendantes de lui, ou s'il faut entendre par là que la nécessaire démocratisation du système doit entraîner une prise en main de ces questions par les citoyens, ou par leurs représentants, que ceux-ci s'inscrivent à un niveau central ou local.

Car, les transformations décrites ci-avant du système de santé, et de son financement, n'ont pourtant pas modifié les grands rapports de force entre les différents financeurs du système : la Sécurité sociale, le financement privé¹⁵⁰¹, et l'Etat. Or, l'Etat, entendu comme niveau d'administration central, n'a pas vu sa légitimité renforcée en tant que financeur. Son implication financière¹⁵⁰², en tant que contributeur financier direct, reste très marginale. En 2016, il n'assurait en effet que 4,7 % de la dépense courante de santé¹⁵⁰³, et seulement 1,4%

¹⁴⁹⁸ CERCLE SANTE INNOVATION « L'Assurance Maladie est-elle encore utile ? Analyse et Propositions du Cercle Santé Innovation Sous la direction scientifique du Pr. Jean De Kervasdoué », SPH Conseil, 2013, p. 6.

¹⁴⁹⁹ CERCLE SANTE INNOVATION, *op.cit.*, p. 21.

¹⁵⁰⁰ BONNICI Bernard, « La politique de santé en France », PUF, coll. Que sais-je, 2011., p. 98.

¹⁵⁰¹ Il s'agit principalement des dépenses prises en charge par les organismes complémentaires, mutuelles et assurances, et le reste à charge des ménages.

¹⁵⁰² Et les collectivités. Les statistiques ne font pas de différence entre Etat et collectivités, les deux sources étant agglomérées au sein d'un même poste.

¹⁵⁰³ 20,9 % de la dépense courante de santé est assurée par des financements privés (ménages, assurances et complémentaires) et 74,4 par la Sécurité sociale.

Source :

DREES, « Les dépenses de santé en 2016. Résultats des comptes de la santé », *op.cit.*

de la consommation de soins et de biens médicaux¹⁵⁰⁴ – CSBM. Ainsi, si, comme nous l'avons vu, la légitimité de l'intervention des représentants élus des citoyens et de la Nation dans le pilotage du système ne fait pas de doute, est-ce mécaniquement le cas pour l'Etat ?

§2. Une légitimité politique plus démocratique qu'étatique

654. Nos développements précédents ont permis de mettre en évidence le fait que « l'État ne peut plus à lui seul incarner le politique et se trouve concurrencé par d'autres lieux de décision publique »¹⁵⁰⁵. Aujourd'hui inscrit dans une « constellation post-nationale »¹⁵⁰⁶, constituée d'acteurs supra et infra nationaux, l'Etat, doit, peut-être avec plus de force que par le passé, témoigner de sa légitimité supérieure à investir, administrer, et gérer un champ d'action politique : celle-ci n'est désormais plus présumée. L'autorité du pouvoir politique, dans sa capacité à s'imposer, comme à imposer, ne va plus de soi.

655. Ainsi « la fragilisation du pouvoir politique (...) conduit à s'interroger de nouveau sur les mécanismes qui conditionnent la légitimité de ceux qui gouvernent dès lors que la légalité ne peut résumer à elle seule l'exercice du pouvoir et faire de la conformité au droit l'unique source de la légitimité »¹⁵⁰⁷. Pour Patrice Duran, la légitimité du pouvoir politique « ne peut plus se résumer à la seule conformité du pouvoir à un exercice juridiquement réglé », et doit trouver sa « justification dans ce qu'il fait, c'est-à-dire dans sa capacité à traiter les problèmes qui se posent à la collectivité »¹⁵⁰⁸. L'auteur ajoute que « non seulement le droit n'apparaît plus comme le seul instrument de la puissance publique, mais il rentre en concurrence avec d'autres principes de justification du pouvoir que le développement du *New Public Management* a exacerbé à travers l'introduction de critères de performances et

¹⁵⁰⁴ 1,4 % de la CSBM est assurée par l'Etat, 21,6% par les financements privés (assurances, complémentaires, ménages) et 77 % par l'Assurance Maladie.

Source :

DREES, « Les dépenses de santé en 2016. Résultats des comptes de la santé », *op.cit.*

¹⁵⁰⁵ DURAN Patrice, « Légitimité, droit et action publique », *L'Année sociologique* 2009, vol.59, p. 305.

¹⁵⁰⁶ *ibid.*

¹⁵⁰⁷ *ibid.*

¹⁵⁰⁸ DURAN Patrice, *op.cit.*, p. 337.

d'efficacité »¹⁵⁰⁹. Ainsi, c'est désormais l'action politique et ses résultats qui déterminent la légitimité de l'intervention : en somme sa performance.

656. Dans son travail de thèse consacré au management de la performance publique, Maurice Guenon met en évidence que « l'expression « crise de l'Etat-providence » renvoie à une profonde crise de légitimité des organisations publiques »¹⁵¹⁰, et, surtout, *in fine*, de la bureaucratie. L'auteur analyse l'apparition dans l'appareil d'Etat de techniques de management issues du secteur privé, et mettant en avant une approche gestionnaire, comme le *New Public Management*, comme symptomatique de cette crise. La diffusion de ces techniques est également la réponse proposée par les pouvoirs publics à cette délégitimation de son intervention. Or, cette réponse n'apparaît pas totalement pertinente, tant elle « se concentre essentiellement sur la remise en cause de l'efficacité économique alors que l'Etat-providence ne se résume pas à ce seul objectif »¹⁵¹¹ puisqu'il poursuit les objectifs d'une amélioration de la « justice sociale »¹⁵¹² et de la « liberté politique »¹⁵¹³.

657. Par ailleurs, dans ce contexte de crise, « une des dimensions importantes de la politique de réforme de l'Etat consiste à transférer des responsabilités du niveau central vers le secteur public local »¹⁵¹⁴. Or, la pertinence et l'efficacité de l'action sont notamment prédéterminées par la détermination d'un cadre juridique d'action, et donc de l'attribution de la compétence, au niveau territorial d'action pertinent. Pour autant, l'évaluation de l'efficacité des actions menées dans le cadre des compétences ainsi confiées sera bien entendu conditionnée par l'observation des conditions réelles de mise en œuvre de cette action, et des moyens offerts à l'autorité en charge de la définition et de la bonne avancée de ces actions.

En ce qui concerne la santé, la régionalisation opérée met en lumière la contradiction des objectifs qui ont été poursuivis. Souhaitant inscrire l'action sanitaire dans le cadre territorial jugé pertinent, la région, il a été mis en place une structure nouvelle *sui generis*, l'ARS,

¹⁵⁰⁹ *ibid.*

¹⁵¹⁰ GUENOUN Marcel, « Le management de la performance publique locale. Etude de l'utilisation des outils de gestion dans deux organisations intercommunales », Thèse pour l'obtention du titre de docteur en Sciences de l'Homme et Société, Université Paul Cézanne - Aix-Marseille III, 2009. p. 32.

¹⁵¹¹ *ibid.*

¹⁵¹² *ibid.*

¹⁵¹³ *ibid.*

¹⁵¹⁴ GUENOUN Marcel, *op.cit.*, p .239.

répondant aux logiques et mécanismes du NPM, mais sans pour autant lui confier les marges de manœuvre nécessaires, et en l'inscrivant sous un fort contrôle exercé par le niveau central.

Abordée sous cet angle, la réponse proposée n'apparaît pas totalement satisfaisante, et rompt, de plus, avec la logique de subsidiarité qui irriguait la Sécurité sociale à l'origine. Une association plus poussée des collectivités territoriales, c'est-à-dire de la représentation démocratique ancrée dans le cadre territorial jugé pertinent, aurait pu permettre de remplir plus efficacement les objectifs poursuivis, tout en ne rompant pas avec les logiques sur lesquelles le système s'est initialement bâti. Et si, « la démocratie sanitaire a (...) vocation à compléter, sur le champ de la santé, l'espace fondamental de la démocratie politique, où se définit et se légitime le contrat social, et celui de la démocratie sociale, où s'enracine, depuis 1945, la protection sociale »¹⁵¹⁵, ne faut-il pas s'assurer que chacune de ces expressions jouisse d'une légitimité provenant d'une même assise territoriale ? Les élus de la Région sont peut-être les plus légitimes pour incarner une représentation de la « démocratie politique » au niveau régional, venant compléter les autres composantes du panel démocratique qui devrait se trouver aux commandes de l'administration de la santé.

La place légitime de l'Etat, dans ce secteur comme dans d'autres, n'apparaît en tout cas pas devoir résider dans cette gestion quotidienne et locale. Interrogés sur ce point dans le cadre du rapport Ruellan, les partenaires sociaux ont pu exprimer leur accord « pour considérer que l'Etat doit être stratège, régulateur, arbitre, garant, mais pas gestionnaire »¹⁵¹⁶ ; l'Union professionnelle artisanale – UPA – considérant même comme important de distinguer entre « l'Etat et les gestionnaires, séparer les responsabilités politiques et les responsabilités de gestion »¹⁵¹⁷. Le souhait d'une meilleure répartition des compétences et des rôles est d'autant plus prégnant que l'Etat n'est pas toujours considéré comme « un partenaire respectueux des règles du jeu »¹⁵¹⁸, manquant de « courage pour décider et arbitrer »¹⁵¹⁹, mais jugé « trop interventionniste à l'égard des caisses, souvent pour les empêcher d'appliquer les textes »¹⁵²⁰. Enfin, il est jugé « trop sensible aux groupes de pression, lent à se déterminer et ses décisions ou absences de décisions »¹⁵²¹ sont mal explicitées. C'est d'ailleurs cette bienveillance,

¹⁵¹⁵ MORELLE Aquilino, TABUTEAU Didier, « La santé publique », PUF, coll. Que sais-je ?, 2010, p.123

¹⁵¹⁶ RUELLAN Rolande, « Rapport sur les relations entre l'Etat et l'Assurance maladie », Groupe de travail de la Commission des comptes de la sécurité sociale, 2002, 24 p. , p. 8.

¹⁵¹⁷ *ibid.*

¹⁵¹⁸ *id.*, p. 14.

¹⁵¹⁹ *id.*, p. 23.

¹⁵²⁰ *ibid.*

¹⁵²¹ *ibid.*

somme toute fort relative, des partenaires sociaux à l'égard de l'intervention du politique dans la gestion de la santé, qui a pu être à l'origine de leur défiance vis-à-vis de l'entrée de représentants de la Région au sein du comité exécutif de l'ARH, dans le cadre de l'expérimentation dans laquelle le Nord-Pas de Calais s'était engagé. Déjà échaudés par leur marginalisation opérée au niveau national, les partenaires sociaux régionaux ont pu craindre de voir leur position encore affaiblie au niveau local, d'autant que la Région bénéficiait également, dans ce contexte, d'une légitimité de financeur.

658. Le rapport Ruellan avait également pointé du doigt le risque encouru par une centralisation, et donc une étatisation, encore plus grande, qui aboutirait à confier dans les mêmes mains l'ensemble des fonctions de régulation du système : « étatiser encore plus la gestion de la sécurité sociale signifierait que l'Etat conçoit, met en œuvre et contrôle »¹⁵²².

Or c'est ce choix qui a finalement été fait avec les ARS. Il repose en bonne part sur « un dogme comptable qui voudrait que l'Etat soit le gestionnaire le plus efficace de la masse financière considérable qui (...) traverse »¹⁵²³ le système de santé. La légitimité supérieure de l'Etat n'est ainsi pas autre chose que le précipité de cette croyance en ces vertus, et ne semble pas reposer sur une base plus solide.

659. D'autant que s'il est possible de mettre en cause la légitimité de son intervention dans la gestion quotidienne du système, le développement du droit européen de la santé invite à questionner la légitimité de son intervention dans son rôle de contrôle, et tout particulièrement dans ses missions de police.

En effet, « depuis le traité de Maastricht, les textes des articles successifs consacrés à la santé publique reflètent une évolution prudente vers un élargissement progressif des compétences »¹⁵²⁴ même si « un verrou puissant réserve l'organisation des soins de santé aux

¹⁵²² RUELLAN Rolande, *op.cit.*, p. 7.

¹⁵²³ MARIOTTE Olivier, « Régionalisation : la santé pourra-t-elle encore longtemps faire abstraction du principe de réalité ? ».

Source :

<https://www.cerclesantesociete.fr/wp-content/uploads/2015/03/La-r%C3%A9gionalisation-10mars15.pdf>

Consulté le 15/10/2017

¹⁵²⁴ SAUER Fernand, « L'action de la commission européenne dans le domaine de la santé : retour d'expérience », in BROSSET Elisabeth (ss.la dir. de), « Droit européen et protection de la santé. Bilans et perspectives », préface de Rostane Mehdi, Bruylant, Bruxelles, 2015, p. 68.

Etats membres »¹⁵²⁵. La dynamique semble bien être en faveur d'un développement d'une « *Europe de la santé* ». Pour Louis Dubouis, « si l'on essaie de se projeter dans le futur, il y a toutes raisons de croire que ce dynamisme continuera à se manifester aussi longtemps que se poursuivra l'unification européenne, car l'Europe de la santé est le fruit non du hasard, mais de la nécessité »¹⁵²⁶, tant il est inhérent « au développement de l'intégration économique et sociale »¹⁵²⁷. Il est d'ailleurs frappant de constater que la prise en compte par l'Europe des questions sanitaires, et le développement de sa politique de santé et du droit européen associé, ont été, comme au niveau national, rendus nécessaires par la survenance de diverses crises. Par exemple, on voit mal aujourd'hui, comment certaines questions pourraient continuer à être gérées uniquement au niveau national. Une partie de la fonction *sanito-régalienn*e de contrôle des produits mis sur le marché, qu'il s'agisse de produits sanitaires ou non, doit aujourd'hui être envisagée à un niveau au moins européen. C'est également le cas du contrôle des épidémies et pandémies, qui nécessite la prise de mesures à un niveau supra-national.

Et au niveau européen également, la réponse continuera à se construire à mesure que la survenance de difficultés mettra en évidence les apories du système actuel. La question, en 2017, de la prolongation de l'autorisation du glyphosate en est l'exemple.

En tout cas, l'Europe, elle aussi, en application du principe de subsidiarité, semble avoir une incontestable légitimité à s'emparer du sujet santé, invitant ainsi à une remise en cause du rôle prépondérant de l'Etat en la matière.

¹⁵²⁵ *ibid.*

¹⁵²⁶ DUBOUIS Louis, « Conclusions générales », in BROSSET Elisabeth (ss.la dir. de), « Droit européen et protection de la santé. Bilans et perspectives », *op.cit.*, p. 434.

¹⁵²⁷ *ibid.*

CONCLUSION DU CHAPITRE 2

660. Dès lors, s'il n'y a pas de « doute (...) sur la légitimité de l'Etat, garant de l'intérêt général, à piloter la santé et l'assurance maladie »¹⁵²⁸, il apparaît que l'Etat ne soit pas le seul acteur légitime à pouvoir, et à devoir le faire. En dehors de l'intérêt général, des intérêts particuliers, locaux, existent. Mieux les prendre en compte était d'ailleurs l'un des objectifs que s'était fixée la régionalisation de la santé portée par la loi HPST. Cependant, en optant pour la déconcentration, et non pour la décentralisation, la logique n'a pas été menée à son terme, et ce en dépit d'un contexte invitant à ce genre de recomposition des responsabilités et pouvoirs locaux. Le développement d'outils politiques et juridiques, tels que la péréquation, aurait également dû inviter le législateur à envisager de confier une place plus importante à la représentation démocratique du niveau territorial considéré comme pertinent. Cette décision, nous l'avons vu, ne peut trouver à s'abriter complètement derrière des arguments juridiques.

Les différentes évolutions qu'a connues l'administration de la santé ont finalement eu pour conséquence d'opérer, paradoxalement, la régionalisation du système en même temps que la recentralisation de la définition de ses objectifs. Le titre suivant tentera de dépasser ce paradoxe, et d'envisager une régionalisation laissant place aux collectivités.

¹⁵²⁸ RUELLAN Rolande, *op.cit.*, p. 23.

CONCLUSION DU TITRE 1

661. Au terme de ce titre il apparaît que la santé ne constitue pas, ou plus vraiment, une spécificité de l'action locale. Que ce soit par la manière dont elle est administrée ou par son financement, le secteur sanitaire voit ses spécificités s'estomper peu à peu. Cependant, si l'Etat a pris la main, rien ne justifie qu'il soit seul aux commandes. Bien sûr, cela n'est pas encore tout à fait le cas, mais l'orientation prise est celle d'un affermissement de sa position.

662. Cela ne laisse pas d'interroger, que ce soit au regard des mouvements de recomposition de l'action publique, de la « glocalisation », et de la dynamique propre à la décentralisation. Mais peut-être que cela peut trouver à s'expliquer par le retard originel pris dans l'administration de la santé. D'ailleurs, si celle-ci, par les méthodes choisies, constitue tout autant une forme avancée, moderne, de l'action publique, il n'en demeure pas moins que la place accordée aux collectivités territoriales interroge.

663. La régionalisation de la régulation sanitaire apparaît dès lors comme un processus en cours d'évolution, mais n'ayant pas encore atteint son stade ultime. Telle qu'elle se présente aujourd'hui, elle ne pourrait être qu'une première étape vers une semi-décentralisation, puis vers une décentralisation, pour reprendre les concepts proposés par Eisenmann. La question de la place des organisations supranationales, et, surtout, de l'Union européenne pourrait également se poser. *In fine*, c'est donc celle de l'Etat qui devra se poser.

Ce sont ces évolutions possibles, et donc, la place qui pourra être accordée dans le futur aux collectivités dans la régionalisation de la régulation sanitaire, et plus spécifiquement à la Région, que nous aborderons dans le titre suivant.

Titre 2. Analyse prospective pour une décentralisation sanitaire

664. Les développements précédents ont permis de mettre en évidence les apories de la régionalisation sanitaire telle qu'amorcée depuis les années 1990. Le tournant essentiel que représente la loi HPST, en créant les ARS, n'a en effet pas, à notre sens, achevé ce processus. En se cantonnant à une déconcentration sanitaire, le législateur n'a pas pris la pleine mesure des dynamiques induites par le mouvement décentralisateur et les ressorts juridiques sur lesquels il s'appuie. Et puisqu'il ne semble pas y avoir de véritables obstacles juridiques à une décentralisation sanitaire, le mouvement de régionalisation apparaît aujourd'hui être au milieu du gué.

Sans nul doute, ce constat invitera un lecteur curieux à se questionner sur les formes que pourraient prendre, dans notre Etat unitaire, cette décentralisation sanitaire. C'est précisément à cette question que nous essaierons, très humblement, de répondre. Nous essaierons également de dégager les avantages potentiels qu'une telle organisation, au-delà de l'inéluctabilité qu'elle nous semble revêtir, pourrait dégager. Parallèlement, nous tenterons d'en déjouer les difficultés.

665. Ainsi la dernière partie de nos travaux sera consacrée à une analyse prospective qui devra permettre, à la lumière des travaux précédents, d'anticiper les formes que pourraient prendre en France une décentralisation de la régulation sanitaire régionale (Chapitre 2).

Avant de réaliser ce travail d'anticipation, qui nous permettra de proposer quelques pistes d'évolutions de notre système de santé, nous étudierons dans un premier temps le cas d'Etats ayant fait le choix d'emprunter le chemin de la décentralisation sur ce champ précis (Chapitre 1).

Chapitre 1. Décentralisation et santé : éclairages internationaux

666. Nous l'avons vu précédemment, la France a choisi la voie de la déconcentration pour réaliser la régionalisation de son système de santé.

D'autres pays ont fait, eux, le choix de transférer la responsabilité de la gestion de leur système de santé à des échelons territoriaux inférieurs, et disposant d'une légitimité politique distincte de l'échelon central. En somme, ces pays se sont engagés dans une décentralisation de l'administration de la santé.

667. Ces décentralisations, au gré des différentes organisations institutionnelles et des choix réalisés en matière de santé, ont pu se matérialiser de diverses manières d'un pays à l'autre.

En sciences juridiques comme politiques, se prêter à l'exercice des comparaisons internationales n'est pas chose aisée. Concernant la santé, « l'approche comparative se résume souvent aux velléités d'importation des mécanismes de régulation des dépenses et des doctrines des technostructures ». Or, les solutions et mécanismes développés sont, la plupart du temps, délicats à transposer d'un pays à l'autre. Les systèmes de santé sont en effet enchâssés dans des réalités institutionnelles, juridiques, politiques et culturelles distinctes, compliquant l'analyse comparative, et la mise en application de ses apports. De plus, concernant l'observation des choix faits en matière de décentralisation, les composantes géographiques et démographiques jouent un rôle fondamental. La France métropolitaine abrite 64,8 millions d'âmes réparties sur une superficie de 543 965 kms, avec une densité de 119 habitants par km², alors que la Suède compte 10,1 millions d'habitants sur un territoire de 449 964 km². La Suède présente donc une densité cinq fois inférieure à celle de l'Hexagone, s'élevant à 22 habitants par kilomètre carré. Le Québec a une superficie à peu près égale à celle de l'Allemagne, de la Suisse, de l'Italie, de l'Espagne, de la Belgique et de la France réunies, et abrite un nombre d'habitants à peu près équivalent à la Région Auvergne-Rhône-Alpes.

668. On le comprend, opérer des comparaisons entre des pays connaissant des réalités si différentes peut paraître assez vain. Plus que de tenter d'identifier les solutions efficaces afin de les transposer ou de se mettre en quête d'un niveau territorial pertinent, nous nous attèlerons à analyser les rapports entre échelons territoriaux entraînés par la décentralisation de la compétence santé dans les pays étudiés.

Cela nous permettra de mieux comprendre les conséquences de la décentralisation ainsi que d'en dégager les vertus et risques potentiels (section 2). Il nous apparaît inévitable, au préalable, de présenter les organisations sanitaires et institutionnelles des pays observés¹⁵²⁹ (section 1).

Section 1. Les modèles étrangers de décentralisation sanitaire

669. Nous présenterons dans cette section l'organisation territoriale de chacun des pays ainsi que les choix faits en matière d'organisation du système de santé.

Il ne s'agira pas d'aborder de manière exhaustive ces questions, mais de permettre une bonne compréhension des options prises pour piloter le système de santé, et le contexte institutionnel dans lequel elles s'inscrivent.

670. La détermination des pays étudiés, outre, bien entendu, la nécessité que ceux-ci aient fait le choix de confier la responsabilité de la gestion de leur système de santé, en toute ou partie, à un échelon infra-étatique disposant d'une légitimité politique propre, s'est faite en essayant de veiller à sélectionner des situations constitutionnelles distinctes en termes de modèle d'organisation.

Nous aborderons ainsi dans un premier temps les cas de pays présentant une forme d'Etat unitaire, relativement similaire à la France. Il s'agit des pays scandinaves : la Suède, la Norvège, le Danemark et la Finlande (§1).

¹⁵²⁹ Le lecteur familier de ces questions pourra dès lors s'en dispenser la lecture.

Ensuite, nous étudierons les organisations espagnoles et italiennes s'inscrivant dans des Etats dits régionalisés, c'est-à-dire laissant, constitutionnellement, une large marge de manœuvre politique et juridique aux institutions en charge de l'échelon infra-étatique, donc, régional. (§2)

Enfin, nous évoquerons la situation de pays ayant fait le choix d'une forme d'organisation fédérale. Il s'agira de l'Allemagne et du Canada, et tout particulièrement celle de la Province de Québec. (§3)

§1. Décentralisation et santé dans les Etats unitaires : le cas des pays scandinaves

671. Malgré quelques différences, sur le plan constitutionnel comme en termes d'organisation de leur système de santé, les pays scandinaves présentent de nombreux points communs.

Après avoir présenté l'organisation territoriale de chacun des pays étudiés (A), nous aborderons la manière dont est organisé leur système de santé (B).

A. L'organisation territoriale

672. En dépit de certaines différences que nous aborderons dans cette partie, les pays scandinaves présentent une architecture institutionnelle relativement identique. Tous sont organisés sous une forme unitaire, qui laisse une grande place à la décentralisation.

Nous observerons successivement l'organisation territoriale de la Suède (1), de la Finlande (2), du Danemark (3), puis de la Norvège (4).

1. L'organisation territoriale suédoise

673. Monarchie constitutionnelle depuis 1772, la Suède contemporaine est une monarchie parlementaire unitaire dont l'organisation est régie par une Constitution adoptée en 1975¹⁵³⁰.

La Suède dispose de deux échelons de collectivités territoriales élues : les Comtés et les Communes.

Les Comtés, ou *län*, sont au nombre de vingt-et-un. Dix-huit¹⁵³¹ sont dirigés par un *Landstinget*, assemblée locale élue au suffrage universel direct, et deux ont accédé au statut de Région¹⁵³², possédant à ce titre un *regionalt självstyrelseorgan*, organisme de gouvernement régional.

Comme en France, l'Etat suédois dispose d'un représentant à l'échelle du Comté : le *Landshövding*, sorte de préfet.

2. L'organisation territoriale finlandaise

674. A la différence des autres pays nordiques, la Finlande présente la particularité d'être constituée en République¹⁵³³. Comme les autres Etats scandinaves, la Finlande possède un caractère unitaire. Il s'agit également du pays scandinave ayant mené le plus loin son intégration à l'Union européenne, puisqu'il fait partie de la zone euro .

Parallèlement aux autres pays observés dans cette partie, la Finlande présente une forme décentralisée, s'appuyant sur un découpage territorial à deux niveaux principaux. La

¹⁵³⁰ *Regeringsformen*, 1974.

Source :

<http://www.riksdagen.se/en/documents-and-laws/>

Consulté le 12/06/2018

¹⁵³¹ Le Comté de Gotland est composé d'une seule Commune regroupant les attributions des deux niveaux territoriaux.

¹⁵³² Il s'agit des Comtés de Västra Götaland et Skåne. Il s'agit d'une expérimentation consistant à octroyer au Comté les fonctions assurées par la représentation de l'Etat central au sein du Comté, ainsi que certaines compétences incombant normalement au parlement suédois. Il est à noter que la Suède réfléchit actuellement à réorganiser cet échelon, en opérant la concentration des comtés actuels au sein de six à huit grandes Régions répondant plus au découpage européen.

¹⁵³³ *Finlands grundlag*, 731/1999.

Source :

<http://www.finlex.fi/en/laki/kaannokset/1999/fr19990731>

Consulté le 10/12/2017

décentralisation est d'ailleurs une composante forte de l'organisation politique finlandaise, bien ancrée dans les traditions locales.

Au niveau régional, la Finlande compte depuis 1997 dix-neuf *Maakunta* élues au suffrage universel indirect par les élus communaux. Elles ont ainsi un statut relativement hybride, entre la collectivité territoriale de plein exercice et l'EPCI. Il est à noter qu'outre cet échelon régional, les Communes sont regroupées dans des sous-régions, ou *sing*.

3. L'organisation territoriale danoise

675. La Communauté du Royaume de Danemark est une monarchie constitutionnelle unitaire, présentant la particularité d'être constituée de trois pays, le Danemark continental, auquel s'ajoutent le Groenland et les Iles Féroé, ayant le statut de pays et territoire d'Outre-mer¹⁵³⁴.

Le Danemark continental¹⁵³⁵ est subdivisé en deux niveaux de collectivités territoriales, sises aux niveaux régional et communal.

Depuis 2007, le Danemark s'est engagé dans un processus de régionalisation, prenant la forme, comme en France avec la loi NOTRe, d'un regroupement des 13 *Amter*¹⁵³⁶, en cinq Régions.

Ces cinq *Régioner* ont un fonctionnement et un mode de désignation relativement similaires aux Régions françaises. Elles sont administrées par un Conseil régional élu au suffrage universel et élisant en son sein un exécutif régional dirigé par un *Regionsrådsformand*¹⁵³⁷. Elles disposent d'un budget propre mais n'ont pas de pouvoir législatif, et ne peuvent pas créer et lever d'impôts propres. Comme en France, la région est également un échelon administratif déconcentré de l'Etat, doté d'une représentation dépendante de l'exécutif central.

¹⁵³⁴ *Danmarks Riges Grundlov*, Lov nr 169 af 05/06/1953 – *Gældende*

Source :

<https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=45902>

Consulté le 13/12/2017

¹⁵³⁵ Dont il sera par la suite fait référence par « le Danemark ».

¹⁵³⁶ Ancienne dénomination des Régions danoises.

¹⁵³⁷ Président de Région.

4. L'organisation territoriale norvégienne

676. La Norvège présente une structuration étatique assez semblable à la Suède. Il s'agit d'une monarchie parlementaire unitaire¹⁵³⁸. Les Norvégiens présentent la singularité d'avoir toujours refusé de s'intégrer à la construction européenne. Encore aujourd'hui, c'est le seul pays scandinave à ne pas être membre de l'Union européenne.

De forme décentralisée, la Norvège présente deux niveaux de collectivités territoriales : le Comté et la Commune.

Les dix-neuf *Fylker*, ou Comtés, norvégiens disposent d'une assemblée élue tous les quatre ans au suffrage universel direct.

Il est à noter que la Norvège est également découpée en cinq *landsdeler*, ou régions, subdivisions administratives ne présentant pas de représentations élues.

B. L'organisation des systèmes de santé

677. Les pays scandinaves sont organisés selon des principes relativement semblables. Ils sont basés sur des systèmes nationaux de santé, de type beveridgiens, fondés sur l'universalisme de prestations financées par l'impôt et longtemps demeurées principalement publiques. L'offre de soins est principalement publique, tout comme le financement du système, qui repose, par ailleurs, pour une bonne part, sur une gestion décentralisée, confiée aux collectivités territoriales : « il s'agit de modèles fonctionnant selon le principe de subsidiarité, l'intervention de l'État central étant limitée à certains domaines spécifiques »¹⁵³⁹.

Nous verrons désormais la manière concrète dont l'organisation a été pensée dans chacun des pays. Nous évoquerons, là encore, successivement, les systèmes suédois (1), finlandais (2), danois (3), puis norvégien (4).

¹⁵³⁸ *Kongeriket Norges Grunnlov*, LOV-1814-05-17.

Source :

http://www.wipo.int/wipolex/fr/text.jsp?file_id=463335

Consulté le 13/12/2017

¹⁵³⁹ CHAMBARETAUD Sandrine, LEQUET-SLAMA Diane, « Les systèmes de santé danois, suédois et finlandais, décentralisation, réformes et accès aux soins », Drees, Etudes et résultats, n°214, 2003, p. 2.

1. L'organisation du système de santé suédois

678. En Suède, l'administration du système de santé, et les décisions y présidant, sont partagées entre le Gouvernement central, les Comtés, et les Communes. La culture politique suédoise, fondée sur le consensus et une importante horizontalité des rapports entre décideurs publics, a conduit à développer des processus spécifiques permettant de conduire à un consensus. Ainsi, aujourd'hui, les décisions fondamentales présidant à la réforme du système de santé, sont au préalable négociées entre le Gouvernement central et le *Salar*¹⁵⁴⁰, association suédoise représentant l'intégralité des Comtés et Communes.

Depuis les années 1980, la Suède a également engagé un processus de décentralisation, marqué par une forte régionalisation de son système de santé, visant à faire des Comtés l'acteur central de l'administration du système.

Les Comtés sont, depuis, 1982¹⁵⁴¹ chargés de l'organisation et de la gestion de l'offre de soins, et sont les principaux financeurs du système. Ceci est facilité par la possibilité pour les collectivités territoriales suédoises de lever l'impôt. Les ressources fiscales représentaient en 2003 85% de leurs budgets, le gouvernement central n'y contribuant que par des subventions couvrant, selon les Comtés, 8 à 11% des dépenses, en fonction de leurs besoins¹⁵⁴².

Les Communes continuent toutefois de jouer un rôle important dans le domaine médico-social et la santé publique.

A partir de la fin des années 1990, le système suédois va cependant légèrement s'infléchir, en confiant une place un peu plus importante à l'échelon central. Celui-ci sera alors à l'origine de décisions contraignantes pour les Comtés. Cela va se matérialiser par l'arrêt, au niveau national, de priorités de santé publique. En 2005, face aux difficultés liées aux importantes files d'attente, une garantie nationale visant à instaurer un délai maximum de prise en charge des patients va également être mise en place.

Afin de lutter contre les délais de prise en charge trop importants, les Suédois ont également le choix, depuis 2005, entre les centres de santé publics et les cabinets privés, qui se sont

¹⁵⁴⁰ Swedish Association of Local Authorities and Regions.

¹⁵⁴¹ Acte fondamental sur la santé de 1982, cité par CHAMBARETAUD Sandrine, LEQUET-SLAMA Diane, *op.cit.*

¹⁵⁴² Source : CHAMBARETAUD Sandrine, LEQUET-SLAMA Diane, *op.cit.*

conséquemment considérablement développés. En 2012, 20 à 25% des centres de santé¹⁵⁴³ étaient détenus par le secteur privé, même s'ils conventionnent en général avec les Comtés afin de maintenir une tarification identique à celui du secteur public. Le principe de gratuité totale a été lui aussi entamé, avec l'introduction de dispositif proche du ticket modérateur ou du forfait hospitalier observé en France.

Le niveau central va parallèlement développer une fonction d'accompagnement et d'expertise visant à harmoniser et diffuser les bonnes pratiques au niveau régional. Des recommandations vont ainsi être produites sur le champ de la qualité de la prise en charge, et de nombreuses agences, sous tutelle gouvernementale, vont voir le jour.

679. La Suède maintenait jusqu'en 2010 le coût de son système de santé à hauteur de 8,5% de son PIB, et, à la différence de nombre de pays, les difficultés financières n'ont pas été, jusque très récemment, un vecteur important de réforme du système. Celui-ci se situe en 2017 à 11% du PIB¹⁵⁴⁴, pour des résultats très satisfaisants. La Suède a terminé à la quatrième place du classement publié en 2017 par la revue *The Lancet*¹⁵⁴⁵, et présentait en 2015 une espérance de vie de 84,1 années pour les femmes et de 80,5 années pour les hommes¹⁵⁴⁶.

¹⁵⁴³ Source :

http://www.lemonde.fr/festival/article/2014/06/19/le-paradis-suedois-un-modele-a-suivre_4441255_4415198.html#5QHeA4y8hsKiBYK3.99

Consulté le 15/12/2017

¹⁵⁴⁴ Source :

OCDE.

<http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA&lang=fr>

Consulté le 13/12/2017

¹⁵⁴⁵ Note de 90.

Ce classement est le résultat d'une étude comparative, réalisée entre 1990 et 2015, entre les systèmes de santé de cent quatre-vingt-quinze pays. Elle se fonde sur un indicateur mesurant l'accessibilité et la qualité des soins. La France occupe la quinzième place, avec une note de 88.

Source:

The Lancet.

<http://www.thelancet.com/action/showFullTextImages?pii=S0140-6736%2817%2930818-8>

Consulté le 13/12/2017

¹⁵⁴⁶ Source :

OCDE.

http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT&lang=fr

Consulté le 13/12/2017

2. L'organisation du système de santé finlandais

680. La Finlande présente une décentralisation de son système de santé plus forte que la plupart des autres pays, mais ce sont ici les Communes qui occupent une place de premier plan. C'est en effet à elles qu'il appartient d'organiser et de financer le système de santé.

Leur rôle s'est d'ailleurs vu considérablement renforcé depuis le début des années 1990. Si le Gouvernement avait jusqu'alors gardé la maîtrise sur la contractualisation et la définition des coûts des prestations avec les offreurs de service, cela n'est désormais plus le cas. Les Communes jouissent ainsi d'une grande liberté dans l'organisation, la régulation, et le financement de l'offre de soins, dont elles sont responsables.

L'offre est encore aujourd'hui essentiellement publique¹⁵⁴⁷, et financée par l'impôt levé par les Communes et par des transferts de fonds de l'échelon central.

En 2003, les dépenses de santé étaient financées à 75% par des dépenses publiques. L'Etat assurait 18% des dépenses, contre 43% pour les Communes¹⁵⁴⁸. Le système est donc financé par plusieurs canaux : les impôts perçus et fixés par les Communes, des dotations de l'Etat proportionnées aux besoins de chaque Commune¹⁵⁴⁹, et le reste à charge, supporté par les ménages.

Le caractère Beveridgien du système a connu quelques infléchissements, avec la montée en puissance de modes de couvertures complémentaires assurantiels, liés au travail, et permettant un accès plus aisé aux soins de premiers recours et aux soins spécialisés.

L'Etat, qui « est passé d'un rôle de pilotage à un rôle d'orientation »¹⁵⁵⁰, a également pour rôle de contrôler et sanctionner les Communes en cas de défaillances. Il garde également la main sur les grands principes d'organisation du système, à valeur législative. Ainsi depuis

¹⁵⁴⁷ « En Finlande, les soins hospitaliers gérés par le secteur privé représentent entre 3 et 4 % des admissions. Pour le secteur ambulatoire, la prédominance du secteur public est là aussi très nette : 8 % seulement des médecins exercent exclusivement dans le secteur privé bien qu'un tiers des médecins ait une activité privée à temps partiel ».

CHAMBARETAUD Sandrine, LEQUET-SLAMA Diane, *op.cit.*, p.4

¹⁵⁴⁸ *ibid.*

Avant la réforme, la participation de l'Etat représentait 35% des dépenses.

¹⁵⁴⁹ Le montant est fixé « par un système de capitation pondérée en fonction de la structure par âge et de la morbidité » observée dans la Commune.

CHAMBARETAUD Sandrine, LEQUET Diane, « Les systèmes de santé dans les pays nordiques de l'Union européenne. En Finlande, un système de santé « municipal » », *Adsp*, n°45, 2003, p. 12.

¹⁵⁵⁰ OMS, « Central government has shifted from a steering role towards a guiding role », OMS, *op.cit.*, p. 20.

Ce rôle s'accompagne également d'une fonction de contrôle et de sanction.

2011, une nouvelle loi a introduit pour le patient le principe du choix du centre et du professionnel de santé. Avec cette loi, le système finlandais évolue doucement vers un système mixte, mélangeant logiques assurantielle et universaliste.

681. En 2016, la Finlande consacrait 9,3% de son PIB à ses dépenses de santé, contre 7,4 en 2002. L'espérance de vie des femmes y est de 84,4 années contre 78,8 années pour les hommes. Le classement de la revue britannique *The Lancet* lui accordait en 2017 la 7ème place.

3. L'organisation du système de santé danois

682. Jusqu'à la réforme de son organisation territoriale en 2007¹⁵⁵¹, la santé était au Danemark la responsabilité essentielle des quinze *Amter*. Ceux-ci disposaient même de la capacité de lever l'impôt en vue d'opérer le financement du système.

La régionalisation opérée en 2007, et la concentration des *Amter* en cinq *Regioner* aux pouvoirs réduits, ont rebattu les cartes entre les échelons territoriaux, sans pour autant remettre en cause le principe de l'organisation décentralisée du système de santé, même si les nouvelles structures territoriales régionales issues de la réforme n'ont désormais plus la possibilité de créer et de lever leurs propres impôts.

Les cinq *Regioner* demeurent ainsi les acteurs centraux de la gestion du système. Il s'agit d'ailleurs toujours de leur mission principale¹⁵⁵². Elles sont toujours responsables de la gestion et du financement des hôpitaux, de la planification régionale et des soins de premiers recours. Les nouvelles municipalités, résultant de la concentration des Communes existantes¹⁵⁵³, ont, en progressant en taille, gagnées en responsabilités, notamment dans le domaine de la santé. Elles sont aujourd'hui compétentes en matière médico-sociale ainsi

¹⁵⁵¹ *Lov om regioner og om nedlæggelse af amtskommunerne, Hovedstadens Udviklingsråd og Hovedstadens Sygehusfællesskab, nr 537 af 24/06/2005 – Gældende.*

Source :

<https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=10065>

Consulté le 13/12/2017

¹⁵⁵² En 2003, la santé représentait 70% des dépenses des *Amter*. Le regroupement en *Regioner* opéré en 2007 n'a pas dû modifier beaucoup les grandes masses budgétaires du niveau régional, celui-ci étant toujours le principal financeur du système.

Source : CHAMBARETAUD Sandrine, LEQUET-SLAMA Diane, *op.cit.*

¹⁵⁵³ Passées de 275 à 98.

qu'en matière de prévention et de promotion de la santé publique, et doivent, afin de renforcer la cohérence avec les autres pans du système, contractualiser avec les *Regioner*.

Mécaniquement la réforme a contribué à concentrer la prise en charge hyper spécialisée et à constituer des pôles hospitaliers régionaux de plus grande envergure.

Pourtant, les modifications apportées en 2007 ont aussi contribué à renforcer le pouvoir central sur l'organisation du système, en augmentant son contrôle sur le financement¹⁵⁵⁴. Les collectivités, qui ne peuvent plus lever leurs propres impôts, sont en effet directement dépendantes des dotations étatiques, provenant de recettes fiscales centralisées et fléchées à 80% vers l'échelon régional, le reste étant attribué à l'échelon communal. Le gouvernement peut, de plus, attribuer des enveloppes fléchées aux collectivités, répondant à des objectifs fixés au niveau national. Les *Regioner* doivent également consulter et obtenir l'accord du Ministère de la santé pour les investissements d'un montant important.

Le niveau central opère également un contrôle sur l'action des collectivités, qui s'est renforcé depuis le début des années 2000, en produisant indicateurs, recommandations, modèles nationaux et directives affichant un caractère plus ou moins contraignant. Les contrats entre échelons régionaux et communaux, dont les éléments de contenus sont très largement fixés au niveau national, en sont un exemple. Comme en Suède, une garantie législative nationale limitant à un mois le délai de prise en charge a également été adoptée en 2002. La santé est d'ailleurs au Danemark un sujet politique important et a été « l'un des thèmes majeurs de la campagne électorale nationale de septembre 2011 »¹⁵⁵⁵.

Comme dans les autres pays scandinaves, la place du secteur privé est toujours marginale au Danemark.

683. « Avec en toile de fond le problème de l'alcoolisme », le Danemark n'apparaît pas dans le peloton de tête en termes d'indicateurs santé. L'espérance de vie des femmes y est de 82,7 années, pour 78,8 années pour les hommes. The Lancet le plaçait en 2017 à la vingt-

¹⁵⁵⁴ Avant la réforme, le financement était assuré par des impôts locaux à hauteur de 87%, le reste étant assuré par des dotations nationales.

Source :

CHAMBARETAUD Sandrine, LEQUET-SLAMA Diane, *op.cit.*

¹⁵⁵⁵ « Health care figured as one of the major campaign themes in the run-up to the national election in September 2011. ».

OMS, *op.cit.*, p. 16.

Les conservateurs, qui ont perdu les élections au profit du centre gauche, souhaitaient déplacer la responsabilité du système de santé de l'échelon régional vers l'échelon central.

quatrième position de son classement. Le Danemark consacrait 8,7% de son PIB à la santé en 2002, et 10,4% en 2016.

4. L'organisation du système de santé norvégien

684. La Norvège s'appuyait encore récemment sur un système largement décentralisé.

Les soins de premiers recours et la gestion des soins de longue durée¹⁵⁵⁶ sont aujourd'hui toujours de la responsabilité des Communes, mais les *Fylker*, qui continuent de gérer la médecine spécialisée, ont aujourd'hui perdu la gestion des hôpitaux. A partir de 2002, celle-ci a été récupérée par le gouvernement. Elle est désormais organisée dans le cadre de cinq régions accueillant par ailleurs un centre hospitalo-universitaire.

Cette gestion régionalisée est réalisée par l'intermédiaire d'autorités régionales organisées sous la forme de *trusts* pilotés par des professionnels. Cependant le Gouvernement norvégien garde la main sur la gestion, ces *trusts* étant financés par des fonds nationaux.

Les trois niveaux territoriaux norvégiens sont donc impliqués dans la gestion du système de santé, dans le cadre de logiques mixant décentralisation et déconcentration.

La tendance observable actuellement en Norvège est celle d'une recentralisation accrue. Elle s'observe au niveau communal tout d'abord, avec le regroupement des Communes au sein de groupements d'intérêt économique afin de mutualiser la gestion de leurs responsabilités en matière de santé. Elle s'observe au niveau central également ; il semble en effet qu'une recentralisation, *via* une gestion en direct par le Ministère de la santé des hôpitaux situés dans les *Fylker*, soit à l'œuvre. Cela a déjà conduit à la disparition des cinq autorités régionales apparues en 2002.

685. En termes de performance, la Norvège se trouve au cinquième rang du classement proposé par The Lancet. Les dépenses de santé représentaient 9% de son PIB en 2002, et 10,5% en 2016, pour une espérance de vie s'élevant à 84,2 années pour les femmes, et 80,5 années pour les hommes.

¹⁵⁵⁶ Notamment liés à la prise en charge des personnes âgées nécessitant une prise en charge médicale.

686. Après cette présentation de pays unitaires ayant fait le choix d'une organisation décentralisée de leur système de santé, nous présenterons les choix faits dans deux pays à la structure régionalisée.

§2. Décentralisation et santé dans les Etats régionalisés : les cas italien et espagnol

687. L'Espagne et l'Italie ont fait des choix relativement similaires en termes d'organisation territoriale et d'organisation de leur système de santé.

Si ces évolutions ont eu lieu en décalé dans le temps, elles peuvent s'expliquer, historiquement, pour des raisons similaires.

Nous verrons les choix qui ont été faits concernant les systèmes de santé de chacun des pays (2), après avoir dressé les contours de leurs organisations générales respectives (1).

A. L'organisation territoriale

688. *Via di mezzo* entre l'Etat unitaire et l'Etat fédéral, l'Etat régional, propose, en dépit d'une structure constitutionnelle unitaire, une autonomie politique et institutionnelle assez large à ses Régions, notamment sur un plan normatif. Tout en préservant son indivisibilité, l'Etat régional permet une plus grande différenciation locale et un plus grand respect des particularités régionales. L'Espagne et l'Italie présentent ce type d'architecture institutionnelle, mis en place dans les deux cas à l'issue de périodes marquées par un autoritarisme politique, et en réaction au centralisme important qui en résultait.

Après avoir étudié la situation espagnole (1), nous aborderons le cas italien (2).

1. L'organisation territoriale espagnole

689. Après la fin de la période franquiste, l'Espagne a réinstauré la monarchie. L'Etat espagnol prend depuis 1978 la forme d'une monarchie parlementaire constitutionnelle unitaire constituée de dix-sept communautés autonomes¹⁵⁵⁷. Différent d'un régime fédéral, le régime espagnol laisse toutefois une beaucoup plus grande marge de manœuvre aux communautés autonomes¹⁵⁵⁸. Le droit constitutionnel espagnol repose ainsi sur le double postulat de l'unité de la Nation espagnole d'un côté, et de la garantie du droit à l'autonomie des communautés qui la constituent¹⁵⁵⁹.

A la différence d'un Etat comme la France, le niveau régional bénéficie donc d'un niveau d'autonomie beaucoup plus important, et bénéficie de compétences législatives et fiscales.

Prenant la forme d'un Etat unitaire régionalisé, l'organisation espagnole repose sur trois niveaux de découpages territoriaux: les communautés autonomes, les provinces, et les Communes.

Les provinces correspondent à un regroupement de Communes. Elles sont ainsi à mi-chemin entre la collectivité territoriale et l'EPCI. Leurs compétences varient en fonction des communautés autonomes dans lesquelles elles s'insèrent.

2. L'organisation territoriale italienne

690. Depuis 1948, l'Italie est constituée en République parlementaire présentant un caractère unitaire¹⁵⁶⁰. Cependant, comme l'Espagne, la transformation de l'Etat de l'après-

¹⁵⁵⁷ *Constitución Española*, BOE, n°311, de 29 de diciembre de 1978, p. 29313.

Source :

<https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1978-31229>

Consulté le 13/12/2017

¹⁵⁵⁸ En pratique, la différence avec le système fédéral réside principalement dans l'organisation du système judiciaire. Le système judiciaire est unifié, et dépend de l'Etat central.

Une autre différence essentielle réside dans la relative plasticité des modalités de répartition des compétences entre Etat et communautés autonomes. Il n'existe pas de principe strict de répartition ce qui explique qu'Etat et communautés autonomes peuvent intervenir dans les mêmes domaines.

¹⁵⁵⁹ L'article 2 de la Constitution du 29 décembre 1978 érige également un principe de solidarité entre ces communautés.

« La Constitución se fundamenta en la indisoluble unidad de la Nación española, patria común e indivisible de todos los españoles, y reconoce y garantiza el derecho a la autonomía de las nacionalidades y regiones que la integran y la solidaridad entre todas ellas ».

¹⁵⁶⁰ *Costituzione della Repubblica italiana*, 27 dicembre 1947.

guerre a été accompagnée d'une volonté particulière de maintenir un niveau important d'autonomie locale, en réaction à la centralisation particulièrement aigue ayant caractérisé la période fasciste.

Cela s'est d'abord caractérisé, dès 1948, par la reconnaissance d'un statut particulier d'autonomie à cinq Régions. Puis, à partir des années 1970, l'Italie s'est engagée dans un processus de régionalisation, autour de la reconnaissance de quinze nouvelles Régions ayant graduellement vu leurs pouvoirs et leur autonomie renforcés. L'Italie présente, à la manière de l'Espagne, les caractéristiques d'un Etat régional, fondé sur l'unité de la Nation et l'autonomie des Régions. Cela est d'autant plus vrai depuis la réforme constitutionnelle de 2001¹⁵⁶¹, qui a contribué à inverser le principe de répartition des compétences entre Etat et Régions. Depuis, la Constitution¹⁵⁶² distingue trois différents domaines de compétences : les compétences réservées au niveau central, les compétences spécifiquement attribuées aux Régions, et, pour le reste, une compétence de principe est reconnue aux Régions. Le principe de répartition des compétences que nous connaissons en France est ainsi inversé : le législateur national dispose de compétences d'attribution alors que les Régions sont, elles, formellement détentrices du pouvoir législatif.

L'Italie est organisée autour de trois niveaux de collectivités territoriales : régional, provincial, et communal.

Comme nous l'avons dit, le niveau régional est composé aujourd'hui de vingt *Regioni*, dont quinze à statut normal, et cinq à statut spécial¹⁵⁶³. Chaque Région dispose d'un Conseil régional élu au suffrage universel direct et dirigé par une *Ginuta Regionale*, organe exécutif de la Région, dirigée par le *Presidente della Regione*.

Les *Provinci*, équivalents de nos Départements, jouissent, comme les *Communi*, d'une autonomie, qui, si elle est reconnue par la Constitution, est toutefois plus limitée que celle des Régions. Ces deux collectivités disposent d'un exécutif élu. Par ailleurs, c'est sur le territoire

Source :

<http://www.senato.it/1024>

Consulté le 13/12/2017

¹⁵⁶¹ *Legge costituzionale 31 gennaio 2001, n. 2, Disposizioni concernenti l'elezione diretta dei Presidenti delle Regioni a Statuto speciale e delle Province autonome di Trento e di Bolzano.*

¹⁵⁶² *Art. 117, Costituzione della Repubblica italiana.*

Source :

<http://www.senato.it/1024>

Consulté le 13/12/2017

¹⁵⁶³ Sardaigne, Sicile, Trentin-Haut-Adige, Vallée d'Aoste, Frioul-Vénétie julienne. Toutefois, les réformes entreprises depuis les années 1990 ont largement contribué à rapprocher les deux statuts régionaux distincts.

provincial qu'est installée la représentation locale de l'Etat central, en la personne du *prefetto*, version italienne du préfet français.

B. L'organisation des systèmes de santé

691. L'Espagne et l'Italie se sont engagées en même temps, à la fin des années soixante-dix, dans une réforme de leur système de santé ; les deux pays se sont orientés vers des systèmes nationaux de santé, donc de type beveridgien, mais dans lesquels les échelons régionaux jouent un rôle essentiel dans l'administration.

Après avoir analysé les choix espagnols (1), nous nous pencherons sur ceux faits en Italie (2).

1. L'organisation du système de santé espagnol

692. Si la constitution espagnole de 1978 consacre la création d'un service de santé public et universel, ce n'est qu'en 1986 que celui-ci voit réellement le jour, avec l'adoption de la *Ley General de Sanidad*¹⁵⁶⁴, du 25 avril de la même année.

Pour autant, les espagnols n'ont pas attendu cette date pour s'intéresser à la prise en charge de leurs problèmes de santé. Ce système public d'inspiration beveridgienne a ainsi dû, dans les premiers temps, cohabiter avec des systèmes locaux ou sectoriels fondés sur le principe assurantiel ou sur la charité. Ce système dual de couverture a perduré jusqu'aujourd'hui, et, en 2003, 15% de la population relevait encore d'un système assurantiel de prise en charge. Cette part a depuis continuellement diminué.

Le système de santé public, s'il est toujours assuré par l'*Insalud* national en cas de carence des Communautés autonomes, a fait l'objet d'un processus de dévolution. Engagé en 1981 avec la Catalogne¹⁵⁶⁵, celui-ci s'est terminé en 2002. Pendant une vingtaine d'années

¹⁵⁶⁴ *Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, BOE núm°102, de 29/04/1986.*

¹⁵⁶⁵ Suivront l'Andalousie, en 1984, Le Pays Basque et la communauté de Valence en 1988, la Navarre et la Galice en 1991, les Iles Canaries en 1994, puis la dernière vague de 2002 avec l'Aragon, les Iles Baléares, la Cantabria, la Castille, l'Extremadura, la communauté de Madrid, la Murcia, la Rioja, la communauté de Ceuta et Melilla.

l'Espagne a ainsi connu une situation hybride, appelée « fédéralisme asymétrique »¹⁵⁶⁶ par certains auteurs.

Les Communautés autonomes sont aujourd'hui pleinement responsables de l'organisation et de la gestion du système, même si le financement est toujours assuré par le niveau central, via des dotations dont le montant repose principalement sur le nombre d'habitants de chaque Communauté.

La fin du processus de dévolution a mécaniquement conduit à réduire considérablement le rôle de l'échelon central, qui demeure néanmoins tenu de s'assurer « de l'équité d'accès aux soins et de la qualité des soins offerts sur l'ensemble du territoire »¹⁵⁶⁷. Ont notamment été mis en place des outils permettant de suivre la situation sanitaire dans chaque Communauté autonome, et de proposer des améliorations du système et de la qualité des soins. Un organisme de coordination, réunissant Communautés et Gouvernement, a également été mis en place¹⁵⁶⁸. Le niveau central a également pour mission de fixer les principes fondateurs du système de santé, ce qui a été fait via la loi de *cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud* de 2003¹⁵⁶⁹. Ces principes sont les suivants : universalité, équité d'accès, système décentralisé et intégré.

La grande liberté laissée aux Communautés a conduit à développer des modèles d'organisation et des instruments de régulation assez différents, même si le niveau central continue de fixer un panier de soins minimum devant être offert aux citoyens. Les Communautés sont aujourd'hui responsables d'environ 90% des dépenses publiques de santé, qui elles-mêmes représentent 71% des dépenses de santé. Ces dépenses constituent 30% des dépenses totales des Communautés autonomes¹⁵⁷⁰.

Le système espagnol présente un bon niveau de performance, et a été placé 8^{ème} au classement de *The Lancet*¹⁵⁷¹. L'espérance de vie y est de 85,8 années pour les femmes, et de 80,1 pour

¹⁵⁶⁶ POLTON Dominique, « Décentralisation des systèmes de santé. Quelques réflexions à partir d'expériences étrangères », *op.cit.*, p. 3.

¹⁵⁶⁷ COHU Sylvie, LEQUET-SLAMA Diane, « Les systèmes de santé du sud de l'Europe : des réformes axées sur la décentralisation », *op.cit.*, p. 2.

¹⁵⁶⁸ Il s'agit du *Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud*

¹⁵⁶⁹ *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, BOE n°128, de 29/05/2003.*

¹⁵⁷⁰ *Source :*

OMS, *op.cit.*, p. 53.

¹⁵⁷¹ Note de 90.

Source :

The Lancet.

<http://www.thelancet.com/action/showFullTextImages?pii=S0140-6736%2817%2930818-8>

les hommes¹⁵⁷². De plus, ces bons résultats sont d'autant plus intéressants que l'Espagne est l'un des pays européens dépensant le moins pour la santé de ses citoyens : 6,8% du PIB y étaient consacrés en 2002, et 9% en 2016¹⁵⁷³.

2. L'organisation du système de santé italien

693. Avant 1978 l'Italie présentait un système assurantiel. Comme les espagnols, les Italiens ont fait le choix à cette date d'évoluer vers un système national de santé. A ses débuts, celui-ci fait « l'objet d'une gestion conjointe »¹⁵⁷⁴ organisée autour de trois niveaux de découpages territoriaux : le central, le régional et le local, via des unités sanitaires locales sous influence communale¹⁵⁷⁵. Le niveau national a la charge d'élaborer un plan national et un budget global. La planification régionale et la répartition de ce budget sont la responsabilité des Régions. Cette répartition se fait entre les unités sanitaires locales, ayant pour fonction de fournir les services sanitaires aux italiens.

Comme en Espagne, le système italien avait ainsi prévu à son origine une « séparation entre la responsabilité financière centralisée et le pouvoir de dépense régional et local »¹⁵⁷⁶. A partir des années 1990, le système italien va connaître une série de mutations dans le sens d'un renforcement de l'échelon régional. Ce renforcement se fera par l'intermédiaire d'un double mouvement de décentralisation, via un transfert de prérogatives précédemment attribuées au niveau central vers les *Provinci*, et de recentralisation, via l'intensification du contrôle assuré par le niveau régional sur les unités sanitaires locales, transformées en entreprises de santé locales¹⁵⁷⁷.

Consulté le 16/12/2017

¹⁵⁷² Source :

OCDE.

http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT&lang=fr

Consulté le 16/12/2017

¹⁵⁷³ Source :

OCDE.

<http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA&lang=fr>

Consulté le 16/12/2017

¹⁵⁷⁴ POLTON Dominique, *op.cit.*, p. 4.

¹⁵⁷⁵ Un troisième niveau de découpage existe, les unités sanitaires locales, mais celui-ci n'est pas organisé politiquement.

¹⁵⁷⁶ POLTON Dominique, *op.cit.*, p. 4.

¹⁵⁷⁷ Cette modification contribue à les sortir, d'un point de vue politique, de la sphère d'influence de l'échelon municipal. Leur nombre est également considérablement réduit, passant de 655 à 199, et celles-ci se voient confier une plus grande autonomie, ainsi qu'une responsabilisation accrue. La transformation des unités

Ces modifications se feront en parallèle de la diffusion au sein du système de méthodes de gestion proches du *new public management*, laissant une plus large place à la concurrence et propice au développement de nouveaux rapports, sur une base contractuelle, entre les différents acteurs.

En 1999, une nouvelle réforme va tenter de concilier responsabilisation accrue des *Provinci*, avec une réaffirmation du rôle de l'Etat¹⁵⁷⁸. La régionalisation du système va en effet connaître une avancée supplémentaire avec la concrétisation dans le champ sanitaire des principes du « fédéralisme fiscal » italien, mettant fin au découplage des responsabilités entre décideur de la dépense, et financeur de la dépense. Les Régions se trouvent ainsi responsables financièrement du système de santé désormais financé par des impôts régionaux¹⁵⁷⁹. Mais, en parallèle, le législateur italien profitera de la réforme pour réaffirmer les principes essentiels d'universalisme, de financement public, et d'équité d'accès aux soins, portés par le service national de santé. L'idée est « d'opérer un rééquilibrage entre *Provinci*, sous l'égide de l'État »¹⁵⁸⁰. Un fonds de solidarité, abondé par les *Provinci* et l'Etat, est mis en place, et la loi fixe un panier minimal de soins et de services devant être proposé par les *Provinci*. L'Etat conserve également des prérogatives de police sanitaire et de régulation, concernant notamment les médicaments et leur mise sur le marché, sur les principes généraux d'organisation des établissements sanitaires, et la réglementation des professions de santé.

694. La grande latitude que possèdent les *Provinci* pour organiser le système, qui bénéficient depuis 2000 d'une « compétence législative partagée en matière de santé »¹⁵⁸¹, a entraîné de grandes différences régionales dans les mécanismes choisis comme dans les niveaux de dépenses.

Cela a conduit le gouvernement italien à tenter de renforcer son rôle de contrôle, en installant notamment en 2009 un commissariat chargé d'accompagner les *Provinci* connaissant des difficultés particulières dans le respect de leur budget ou dans l'observation des règles nationales définies en la matière. Des plans nationaux de santé ont également été développés

sanitaires locales traduit d'ailleurs bien les deux idées forces inspirant la réforme : la pénétration des logiques issues du monde de l'entreprise au sein de l'administration, et la régionalisation.

¹⁵⁷⁸ Loi constitutionnelle n°1 du 22 novembre 1999, Dispositions concernant l'élection directe des présidents des juntes régionales et l'autonomie statutaire des régions.

¹⁵⁷⁹ A partir de 2002.

¹⁵⁸⁰ COHU Sylvie, LEQUET-SLAMA Diane, *op.cit.*, p. 3.

¹⁵⁸¹ FARGION Valeria, « Le système de santé italien : évolution de la répartition des compétences et du mode de financement », *Revue française des affaires sociales*, 2006, n°2-3, p. 296.

afin d'encourager et d'accompagner le développement d'une meilleure performance, notamment sur le plan hospitalier. Les Plans régionaux de santé doivent s'inscrire dans le périmètre de ce cadrage national.

695. Comme l'Espagne, l'Italie a pu, encore aujourd'hui, maintenir en-dessous de 10% la part de son PIB consacrée à la santé. En 2016, elle était de 8,9%, et de 7,9% en 2002¹⁵⁸². *The Lancet* plaçait en 2017 l'Italie au douzième rang de son classement¹⁵⁸³. L'espérance de vie des femmes s'y élève à 84,9 années, et à 80,3 années pour les hommes¹⁵⁸⁴.

696. Après nous être penchés sur le cas des Etats régionaux, nous terminerons par l'observation des choix faits dans deux Etat fédéraux.

¹⁵⁸² Source :

OCDE.

<http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA&lang=fr>

Consulté le 16/12/2017

¹⁵⁸³ Note de 89.

Source :

The Lancet.

<http://www.thelancet.com/action/showFullTextImages?pii=S0140-6736%2817%2930818-8>

¹⁵⁸⁴ Source :

OCDE.

http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT&lang=fr

Consulté le 16/12/2017

§3. Décentralisation et santé dans les Etats fédéraux : les cas allemand et canadien

697. Bien que présentant tous deux des structures fédérales, le Canada et l'Allemagne présentent des caractéristiques assez différentes, au niveau de leur organisation territoriale (A), mais encore plus concernant leurs systèmes de santé (B). Dans le cas du Canada, une attention particulière sera portée sur l'organisation du Québec.

A. L'organisation territoriale

698. L'Allemagne et le Canada sont tous les deux constitués en Etats fédéraux. Il s'agit de fédération d'Etats présentant donc une autonomie politique et normative importante, et une constitution propre.

Nous aborderons dans un premier temps la situation allemande (1), avant de nous pencher sur le Canada. Concernant le Canada, étant donné les caractéristiques propres au pays, notamment en ce qui concerne l'organisation de son système de santé, nous aborderons également plus spécifiquement la situation de la Province de Québec (2).

1. L'organisation territoriale allemande

699. Comme la plupart des pays ayant connu un passage totalitaire au XX^{ème} siècle, et peut-être de manière encore plus prégnante concernant l'Allemagne, l'après seconde guerre mondiale a constitué un tournant majeur dans l'organisation politique allemande. Pour des raisons¹⁵⁸⁵, tant liées à la volonté des Alliés de contenir la montée en puissance d'un nouvel Etat allemand fort, qu'à la défiance des populations allemandes vis à vis d'un niveau central tout puissant et du passé même de l'Allemagne et de la situation particulière dans laquelle elle

¹⁵⁸⁵ Sur lesquelles nous ne nous appesantirons pas ici.

se trouve au milieu des années quarante¹⁵⁸⁶, il a été fait le choix de constituer l'Allemagne depuis 1949 en une république fédérale constitutionnelle composée de *Länder*.

Le principe de répartition des pouvoirs législatifs entre Etat fédéral et Land est posé par la Constitution allemande, la *Grundgesetz*¹⁵⁸⁷. Celle-ci liste une série de compétences d'attribution, domaines de compétences exclusifs de la fédération, ainsi qu'une liste de domaines dans lesquels les deux niveaux peuvent intervenir. La compétence de principe appartient donc aux *Länder*, qui disposent d'une grande latitude législative et fiscale. Une limite existe à ce principe d'attribution des compétences au niveau fédéral, puisque l'Etat fédéral a également pour rôle de veiller à une égalité des citoyens sur le territoire allemand. Ceci se manifeste à l'article 72 de la Constitution, qui dispose que « la Fédération a le droit de légiférer lorsque et pour autant que l'établissement de conditions de vie équivalentes sur le territoire fédéral ou la sauvegarde de l'unité juridique ou économique rendent nécessaire une législation fédérale dans l'intérêt de l'ensemble de l'État ».

Chacun des seize *Landër* dispose ainsi d'une assemblée élue, d'un gouvernement, dirigé par un président, et d'une constitution, qui, si elle doit respecter la *Grundgesetz*, peut librement organiser le découpage territorial du Land.

Du fait de son caractère fédéral, l'Allemagne présente des niveaux de découpages territoriaux différents d'un *Land* à l'autre, qu'il est difficile de présenter ici de manière systématique. En pratique, l'essentiel des représentations élues se trouvent au niveau communal ou supra-communal, dans le cadre de regroupement de Communes.

Envisagé de manière synthétique l'Allemagne présente donc un découpage à trois niveaux : Etat fédéral, Land, Communes

2. Les organisations territoriales canadienne et québécoise

700. Le Canada est une monarchie parlementaire fédérale. Elle est composée de dix provinces et de trois territoires. Alors que les Provinces disposent de compétences déléguées

¹⁵⁸⁶ Elle est divisée en deux jusque 1990 : la République Fédérale d'Allemagne, sous influence occidentale, et la République Démocratique allemande, sous contrôle de l'URSS.

¹⁵⁸⁷ *Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland, vom 23. Mai 1949, BGBl. S. 1.*

Source :

<https://www.bundestag.de/grundgesetz>

Consulté le 13/12/2017

fixées par la loi constitutionnelle de 1867¹⁵⁸⁸, les compétences des territoires sont fixées par un texte à valeur législatif procédant du Parlement fédéral, auquel ils sont soumis. De ce fait, constitutionnellement, la situation des collectivités françaises s’approchent plus de celles des territoires que de celle des Provinces.

L’organisation interne des Provinces dépend directement d’elles. Ceci explique que chacune d’entre elles ont pu définir des niveaux et des types de structurations territoriales très diverses, et ce jusque dans leurs dénominations.

Le Québec dispose de trois niveaux territoriaux distincts¹⁵⁸⁹ : la Commune, la municipalité régionale de comté et la région administrative.

Les Communes peuvent, comme en France, se structurer au sein de divers regroupements de communes afin de mettre en commun l’exercice de certaines compétences.

Au niveau régional, il existe au Québec quatre-vingt-sept Municipalités Régionales de Comté – MRC –, apparues au début des années 1980¹⁵⁹⁰ en remplacement des anciens comtés. Composée d’élus issus du niveau municipal, la MRC n’est pas elle-même élue au suffrage universel direct.

Les dix-sept régions administratives du Québec ne sont pas des collectivités territoriales, mais abritent en leur sein des entités élues. De 2003 à 2016, une Conférence régionale des élus, composée d’élus municipaux, des préfets, et de représentants de la société civile nommés par le ministre régional¹⁵⁹¹, a été instituée. Sans véritable pouvoir, cette conférence occupait un rôle de conseil.

¹⁵⁸⁸ Loi constitutionnelle de 1867, 30 & 31 Victoria, ch. 3 (R.U.).

Source :

<http://laws-lois.justice.gc.ca/fra/Const/page-1.html>

Consulté le 13/12/2017

¹⁵⁸⁹ Il s’agit là d’une présentation simplifiée.

¹⁵⁹⁰ A-19.1, loi sur l’aménagement et l’urbanisme.

Source :

<http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/A-19.1/20060608>

Consulté le 14/12/2017

¹⁵⁹¹ Le ministre régional est membre du conseil des ministres québécois. A ce titre, il dépend de l’échelon provincial.

B. L'organisation des systèmes de santé

701. L'Allemagne et le Canada ont fait des choix très différents en ce qui concerne l'organisation de leurs systèmes de santé. Seul pays du panel à avoir fait le choix d'un système assurantiel, l'Allemagne présente ainsi certaines similitudes avec la France, même si les choses sont loin d'être identiques (1).

Dans le cas du Canada, nous verrons le rôle que joue l'échelon fédéral, ainsi que l'organisation propre au Québec (2).

1. L'organisation du système de santé allemand

702. Mère-patrie d'Otto von Bismarck, l'Allemagne est le berceau du système de santé éponyme. C'est ainsi fort logiquement que l'Allemagne s'est organisée autour d'un système assurantiel.

La responsabilité de son fonctionnement est aujourd'hui partagée entre le gouvernement fédéral, les Länder, et les corps intermédiaires, chacun jouant un rôle dont le contour varie en fonction des évolutions à l'œuvre.

L'Allemagne s'appuie ainsi sur « un système d'assurance maladie décentralisé auto-administré »¹⁵⁹². Comme dans le modèle français, le système allemand repose sur un financement principalement assuré par des cotisations sociales, une médecine ambulatoire proposée majoritairement par des médecins libéraux, et une médecine hospitalière principalement publique. L'Allemagne présente toutefois la particularité de laisser une plus large place aux corps intermédiaires et aux structures corporatives dans l'organisation de la santé. Si le principe d'une gestion assurée par des caisses d'assurances maladie paritaires est également présent, celles-ci ont beaucoup plus de marge de manœuvres qu'en France, et, par ailleurs, les organisations corporatives, comme les associations de médecins, occupent une place beaucoup plus importante dans l'organisation du système.

¹⁵⁹² HASSENTEUFEL Patrick, DELAYE Sylvie, PIERRU Frédéric, ROBELET Magali, SERRE Marina, « La libéralisation des systèmes de protection maladie européens. Convergence, européanisation et adaptations nationales », Politique européenne, 2001, n° 2, p. 32.

Le système d'assurances sociales est lui aussi assez différent de celui rencontré en France, et propose un profil beaucoup plus éclaté. Il existe en Allemagne plus de cent-cinquante caisses différentes fixant librement¹⁵⁹³ leur taux de cotisations et chargées de négocier directement avec les médecins et les hôpitaux.

Cette organisation laisse donc une très grande place aux assurances sociales publiques auxquelles l'affiliation est obligatoire jusqu'à un certain niveau de revenu. Au-delà, les Allemands ont le choix de passer par une assurance privée.

A partir des années 1990 et de sa réunification, et afin d'amortir son poids financier¹⁵⁹⁴, l'Allemagne a fait évoluer l'administration de la santé dans le sens d'un plus grand contrôle, ou en tout cas d'une plus grande intervention de l'échelon central, tout en libéralisant l'accès aux assurances. Cette période « marque le point de départ concomitant de la mise en concurrence des caisses d'assurance maladie et de l'affirmation du rôle de l'Etat fédéral dans la politique de maîtrise des dépenses d'assurance maladie »¹⁵⁹⁵. Paradoxalement, le système allemand a ainsi évolué vers une plus grande intervention étatique, dans le but de libéraliser l'accès aux assurances.

Le système antérieur d'adhésion obligatoire aux assurances selon l'appartenance socio-professionnelle, fut supprimé à partir de 1997, au profit du libre choix par tous les citoyens de leur assureur. Cette politique de libéralisation, qui poursuit l'objectif d'une plus grande équité des assurés vis-à-vis des dépenses de santé, a conduit à diminuer les variations de cotisations entre caisses. Cette politique de mise en concurrence conduira à inciter les assurances à fusionner¹⁵⁹⁶, en se centralisant principalement au niveau des *Landër*, mais également au niveau fédéral. En 2007, une union fédérale des caisses d'assurance maladie a été constituée afin de négocier plus facilement avec le Gouvernement fédéral et le législateur.

En parallèle, le Gouvernement fédéral s'installe à partir de cette période comme un acteur plus important, en imposant un encadrement budgétaire de l'ensemble des dépenses et en mettant en place des premiers dispositifs de péréquation entre les caisses. Progressivement, cette emprise va s'intensifier, en gelant les taux de cotisations, puis en amorçant un début de

¹⁵⁹³ Cela a quelque peu évolué, comme nous le verrons.

¹⁵⁹⁴ L'intégration des anciens *Landër* d'Allemagne de l'est, au poids économique faible a représenté une forte charge sur les dépenses d'assurance maladie allemandes.

¹⁵⁹⁵ HASSENTEUFEL Patrick, « Les transformations du mode de gouvernement de l'assurance maladie : une comparaison France/Allemagne », La Revue de l'Ires, 2011, n° 70, p. 6.

¹⁵⁹⁶ Elles sont passées de 960 en 1995, à 153 en 2011. Afin d'accélérer le processus, à partir de 2007, la fusion entre assurances privées et publiques a été rendue possible.

Source : OMS, *op.cit.*

fiscalisation des dépenses de santé, pour aboutir en 2009 à la centralisation de la totalité des sources de financement de l'assurance maladie au sein d'un Fonds de santé. Cette réforme marque « une perte importante de compétences et de pouvoir »¹⁵⁹⁷ pour les caisses, désormais placées sous l'autorité de l'Etat fédéral, qui a la responsabilité de fixer un taux unique de cotisation pour toutes les caisses d'assurances et de répartir les financements selon un système de péréquation lié aux risques pris en charge et à l'efficacité des caisses. La structure des financements va également évoluer, et sera complétée par une part croissante de ressources fiscales provenant du budget de l'Etat fédéral. Pour autant, le système d'auto administration n'est pas fondamentalement remis en cause¹⁵⁹⁸. Même si la législation influe de plus en plus sur l'organisation de l'offre ambulatoire, en imposant par exemple des interdictions d'installation dans les zones à forte densité, celle-ci renforce dans le même temps le rôle des assurances et des associations de médecins.

L'Etat fédéral va également développer sa fonction régulatrice, et se positionner dans un rôle de « gouvernement à distance »¹⁵⁹⁹, en développant ses missions d'audit, d'évaluation, de contrôle, via, comme en France, le développement d'agences inspirées du *New Public Management*¹⁶⁰⁰.

Ce gouvernement à distance se retrouve aussi dans l'évolution du rôle des *Länder*, qui partagent avec l'Etat fédéral la compétence santé, et sont historiquement en charge de la gestion des hôpitaux¹⁶⁰¹. Les *Länder* ont ainsi été de plus en plus impliqués dans la planification sanitaire, qui se fait à leur niveau.

703. En 2002, l'Allemagne consacrait 10,1% de son PIB à la santé, et 11,3% en 2010¹⁶⁰². Le pays occupe la 20^{ème} place du classement proposé par *The Lancet*¹⁶⁰³. Les allemandes ont une espérance de vie de 83,1 années, contre 78,3 années pour les hommes¹⁶⁰⁴.

¹⁵⁹⁷ HASSENTEUFEL Patrick, « Les transformations du mode de gouvernement de l'assurance maladie : une comparaison France/Allemagne », *op.cit.*, p. 17.

¹⁵⁹⁸ A ce sujet, voir *id.*, p. 11.

¹⁵⁹⁹ *id.*, p. 19.

¹⁶⁰⁰ En 2003 a été créé l'Institut pour la qualité et l'efficacité dans le système de santé (*Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen*). Il s'agit d'un organisme scientifique indépendant, employant environ 130 personnes et s'appuyant sur un réseau de plus d'une centaine d'experts, mis en place pour accroître la transparence des décisions concernant les biens et service.

¹⁶⁰¹ La gestion du secteur hospitalier a traditionnellement été placée à l'écart du système d'auto administration, même si les *Länder* ont été amenés à organiser celle-ci conjointement avec les assurances et les associations d'hôpitaux.

¹⁶⁰² Source :

OCDE.

2. L'organisation du système de santé canadien

704. Bien que la santé soit une compétence provinciale, le niveau fédéral a joué et continue de jouer un rôle important d'impulsion en matière de santé (a). L'organisation spécifique de la Province de Québec (b) sera donc abordée après avoir posé le cadre général canadien.

a. La santé et le niveau fédéral

705. L'organisation de la santé est, au Canada, de la responsabilité des Provinces, auxquelles la « compétence en matière de santé est reconnue exclusivement »¹⁶⁰⁵. Dès lors, pour Jean Turgeon, plutôt que du système de santé canadien, il serait plus pertinent de faire mention « des systèmes de santé du Canada »¹⁶⁰⁶.

Pour autant, les Provinces canadiennes ont très majoritairement fait le choix d'un système de type beveridgien, universel et financé par l'impôt, mais inspiré également par le système américain. Le recours au financement privé y est assez important, ce dernier représentant environ 30% des dépenses de santé¹⁶⁰⁷.

Toutefois, l'échelon fédéral n'est pas totalement absent de la santé. La constitution canadienne l'autorise à intervenir même dans les champs réservés aux Provinces. Il le fera d'ailleurs dès les années 1950 en proposant aux Provinces un financement partagé des frais hospitaliers et des honoraires médicaux. La possibilité constitutionnelle offerte à l'échelon fédéral dans les domaines qui n'ont pas été explicitement fléchés vers les Provinces lui a également permis d'investir certains champs relevant de la police sanitaire, comme l'homologation des médicaments et des produits médicaux.

<http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA&lang=fr>

Consulté le 17/12/2017

¹⁶⁰³ Note de 86.

Source :

The Lancet.

<http://www.thelancet.com/action/showFullTextImages?pii=S0140-6736%2817%2930818-8>

Consulté le 17/12/2017

¹⁶⁰⁴ Source :

OCDE.

http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT&lang=fr

¹⁶⁰⁵ TURGEON Jean, JACOB Robert, DENIS Jean-Louis, « Québec : cinquante ans d'évolution au prisme des réformes (1961-2010) », Les Tribunes de la santé, 2011, n°30, p. 60.

¹⁶⁰⁶ *ibid.*

¹⁶⁰⁷ Source :

Institut d'information canadien sur la santé

<https://www.cihi.ca/fr/dou-proviennent-les-fonds-0>

L'intervention assez rapide de l'Etat fédéral sur ces questions ainsi que les réponses apportées ont d'ailleurs contribué à façonner l'organisation interne des Provinces. De ce fait, derrière l'éclatement apparent du système canadien, il convient de rappeler que de profondes similitudes existent entre les Provinces, et que, de fait, « l'initiative des réformes appartient aussi bien au gouvernement central qu'à ceux des États fédérés »¹⁶⁰⁸. Ce constat se verra encore renforcé après l'adoption en 1984 de la loi canadienne sur la santé¹⁶⁰⁹ qui impose aux Provinces le respect de cinq grands principes pour l'organisation de leur système de santé, sous peine de sanctions financières : la transférabilité¹⁶¹⁰, l'universalité, l'intégralité, l'accessibilité économique, et la gestion publique.

706. Le Canada occupait en 2017 la dix-septième place du classement de la revue *The Lancet*¹⁶¹¹. En 2002, 8,3% du PIB canadien était consacré à la santé, pour 10,4% en 2016¹⁶¹². Au Canada, les femmes ont une espérance de vie de 83,8 années, et les hommes, de 79,6 années¹⁶¹³.

707. Concernant leurs organisation propres, la plupart des Provinces, ont, ces derniers temps, fait le choix de régionaliser leur système, c'est-à-dire de l'administrer à un niveau sub-provincial. Selon les Provinces, cette régionalisation a pu prendre des formes diverses, oscillant entre décentralisation et déconcentration. Toutefois « beaucoup de ces nouveaux modèles comportent un pouvoir autonome régi par un conseil dont les membres sont nommés

¹⁶⁰⁸ FOREST, Pierre-Gerlier, « Les politiques de reforme du système de santé dans cinq fédérations : une analyse des travaux scientifiques récents », *in* : IMBEAU Louis, « Politiques comparées dans les Etats fédérés, L'Allemagne, l'Australie, le Canada, les Etats-Unis et la Suisse », Les Presses de l'Université Laval, Québec, 2005, p. 65.

¹⁶⁰⁹ A ce propos, voir :

<http://www.hc-sc.gc.ca/medicare/chaoverf.htm>.

¹⁶¹⁰ Afin d'assurer une couverture aux Canadiens se déplaçant d'une Province à l'autre.

¹⁶¹¹ Avec une note de 88.

Source :

The Lancet.

<http://www.thelancet.com/action/showFullTextImages?pii=S0140-6736%2817%2930818-8>

Consulté le 17/12/2017

¹⁶¹² *Source* :

OCDE.

<http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA&lang=fr>

Consulté le 17/12/2017

¹⁶¹³ *Source* :

OCDE.

http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT&lang=fr

Consulté le 17/12/2017

et qui est chargé de gérer et d'intégrer les activités du système de santé dans l'ensemble de la province ou du territoire tout en laissant le ministère de la Santé établir le plan global et les priorités du système de santé, fixer des normes et contrôler les résultats »¹⁶¹⁴. Nous aborderons maintenant le cas particulier du Québec.

b. La santé et le niveau provincial : l'exemple Québécois

708. Dernière Province canadienne à s'être dotée d'un système public de santé de type *beveridgien*, le Québec s'est appuyé dès l'origine sur une organisation déconcentrée. Son administration reposait, à partir des années 1970, sur des conseils régionaux de santé et de services sociaux – les CRSSS. Ces CRSSS seront remplacés en 1992 par des Régies régionales de la santé et des services sociaux – les RRSSS –, puis par des agences de la santé et des services sociaux en 2004. Chaque agence était implantée au sein des régions sociosanitaires fixées par décret gouvernemental, et constituait l'organisme en charge du pilotage régional de l'administration sanitaire. En 2015, le Québec a fait le choix de revoir son organisation en supprimant les agences.

Leurs compétences ont été en partie absorbées par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Le reste de leurs attributions a été fléché vers de nouveaux organismes. Le pilotage du système est aujourd'hui réalisé au niveau central par le ministère, et au niveau régional par vingt-deux centres intégrés de santé et de services sociaux - les CISSS. Pour autant le découpage en dix-huit régions sociosanitaires n'a pas été revu. Les CISSS ont aujourd'hui des missions dont les contours correspondent plus ou moins à celles des ARS françaises : planification, protection de la santé publique, octroi de subventions, mise en œuvre de la démocratie sanitaire locale.

Leur statut est également assez proche de nos ARS. Il s'agit d'établissements publics dirigés par un président directeur général nommé par le gouvernement.

¹⁶¹⁴ ASSOCIATION MEDICALE CANADIENNE, « Principes pour la gouvernance du système de santé », AMC, 2011, p. 2.

Source :

https://www.cma.ca/Assets/assets-library/document/fr/advocacy/policy-research/CMA_Policy_Principles_for_Health_System_Governance_PD12-01-f.pdf

Consulté le 17/12/2017

709. Le Québec, tout en dépensant moins que la moyenne canadienne par habitant¹⁶¹⁵ pour la santé, mobilise une part plus importante de son PIB pour les dépenses de santé, avec 12,1%.

710. Nous l'avons vu, tout en présentant certaines similitudes, les situations divergent d'un pays à l'autre, et rendaient nécessaires pour le lecteur que soit brossé le tableau de chacun des cas étudiés. Cela étant fait, il sera possible de développer, en section 2, une analyse thématique des enseignements apportés par ces expériences étrangères.

Section 2. La décentralisation sanitaire : enseignements des expériences étrangères

711. L'observation des choix faits dans les pays étudiés permet de constater une première évidence : la décentralisation en matière de santé renvoie à des réalités locales très différentes. Même dans les pays présentant de fortes similitudes institutionnelles, les solutions proposées peuvent être très différentes. L'Espagne et l'Italie ont ainsi réalisé des choix distincts concernant notamment le financement du système. Dans les pays scandinaves la décentralisation, en ce qu'elle concerne la santé, a pu être réalisée à des échelons différents. Au Canada et en Allemagne, ce sont les principes mêmes du système de santé qui sont distincts. Au surplus, le Canada propose un système décentralisé, du fait de son caractère fédéral, organisé au sein du Québec de manière déconcentrée.

Pour autant, tous ces pays ont fait le même choix de confier d'importantes prérogatives à un autre échelon territorial que l'échelon central. Et s'il est « en effet permis de penser que cet unanimité autour de l'idée de décentralisation territoriale du système [...] est en partie

¹⁶¹⁵ 5 375 dollars canadiens contre 5 911 dollars canadiens.

Source :

<http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/organisation/en-bref/>

Consulté le 17/12/2017

fondée sur un malentendu »¹⁶¹⁶, tant elle renvoie à des conceptions distinctes, il demeure néanmoins possible de tirer de ces expériences des enseignements.

Elles permettent de tirer un certain nombre de constats tout en permettant de débusquer certaines idées fausses sur la décentralisation sanitaire (§1). Cette forme d’articulation des responsabilités présente, pour le système de santé, des opportunités et des risques, qui sont ainsi mis en évidence (§2).

§1. Idées reçues et observations empiriques

712. Si l’idée de décentralisation du système de santé peut paraître fondée sur des malentendus, l’analyse des implications réelles de cette modalité organisationnelle permet en tout cas d’en débusquer, tout comme elle permet d’établir un certain nombre de constats transversaux à l’ensemble des pays l’ayant expérimentée.

Après avoir discuté, à la lumière des exemples présentés, des idées préconçues parfois véhiculées sur le sujet (A), nous essaierons de mettre en évidence quelques enseignements généraux sur les réalités de la décentralisation sanitaire (B).

A. Idées reçues sur la décentralisation de la santé

713. Nous verrons dans cette partie que certaines hypothèses sur la décentralisation en santé se trouvent invalidées par ce tour d’horizon international. La possibilité d’opérer une décentralisation du système de santé est en réalité assez étrangère de la structure constitutionnelle des Etats (1). La décentralisation, parfois associée au développement de la concurrence au sein des systèmes de santé, n’en est pour autant en rien consubstantielle (2). Corrélativement, les effets de la mise en concurrence des territoires du fait de la différenciation territoriale entraînée par la décentralisation, doivent être relativisés (3).

¹⁶¹⁶ PELLET Rémi, SKRZYERBAK Arnaud, « Leçons de droit social et de droit de la santé » Sirey, Manuel, 2ème éd, 2008, Lonrai, p. 419.

1. L'unitarisme, un frein à la décentralisation du système de santé ?

714. Dans la perspective d'une application en France, la première question à se poser concernant les enseignements tirés des expériences étrangères de décentralisation, d'autant plus dans le contexte de travaux juridiques, semble être celle de la compatibilité entre l'unitarisme républicain constitutionnellement affirmé, et la décentralisation de la gestion des affaires sanitaires.

Or, l'observation des cas présentés en section 1 ne laisse que peu de doute sur cette question : l'unitarisme n'est pas un frein à l'importation dans le champ de la santé des principes décentralisateurs. Les pays nordiques, présentant eux aussi un caractère unitaire, sont d'ailleurs, à notre sens, les exemples les plus aboutis, et historiquement les plus anciens, de gestion décentralisée de la santé.

Plus globalement, il est possible de constater que la structure constitutionnelle du pays n'a que peu d'importance. Qu'ils soient constitués en Etats unitaires, régionaux ou fédéraux¹⁶¹⁷, les pays étudiés ont tous fait le choix d'opter, pour des systèmes de santé d'inspirations très différentes, pour une gestion décentralisée des questions sanitaires.

Le cas du Québec montre par ailleurs que, même dans le cas où la compétence est de principe réservée aux Etats fédérés, il est difficile de limiter l'action et l'intervention d'un échelon territorial pour peu qu'il juge son intervention nécessaire et utile. Au Canada, l'Etat fédéral, dépourvu de compétences, influe pourtant très largement sur l'organisation du système de santé.

2. Décentraliser rime avec privatiser ?

715. En ce qu'elle semble contribuer à mettre en concurrence les territoires entre eux, la décentralisation est régulièrement assimilée à un processus de libéralisation à l'échelon du local. Dans le domaine de la santé, la libéralisation est généralement associée au développement du secteur privé. Dès lors, la décentralisation, en matière de santé, est parfois considérée par certains auteurs comme l'antichambre de la privatisation. Dans les pays

¹⁶¹⁷ Pour rappel, dans le contexte de notre étude nous considérons l'échelon fédéral comme l'échelon central, et l'échelon Etat fédéré comme l'échelon régional.

européens, pour Rémi Pellet et Arnaud Skrzyerbak, « la décentralisation et la mise en concurrence ont été des processus conjoints »¹⁶¹⁸, et, dans le cas des systèmes bismarckiens, « le processus de régionalisation s'est traduit par une mise en concurrence de l'assurance maladie qui est transformée en entrepreneurs de soins »¹⁶¹⁹.

Mais la concomitance dans le temps des deux processus, libéralisation et décentralisation, n'entraîne pas mécaniquement corrélation entre eux.

A *contrario*, dans le cas des pays nordiques, organisés traditionnellement sur une base décentralisée, le développement des approches libérales s'est fait en parallèle d'une plus grande intervention du niveau central dans l'organisation du système de santé. Comme en témoignent également les évolutions qu'a connues l'Allemagne, « la libéralisation n'exclut pas une tendance concomitante à l'étatisation des systèmes de protection maladie »¹⁶²⁰. Outre-Rhin, la mise en concurrence des assurances s'est en effet accompagnée d'un renforcement du rôle de l'Etat fédéral.

En réalité, cette association entre libéralisation et décentralisation s'appuie particulièrement sur les réformes entamées à partir des années 1970 en Italie et en Espagne. Dans ces deux cas, la régionalisation de la gestion du système de santé s'est en effet réalisée dans le même temps que la diffusion, au niveau mondial, d'approches renouvelées des systèmes de santé fondées sur une lecture économique. Patrick Hassenteufel rappelle que « ce changement conceptuel [...] lié à la consolidation académique de l'économie de la santé, initiée aux États-Unis dans les années 1960 », se fonde sur une réflexion à propos des « modalités d'application des théories, des concepts, des raisonnements et du calcul économiques à la santé » et « porte en particulier sur l'usage de la notion de marché dans le domaine de la santé »¹⁶²¹. La propagation de cette pensée a été renforcée par le développement d'une « élite du *Welfare* »¹⁶²² et de la constitution d'un corps d'experts globalement acquis à ces approches. Cette grille d'analyse a alors pu se diffuser dans l'ensemble des systèmes de santé.

La mise en place concomitante de système d'organisation régionalisée tend ainsi à brouiller l'analyse différenciée de phénomènes pourtant disjoints. D'autant que dans certaines

¹⁶¹⁸ PELET Rémi, SKRZYERBAK Arnaud, « Leçons de droit social et de droit de la santé », *op.cit.*, p. 419.

¹⁶¹⁹ *ibid.*

¹⁶²⁰ HASSENTEUFEL Patrick, DELAYE Sylvie, PIERRU Frédéric, ROBELET Magali, SERRE Marina, *op.cit.*, p. 35.

¹⁶²¹ HASSENTEUFEL Patrick, « Les systèmes de santé entre conceptualisation économique et reconceptualisation politique », *Socio-logos, Revue de l'association française de sociologie*, 2014, n°9.

¹⁶²² HASSENTEUFEL Patrick, DELAYE Sylvie, PIERRU Frédéric, ROBELET Magali, SERRE Marina, *op.cit.*, p. 44.

situations la forte opposition politique entre centre et périphérie contribue à ce que régionalisation et libéralisation deviennent les alliés objectifs d'une différenciation revendicatrice. Cela a notamment pu être le cas en Espagne, où « la politisation de l'expertise est également forte, ce qui facilite l'accès des économistes de la santé au processus décisionnel »¹⁶²³ ; pour la Catalogne, traditionnellement marquée par une forte opposition à Madrid et par un régionalisme important, « la mise en concurrence est portée par les acteurs politiques régionaux, alimentés par les économistes de la santé, dans une logique de démarcation avec le centre » expliquant pourquoi « la libéralisation y apparaît tout autant comme une figure de rhétorique politique qu'une réalité effective de fonctionnement »¹⁶²⁴.

716. La régionalisation des systèmes de santé, et partant, leur décentralisation, s'inscrivent ainsi dans un mouvement de fond reposant sur la croyance en une plus grande efficacité économique de la libéralisation, et de l'importation de logiques de marché dans le secteur de la santé, mais elles n'en constituent pas des composantes. Quelles que soient les solutions adoptées par les pays en matière d'organisation du système de santé, celles-ci sont impactées par l'introduction de la concurrence [...] au cœur des débats politiques »¹⁶²⁵ et « au centre de nombreuses réformes »¹⁶²⁶. Le marché est aujourd'hui « le modèle politique dominant »¹⁶²⁷ ; et les décideurs comptent sur lui pour rétablir les balances économiques sanitaires, quel que soit le type d'organisation dans lequel ils s'inscrivent.

717. Cette idée alimente une autre croyance généralement admise concernant la décentralisation : la mise en concurrence des territoires entre eux, et la sélection par les usagers des systèmes les plus avantageux pour eux.

¹⁶²³ HASSENTEUFEL Patrick, « Les systèmes de santé entre conceptualisation économique et reconceptualisation politique », *op.cit.*

¹⁶²⁴ HASSENTEUFEL Patrick, DELAYE Sylvie, PIERRU Frédéric, ROBELET Magali, SERRE Marina, *op.cit.*, p. 43.

¹⁶²⁵ CHAMBARETAUD Sandrine, LEQUET-SLAMA Diane, « Les systèmes de santé dans les pays nordiques de l'Union européenne. Suède, un système géré librement par les comtés », *op.cit.*, p. 10.

¹⁶²⁶ *ibid.*

¹⁶²⁷ LEICHER Claude, « Médecine générale et sécurité sociale : une rupture progressive ? », *Les Tribunes de la santé*, 2016, n° 50, p. 45.

3. Le nomadisme sanitaire, une fatalité ?

718. En corollaire de l'idée selon laquelle la décentralisation entraînerait une mise en concurrence des systèmes locaux, vient celle selon laquelle une telle organisation encouragerait une sélection par les patients, aggravant les inégalités régionales. L'idée souvent mise en avant est que les assurés sociaux, ou les bénéficiaires du système, réaliseraient une comparaison entre les différents systèmes de santé pour choisir le meilleur, favorisant ainsi une sorte de nomadisme médical.

En réalité peu d'études existent sur ce point. Toutefois, l'OMS, fait état d'une enquête organisée en Espagne en 2010 par l'agence nationale chargée d'observer la qualité du système national de santé. Celle-ci s'intéressait notamment à l'impression que les répondants avaient de l'équité financière du système espagnol, envisagée au prisme des différences locales. A cette question seulement 42% des répondants déclaraient considérer que le service sanitaire proposé était équivalent d'une Province à l'autre. Mais la conscience par les usagers de disparités entre les offres sanitaires régionales n'emporte pas mécaniquement le développement par eux de stratégies d'accès aux services dispensés dans d'autres Provinces. Sur ce point, nous ne disposons pas d'études sérieuses. Néanmoins, intuitivement, nous pensons pouvoir considérer que ce type de comportement de nomadisme sanitaire doit être tout à fait marginal, eu égard au manque de connaissances des usagers des différences précises pouvant exister, ainsi qu'aux difficultés matérielles que de telles stratégies peuvent induire¹⁶²⁸ : longs déplacements, visites des proches rendues difficiles dans le cas d'hospitalisation de longue durée...

Dès lors, si le nomadisme sanitaire peut apparaître à certains égards comme une fatalité en présence d'offres régionales différenciées, dont l'accès ne serait pas conditionné à un lieu de résidence, il ne nous semble pas devoir entraîner, d'un point de vue statistique, de conséquences particulières.

¹⁶²⁸ Reste le cas des limitrophes.

B. Décentralisation et santé : quelques constats

719. L'analyse des expériences internationales permet de tirer quelques constats sur la décentralisation sanitaire.

Le premier d'entre eux, est que celle-ci ne grève pas, au contraire, l'efficacité des systèmes de santé (1). Ensuite, l'on constate que dans les pays où elle a été menée, la réflexion sur la décentralisation n'a pas véritablement permis de régler une fois pour toutes la question du bon échelon d'administration (2). Il est également possible de remarquer que dans tous les cas, la responsabilisation des échelons territoriaux inférieurs n'a pas entraîné de désengagement total de l'échelon central, toujours en charge d'une forme de coordination (3), permettant notamment de contrebalancer les mécanismes de différenciations territoriales qu'implique nécessairement la décentralisation (4).

1. L'efficacité des systèmes décentralisés

720. L'observation des résultats globaux des systèmes de santé étudiés dans la section 1 permet de dresser un constat simple : les pays ayant fait le choix d'une gestion décentralisée présentent, d'un point de vue macroscopique, des résultats sanitaires très satisfaisants, et ce quelles que soient les variations affichées.

En effet, au classement proposé par la revue *The Lancet*¹⁶²⁹, seuls l'Allemagne, le Canada et le Danemark occupent une place inférieure à la France. Concernant l'espérance de vie, mis à part le cas du Danemark dont les statistiques sont grandement affectées par les problèmes d'alcool plus marqués de sa population, les pays observés présentent tous des résultats là aussi très satisfaisants.

Et il est important de constater que ces bons résultats ne sont pas obtenus au prix d'un surinvestissement en santé. Seule l'Allemagne¹⁶³⁰ consent un effort, ramené au PIB, plus

¹⁶²⁹ Source :

The Lancet.

<http://www.thelancet.com/action/showFullTextImages?pii=S0140-6736%2817%2930818-8>

Consulté le 17/12/2017

¹⁶³⁰ Source :

OCDE.

<http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA&lang=fr>

important que la France pour ses dépenses sanitaires. Cette analyse statistique met en évidence la bonne tenue financière des systèmes décentralisés. La décentralisation, contrairement à l'impression que l'on pourrait en avoir, n'entraîne donc pas mécaniquement d'augmentation des dépenses. La responsabilisation des échelons politiques locaux n'a pas pour conséquence une montée des dépenses. Cela est d'autant plus rassurant que, comme le relevait la Drees à propos des cas espagnols et italiens, « la décentralisation a été envisagée comme l'axe majeur des réformes [...] pour rendre plus efficient leur service national de santé et tenter de mieux maîtriser les dépenses en responsabilisant les Régions »¹⁶³¹.

Au surplus, cette décentralisation, dont l'évaluation purement quantitative semble positive, ne s'est pas faite au détriment de la qualité. Si peu d'études à ce sujet existent, l'enquête Eurobaromètre de 1998, réalisée dans les pays de l'UE et interrogeant les citoyens sur leur satisfaction vis-à-vis du système de santé, apporte quelques éléments de réponse. Selon cette étude, les pays nordiques membres de l'UE présentaient les plus hauts taux de satisfaction¹⁶³².

Quoi qu'il en soit, la décentralisation sanitaire invite à une réflexion sur la recherche de la « *taille critique* » pertinente pour organiser la régulation du système.

2. Le niveau territorial pour la régulation : la recherche de la « taille critique »

721. Le deuxième constat est que la décentralisation ne permet pas de régler le débat de l'échelon géographique pertinent.

Dans le cas du Québec, les auteurs canadiens s'intéressant à ces sujets posent bien évidemment la question : « La région pourra-t-elle, mieux que les échelons provincial ou local, être le lieu de concertation des différentes interventions étatiques, le point de jonction entre ces dernières et la population ? »¹⁶³³.

Consulté le 17/12/2017

¹⁶³¹ COHU Sylvie, LEQUET-SLAMA Diane, « Les systèmes de santé du sud de l'Europe : des réformes axées sur la décentralisation », *op.cit.*, p. 1.

¹⁶³² 67,3% des suédois, 86,4% des finlandais, et 90% des danois interrogés déclaraient être très satisfaits, ou assez satisfaits par leur système de santé.

Source :

UE, « Citizen and health systems : main results from a Eurobarometer survey », European Commission, Employment and social affairs, 1998, 27p., p.8

¹⁶³³ TURGEON Jean, « Bientôt vingt ans de régionalisation : qu'ont donc eu à faire les C.R.S.S.S.? », Service social, 1989, n°2-3, p. 242.

En ce qui concerne la Finlande, c'est la taille trop réduite des municipalités qui est régulièrement mise en cause. De ce fait, les hôpitaux dépendent parfois de nombreuses municipalités différentes, ce qui complique leur gestion face aux contradictions pouvant apparaître dans les orientations des exécutifs, et aux difficultés de trouver un consensus satisfaisant toutes les parties impliquées.

En Suède, la question de la gestion par les Comtés a souvent été discutée : « échelon géographique trop petit pour gérer le secteur hospitalier, le comté serait, en revanche, pour beaucoup d'experts, une entité trop large pour diriger et coordonner les soins primaires »¹⁶³⁴. Une réflexion identique sera menée au Danemark, qui connaîtra d'ailleurs une double évolution, conduisant à recentraliser une partie des compétences acquises aux Comtés, et à confier aux Communes une autre partie d'entre elles.

En somme, la question de la taille critique, du « niveau optimal de décentralisation »¹⁶³⁵, est au cœur de l'intégralité des débats nationaux. Derrière ce débat, s'il y a bien entendu la problématique des moyens à disposition des échelons locaux pour mettre en œuvre efficacement les missions qui leur sont confiées, c'est l'application même du principe de subsidiarité qui se trouve questionnée. Son respect nécessite un réajustement permanent, ou, tout au moins, une évaluation périodique afin de déterminer si l'échelon territorial retenu pour organiser tel ou tel pan du système de santé est toujours l'échelon pertinent.

Il apparaît également que le bon fonctionnement du système doit souffrir une forme de coopération entre les différents échelons, qui peuvent chacun constituer le niveau pertinent pour organiser un pan du système. Et l'Etat, à tout le moins, doit assurer dans ce contexte une fonction de coordination.

3. Une nécessaire coordination

722. La décentralisation de l'organisation du système de santé n'a, dans aucun des pays étudiés, été accompagnée d'un désengagement total de l'échelon central.

Au contraire, dans les cas où celui-ci était à l'origine le plus effacé, comme dans les pays scandinaves ou l'Allemagne, l'Etat a fait peu à peu son retour dans l'organisation du système.

¹⁶³⁴ CHAMBARETAUD Sandrine, LEQUET-SLAMA Diane, « Les systèmes de santé dans les pays nordiques de l'Union européenne. Suède, un système géré librement par les comtés », *Adsp*, n°46, 2004, p. 12.

¹⁶³⁵ *ibid.*

Dans le cas du Canada, celui-ci a joué malgré tout, sans pouvoir ni responsabilités particulières dans le domaine, un important rôle d'impulsion. Il semble également « que le rôle de l'État central dans les systèmes décentralisés de santé d'Europe du Sud s'avère aujourd'hui fondamental »¹⁶³⁶.

723. Dans l'ensemble des cas, l'Etat occupe aujourd'hui un rôle de coordination, d'évaluation, d'accompagnement des politiques locales. Il joue un rôle de pilote, permettant d'assurer le maintien de la cohérence d'ensemble et de garantir la continuité de celui-ci pour les usagers, confrontés au développement en parallèle d'organisations locales différenciées. L'échelon central fixe ainsi les principes directeurs, via la production de normes, que celles-ci soient contraignantes ou non. Car outre l'édiction de normes juridiques, l'échelon central produit dans la grande majorité des cas des outils de planification au caractère plus ou moins obligatoire. Il fournit également aux échelons locaux les outils permettant une bonne administration, ainsi qu'une efficace évaluation des solutions développées. Dans la plupart des cas, certaines fonctions de santé appartenant à la sphère régaliennne, comme les procédures d'autorisation de médicaments, relèvent également de la responsabilité de l'Etat central.

Là encore, cette articulation entre local et central doit être comprise et analysée au prisme du principe de subsidiarité.

Cette coordination est d'autant plus importante que la décentralisation implique une forme d'hétérogénéité.

4. Une décentralisation ou des décentralisations ?

724. Le rapide tour d'horizon esquissé en section 1 a permis de constater les réalités diverses que pouvait recouvrir la décentralisation des systèmes de santé. En réalité, il existe des décentralisations de systèmes de santé apparaissant tous comme *sui generis*.

Comme toujours, la pureté rectiligne des concepts théoriques se heurte aux détours qu'emprunte le réel, à tel point qu'il n'apparaît pas possible de déterminer un modèle de

¹⁶³⁶ COHU Sylvie, LEQUET-SLAMA Diane, « Les systèmes de santé du sud de l'Europe : des réformes axées sur la décentralisation », *op.cit.*, p. 8.

décentralisation type, et ce même dans le cas de pays aux organisations constitutionnelles similaires. Dans les Etats unitaires observés, les responsabilités varient entre les échelons territoriaux. Concernant l'Espagne et l'Italie, Etats régionaux, le découplage entre responsabilité politique et financière est une distinction essentielle. Pour les Etats fédéraux observés, les différences d'option entre les systèmes choisis, assurantiel pour l'Allemagne et national pour le Canada, rendent les comparaisons délicates.

Même si des points communs peuvent se dégager, le premier constat est bien celui de l'hétérogénéité des solutions adoptées.

Celle-ci s'observe entre les Etats, mais également au sein des Etats eux-mêmes. Car, c'est une évidence que de le rappeler, « la différence entre les pays centralisés et décentralisés est que dans ces derniers, la mise en œuvre des réformes a été variable sur le territoire »¹⁶³⁷. De ce fait, la décentralisation entraîne nécessairement « une certaine hétérogénéité des modèles de régulation mis en œuvre au sein du pays »¹⁶³⁸. Il n'existe ainsi pas un seul système de santé uniforme sur le territoire national, mais plusieurs, formant un système polymorphe.

725. Cette hétérogénéité, comme d'autres caractéristiques des systèmes décentralisés, est porteuse d'opportunités comme de risques. Ce sont maintenant ces deux aspects que nous allons observer.

§2. La décentralisation sanitaire : risques et opportunités

726. Comme tous les modèles organisationnels, la décentralisation véhicule des spécificités pouvant entraîner des effets positifs comme négatifs.

En somme, les expériences évoquées en témoignent : la décentralisation présente des risques (A) comme des opportunités (B) pour le système de santé.

¹⁶³⁷ POLTON Dominique, *op.cit.*, p. 6.

¹⁶³⁸ *ibid.*

A. Les risques d'un pilotage centrifuge

727. La décentralisation peut être vectrice de difficultés aussi bien entre territoires qu'entre le centre et les territoires.

La différenciation territoriale qu'elle engendre fait peser un risque pour les systèmes locaux, en limitant les possibilités de discussion et de transmission d'informations de l'un à l'autre (1). En créant une situation où plusieurs acteurs peuvent intervenir, il peut se développer un risque d'opposition entre le niveau central et les territoires, pouvant entraîner blocages ou perte d'efficacité du système (2). Le risque de perte d'efficacité est d'autant plus marqué lorsque s'observe un découplage entre la responsabilité politique du système et la responsabilité financière. Pour autant le risque majeur reste celui de la rupture d'égalité, ou, à tout le moins, d'équité, des usagers vis-à-vis de l'offre sanitaire locale (3).

1. La connexion entre les systèmes locaux

728. Nous l'avons vu, la décentralisation est porteuse, dans son projet même, d'une hétérogénéisation du système de santé, conséquence du développement d'une différenciation locale. Dès lors, un risque existe de déconnexion entre les systèmes locaux. L'OMS¹⁶³⁹ relève ainsi que la décentralisation en Espagne a engendré de grandes complications dans la transmission d'informations, et une connexion très limitée entre les régions du fait du développement d'une grande variété de systèmes d'informations complexes mais pas forcément compatibles entre eux. Cela a eu pour conséquence de rendre inefficaces les efforts financiers importants consentis par l'échelon central pour évaluer les performances du système national.

Difficulté technique impactant les capacités d'analyse et d'évaluation du système, en affectant la possibilité de réaliser des comparaisons pertinentes, la carence de compatibilité entre les

¹⁶³⁹ « Other problematic aspects of decentralization include an information deficit and very limited connectivity across the country and between regions – regional health systems have developed an enormous variety of sophisticated information systems but they are not necessarily compatible with each other Therefore, despite millions of euros of financial investment, no assessment of the entire SNS performance is currently feasible – whatever the level of disaggregation ». OMS, *op.cit.*, pp. 58-59.

systèmes pourrait avoir des conséquences directes sur les usagers. Des défaillances dans la transmissibilité des droits d'une région à l'autre, ou encore des dossiers médicaux et informations personnelles des usagers, pourraient constituer un réel risque.

Il conviendra dès lors, d'y veiller, et c'est là que le rôle de l'échelon central, ou à tout le moins, d'une coordination nationale ou inter-régionale apparaît inévitable. Chacun des systèmes locaux devrait prévoir sa compatibilité avec les autres systèmes afin de pouvoir assurer ce suivi et garantir la continuité des soins proposés aux usagers naviguant d'un système à l'autre. C'est ce genre d'efforts qu'a réalisés la Suède à partir des années 2010. Les objectifs poursuivis consistaient en une amélioration des possibilités de comparaisons internes sur les performances des Comtés, afin de garantir une plus grande transparence à l'égard du public.

729. La définition d'un cadre commun pourra passer par une coordination non contraignante ou, plus généralement, par des incitations provenant de l'échelon central. Dès lors, des oppositions entre le centre et les périphéries pourront se faire jour, et constituer un risque supplémentaire de déstabilisation du système national.

2. L'opposition entre le centre et les territoires

730. Comme abordé dans le premier paragraphe de cette section, aucun des processus de décentralisation évoqués n'a pu se faire sans le maintien d'une coordination nationale.

Cette situation crée, de fait, un contexte où plusieurs acteurs politiques interviennent dans le champ de la santé ; un désaccord entre eux pourra potentiellement entraîner des situations de blocage, ou au moins de non efficacité du système. La coloration politique différente des échelons pourrait avoir pour effet de limiter les possibilités d'entente et d'accord sur l'administration du système.

Plus largement, les rapports politiques entre les échelons central et local peuvent avoir un impact incident sur l'organisation du système de santé. Dans le cas de l'Espagne, les processus de transfert de compétences aux Provinces ont résulté de diverses et successives

situations de conflits entre eux, alimentées par des oppositions historiques¹⁶⁴⁰. Dès lors ces transferts relevaient plus de tractations politiques dont les conséquences n'ont pas toujours été bien identifiées en amont. Dans le champ de la santé, cela a conduit à devoir opérer de nombreux réajustements successifs afin de déterminer et réajuster les compétences respectives de chacun des échelons¹⁶⁴¹.

Le partage de compétences entre les deux échelons peut parfois être également source de difficultés, ou en tout cas de brouillage institutionnel. Dans le cas de la Norvège, les hôpitaux relevaient historiquement de la gestion des Comtés. Or, il a pu arriver qu'en cas de déficit budgétaire, les hôpitaux furent amenés à se tourner vers les Comtés afin de compenser leurs déficits. Ces derniers, n'ayant pas toujours la capacité financière, ou la volonté politique, de venir aux secours des hôpitaux, pouvaient parfois se tourner vers l'Etat afin de régler la situation. S'il ne s'agit pas ici à proprement parler d'opposition, cet exemple met en évidence le risque de reports successifs des responsabilités de l'échelon local vers le central¹⁶⁴². Il illustre également un autre risque connexe, entraîné par le découplage entre responsabilité de la gestion, et responsabilité du financement.

3. Le découplage entre la gestion des dépenses et la responsabilité du financement

731. L'exemple Norvégien met en évidence les difficultés pouvant résulter d'une responsabilité commune des échelons, ou, à tout le moins, d'une défaillance de l'un des échelons. Cette situation sera potentiellement encore plus problématique dans le cas où les responsabilités politiques et financières n'incombent pas à la même entité.

¹⁶⁴⁰ Ce constat n'est d'ailleurs pas exclusif au champ de la santé.

¹⁶⁴¹ *A ce sujet voir* OMS, *op.cit.*, p. 48.

« In short, there are multiple signs that the Spanish devolution process lacked careful planning and was rather a sequence of unsolved clashes between the centre and the periphery (regions) on claims of historical rights, conflicting financing figures and political gambling. By design, as indicated, the Ministry of Health, Social Services and Equality held responsibility for setting what is known as the bases and the general coordination of the health system as well as the competences of foreign relationships (with e.g. EU, WHO, OECD) in health and pharmaceutical legislation (public reimbursement and price setting of drugs). In turn, regions had competences on health policy formulation and implementation as well as planning and management of personal and population health services. However, in practice it was more difficult than anticipated to determine the scope of the respective competences and frequent clarifications (including Constitutional Court consultations) have been required since 1983 ».

¹⁶⁴² L'OMS parle de « *blame game chain* ».

OMS, *op.cit.*, p. 47.

Ainsi, pour Dominique Polton, le découplage entre responsabilité politique et responsabilité financière est mécaniquement source de risques pour le système. S'appuyant sur les exemples espagnols et italiens, il précise que dans les deux cas, les vingt premières années suivant la décentralisation de la compétence santé, à l'orée des années 1980, ont été « autant d'années de conflit entre le niveau national et les Régions - lié notamment à la séparation entre la responsabilité financière, centralisée, et la responsabilité de gestion des élus régionaux ¹⁶⁴³ ». L'auteur ajoute à ce propos que « vouloir s'appuyer sur la légitimité des élus territoriaux pour piloter le système tout en maintenant une responsabilité de financement centralisée apparaît intrinsèquement problématique »¹⁶⁴⁴. En effet, ce découplage entraîne une dichotomie entre les objectifs de chacune des entités qui apparaissent opposés ; dans cette situation le « gouvernement national est [...] seul responsable de l'équilibre des comptes publics, alors que les gouvernements régionaux sont jugés par la population uniquement sur la qualité de fonctionnement des services de santé »¹⁶⁴⁵.

Si l'Espagne a maintenu ce modèle fondé sur un découplage, l'Italie a rapidement fait évoluer son modèle afin de rendre les Régions responsables des dépenses de santé, et surtout, des recettes associées. Pour autant l'autonomie fiscale accordée aux Régions n'a pas tout résolu. La fixation par l'Etat d'un panier de soins de base défini par lui, a conduit à ce que les Régions rejettent sur l'Etat la responsabilité des déficits, du fait du sous-financement des prestations associées. Afin de pallier cette difficulté, l'Italie a mis en œuvre dans le champ de la santé les principes du fédéralisme fiscal, visant à substituer au budget national partitionné entre les Régions, des budgets Régionaux définis et financés par elles. Cette solution, si elle a contribué à apaiser les relations entre l'échelon central et régional, a toutefois augmenté le risque de voir apparaître et se développer des disparités régionales.

732. Car le risque de rupture d'égalité, et, par conséquent, l'affaiblissement de l'équité d'accès aux soins et aux prestations de santé, est l'un des risques principaux pesant sur les systèmes décentralisés.

¹⁶⁴³ POLTON Dominique, *op.cit.*, p. 6.

¹⁶⁴⁴ *id.* p. 7 ;

¹⁶⁴⁵ *id.* p. 4.

4. La nécessaire et périlleuse péréquation

733. Pour Emmanuel Vigneron, « le traitement des inégalités territoriales de santé relève davantage de l'organisation du système de santé »¹⁶⁴⁶. Or, la décentralisation est généralement présentée comme un risque majeur pour l'égalité d'accès aux soins au sein des pays ayant fait ce choix. En effet, intuitivement, on mesure bien le risque que peut faire peser une totale décentralisation des questions de santé, si celle-ci est associée à une responsabilisation financière totale. Les Régions, ou échelons locaux les plus riches, auront plus de marges de manœuvre pour organiser un système efficace, alors que les territoires les plus pauvres verront eux leurs capacités d'intervention et de prise en charge diminuer. Au-delà des capacités financières de chaque territoire, une mauvaise gestion locale pourra également avoir des conséquences considérables qu'il sera difficile de résorber sans solidarité entre les acteurs. Dans les deux cas ce seront les usagers du système de santé qui subiront les échecs des responsables.

A titre d'exemple, en Italie, les importantes disparités économiques entre le Nord et le Sud ont un impact très net sur le niveau de dépenses par habitant, bien plus bas pour les Régions du Sud¹⁶⁴⁷.

En tout état de cause, la décentralisation en Espagne n'a eu aucun effet positif de convergence sur les statistiques régionales de santé¹⁶⁴⁸, ce qui peut, à première vue, sembler logique. Pour autant, la plupart des systèmes de santé se sont fixés comme objectifs d'avancer dans le sens d'une plus grande égalité d'accès. D'ailleurs, le système national de santé régionalisé mis en place en Italie, s'il n'a pas gommé totalement les disparités régionales, a tout de même contribué à les réduire.

La protection de l'égalité d'accès aux soins est quoi qu'il en soit l'une des raisons principales justifiant une intervention de l'échelon central en la matière. Elle va de pair avec le coût de la

¹⁶⁴⁶ VIGNERON Emmanuel, « Inégalités de santé, inégalités de soins dans les territoires français », *Les Tribunes de la santé*, 2013, n° 38, p. 51.

¹⁶⁴⁷ Voir à ce titre l'article de Dominique Rivière, « L'Italie et la question des disparités régionales », publié sur le site de la Documentation française.

« En termes de PIB par habitant, le rapport est de 1 à 2 entre la Campanie et la Lombardie et le chômage trois fois plus élevé dans le Sud – où un quart de la population vit en-dessous du seuil de pauvreté – que dans le Centre-Nord ».

Source :

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/pages-europe/d000553-l-italie-et-la-question-des-disparites-regionales-par-dominique-riviere>

Consulté le 17/06/2018

¹⁶⁴⁸ Voir à ce sujet : OMS, *op.cit.*, p. 56.

santé pour les populations ; car « en termes d'équité du financement, la décentralisation se solde inévitablement par des variations territoriales »¹⁶⁴⁹.

En Allemagne, c'est au moment de la réunification et de l'absorption des *Länder* d'Allemagne de l'Est, plus pauvres, que le gouvernement fédéral a renforcé son intervention, et ce dans le but de garantir aux habitants de ces régions un service de santé proposant des tarifs acceptables. Outre le développement de la concurrence entre assureurs, cela s'est traduit par d'importants transferts financiers Ouest-Est, organisés par l'échelon fédéral, afin d'équilibrer les dépenses de santé et de compenser le manque de recettes des *Länder* issus de l'ex bloc soviétique. L'Allemagne ira encore plus loin en 2009 en créant un fonds de santé ayant pour fonction de centraliser et de répartir les recettes en fonction des assurés. En somme, il s'agit là d'organiser une forme de péréquation et de limiter l'impact des mécanismes de sélection des risques pouvant subvenir dans les systèmes assurantiels, conduisant à exclure certaines personnes de couverture, ou, à tout le moins empêcher le développement de tarifs prohibitifs.

Et, en réalité, « des mécanismes de péréquation des risques ont été instaurés dans tous les pays qui ont fait le choix (...) de la décentralisation »¹⁶⁵⁰. Ces fonds, pouvant répondre à des modalités différentes, ont pour but de pallier les difficultés économiques régionales ou individuelles.

La création de ces fonds permet ainsi d'amortir les risques de disparités d'un territoire à l'autre. Cela a notamment été le cas en Espagne, même si cette péréquation a connu de nombreuses évolutions dans le sens d'un renfort successif des processus de redistribution. Différents fonds ont ainsi successivement vu le jour afin de tenter de lisser au maximum les disparités entre Provinces. En Italie, le fédéralisme fiscal appliqué au champ sanitaire s'est également accompagné de la création d'un fonds¹⁶⁵¹ faisant « fonction de redistribution entre Régions riches et pauvres »¹⁶⁵².

Mais cette péréquation ne se fait pas forcément sans heurts. L'Espagne a ainsi connu la difficulté de trouver un consensus sur des règles de péréquation financière entre les

¹⁶⁴⁹ POLTON Dominique, *op.cit.*, p. 7.

¹⁶⁵⁰ PELLET Rémi, « La place du secteur privé dans les systèmes de santé », *Les Tribunes de la santé*, 2016, n° 51, p. 55.

¹⁶⁵¹ Sept Régions contribuent au fonds de solidarité alimentant les autres Régions. Pour certaines Régions, ces transferts peuvent représenter jusqu'à 40 % du budget de la santé.

¹⁶⁵² POLTON Dominique, *op.cit.*, p. 7.

communautés autonomes »¹⁶⁵³. Et pour cause, ces mécanismes impliquent des transferts de charges inter-régionales qui doivent pouvoir être acceptés par les parties prenantes. Il est ainsi important que la détermination du volume de ces transferts puisse s'appuyer sur des règles objectives : évaluation des besoins précis de chaque territoire, comblement du retard en termes sanitaire...

Ainsi la péréquation apparaît comme le moyen de prendre en compte le risque que fait peser la décentralisation sur l'égalité et l'équité d'accès aux soins et prestations de santé. De ce fait, si elle a d'abord pour but de répondre à un risque, elle peut également être envisagée comme une opportunité d'évaluer et de mieux prendre en compte les disparités territoriales et les réels besoins locaux en matière de santé. Comme le formule Dominique Polton, « la décentralisation met en débat les inégalités territoriales de financement et oblige à des péréquations explicites, avec une discussion sur les critères d'équité », et ce, peut-être mieux que les systèmes centralisés, qui, s'ils développent, eux aussi, des mécanismes de péréquation, « sont plus opaques et sans critères d'équité »¹⁶⁵⁴.

734. Pour autant, si la péréquation apparaît paradoxalement comme un bienfait de la décentralisation, il ne s'agit pas là du seul bienfait potentiel des organisations fondées sur ce principe.

B. Une opportunité : s'appuyer sur des outils nouveaux pour renforcer la démocratisation du système

735. Si elle comporte des risques, la décentralisation présente également des opportunités non négligeables.

Elle permet d'œuvrer à la démocratisation et à la *repolitisation* de la santé (1), tout en ouvrant la voie à des moyens nouveaux d'optimisation du système. Elle démultiplie les possibilités d'expérimentations (3), tout en imposant une discussion entre les échelons et acteurs, encourageant ainsi la diffusion d'approches négociées, permettant, *in fine*, une meilleure compréhension et acceptation des décisions (2)

¹⁶⁵³ *ibid.*

¹⁶⁵⁴ *ibid.*

1. La décentralisation : un moyen de renforcer la démocratisation de la gestion système

736. Pour Jean Turgeon, spécialiste du système de santé québécois, il ne fait pas de doute que « la déconcentration, tout comme son proche parent la centralisation, n'est jamais très populaire auprès des citoyens »¹⁶⁵⁵. En éloignant le politique du citoyen, la centralisation éloigne mécaniquement le citoyen de la décision. Dès lors, si décentraliser nécessite de faire confiance au local, cela implique également d'accorder une confiance aux électeurs locaux, qui se voient ainsi renforcés dans leur maîtrise de l'action publique. Et si, comme nous l'avons vu précédemment, la santé doit faire l'objet d'une approche négociée entre les acteurs, la décentralisation permet de faciliter le repositionnement du citoyen au cœur des décisions. La décentralisation, en santé, contribue ainsi à repositionner le sujet comme un enjeu politique dont doivent s'emparer les citoyens. Ainsi, au Québec, la santé, comme le note Alain Desjourdy, « constitue une des principales préoccupations des Québécois »¹⁶⁵⁶ ; l'auteur précisant que « lors de la campagne électorale provinciale de décembre 2008, en pleine crise financière, l'accès aux soins de santé demeurerait l'enjeu le plus important même devant l'économie »¹⁶⁵⁷.

737. Pour Dominique Polton, il n'est pourtant pas aisé de « savoir si la décentralisation, en rapprochant la décision des citoyens, permet [...] à ceux-ci d'exprimer plus directement leurs préférences, en particulier en termes de disposition à payer pour les services de santé, et plus globalement » si elle « favorise [...] l'exercice de la démocratie »¹⁶⁵⁸.

Cet argument n'a d'ailleurs pas toujours été mis en avant par les promoteurs de la décentralisation sanitaire. Mais on ne peut nier que dans le cas de l'Italie et de l'Espagne par exemple, la régionalisation globalement mise en œuvre répondait à des objectifs démocratiques, et avait pour but de permettre aux territoires de prendre en main leurs destinées dans un cadre politique autonome. Par ricochet, sans qu'il ne soit nécessaire de le formuler, la décentralisation observée dans nos travaux, même si elle concerne particulièrement la santé, est porteuse des idées véhiculées par la décentralisation. Et de fait,

¹⁶⁵⁵ DESJOURDY Alain, « Les réformes de la santé en Suède : quelles leçons pour le Québec », Cahiers de recherche en politique appliquée, Vol. II, n° 3, 2009, p. 17.

¹⁶⁵⁶ *ibid.*

¹⁶⁵⁷ *ibid.*

¹⁶⁵⁸ POLTON Dominique, *op.cit.*, p. 7.

en Espagne au moins, la décentralisation avait pour but de rapprocher les services des citoyens, et les citoyens des décisions présidant à leur installation¹⁶⁵⁹.

738. Et, *a contrario*, la recentralisation opérée dans certains pays notamment, en Norvège et au Danemark, s'est soldée par une perte d'autonomie pour les territoires, mal perçue par les citoyens.

739. Ainsi s'il est difficile d'évaluer concrètement l'impact positif de la décentralisation sur la démocratisation du système de santé, celle-ci semble toutefois apporter plus de gages en la matière que la centralisation.

740. Elle permet, de plus, de faciliter le recours à des outils pertinents en termes d'efficacité, comme c'est le cas de l'expérimentation.

2. L'expérimentation : un outil au service de la démocratisation et de l'optimisation du système

741. Si côté pile la décentralisation est consubstantielle d'un risque de rupture d'égalité, elle représente, côté face, une chance de différenciation locale porteuse d'autant de possibilités d'expérimentations.

La Suède a pu s'appuyer sur les expérimentations menées dans les Comtés pour faire évoluer et améliorer son système de santé. Dans le cas de la Finlande, la décentralisation mise en œuvre a permis d'expérimenter des modes d'exercice différents en fonction des territoires.

Ces derniers deviennent dès lors autant de laboratoires permettant d'envisager, dans un second temps, d'alimenter et de diffuser des bonnes pratiques, tout en enrichissant la réflexion nationale. Le législateur bénéficie dès lors de retours d'expériences lui permettant de mieux envisager l'impact potentiel d'évolutions juridiques discutées sur le fondement de retours pratiques. La différenciation locale permet ainsi de comparer sur une meilleure base ; la comparaison internationale étant un art délicat, il apparaît en effet plus simple et pertinent de

¹⁶⁵⁹ A ce sujet voir OMS, *op.cit.*, p. 56.

pouvoir s'appuyer sur des expérimentations menées dans un cadre juridique et politique similaire. La logique fondant cette approche pourrait se résumer dans les propos d'Antoine Deblond, à propos de l'expérimentation de répartitions différenciées des compétences dans les territoires d'outre-mer : « après observation, les résultats de l'expérimentation seraient modélisés, c'est-à-dire déconnectés de toute spécificité locale pour créer un modèle d'évolution administrative susceptible d'être appliqué à toute collectivité territoriale. Ce qui, après sélection, conduit à la troisième étape, la généralisation du dispositif à toutes les collectivités au niveau national »¹⁶⁶⁰.

742. Ainsi, en Espagne, « les Communautés autonomes ont joué un rôle essentiel dans l'introduction de politiques et de programmes innovateurs en matière de santé »¹⁶⁶¹. D'une Province à l'autre, les choix faits ont été fort différents, témoignant d'une implication et d'une réflexion très riche de certaines d'entre elles. La Catalogne « perçue comme une référence en matière de gestion sanitaire »¹⁶⁶² a joué « un rôle précurseur avec la mise en place, à titre expérimental, de coopératives de soins de santé, gérées dans la moitié des cas par des médecins dans certaines zones urbaines »¹⁶⁶³. La Communauté a créé un Institut de santé chargé de planifier, d'évaluer et de financer le système régional. Elle a de plus contribué à développer des formes originales de structures hospitalières sur la base de consortiums ou d'*hospitaux fondations* administrés par des structures associant représentants des Provinces, des Municipalités et d'organismes privés à but non lucratif.

743. Ces expérimentations locales portaient également sur le niveau de privatisation de la gestion ou encore sur son organisation même. La Communauté de Valence a par exemple mis en place une structure spécifique, sous la forme d'une agence, pour gérer l'intégralité des questions de santé. Certaines Communautés, comme l'Andalousie ou la Communauté de Valence, sont intervenues sur le marché du médicament, en imposant des prix maximums.

¹⁶⁶⁰ DEBLOND Antoine, « Outre-mer : laboratoire des réformes régionales dans l'Hexagone », in WAKOTE Reine (ss. la dir. de), « Les nouvelles compétences régionales », préface de Michel Fromont, L'Harmattan, 2017, p. 105.

¹⁶⁶¹ COHU Sylvie, LEQUET-SLAMA Diane, « Les systèmes de santé du sud de l'Europe : des réformes axées sur la décentralisation », *op.cit.*, p. 5.

¹⁶⁶² *ibid.*

¹⁶⁶³ *ibid.*

L'amélioration de la qualité a pu également être une préoccupation particulière et nombre de Provinces ont développé des plans spécifiques sur ces questions.

744. En somme, la décentralisation permet de libérer les énergies créatrices des territoires. Mais cette médaille a elle aussi un revers : il est dans un second temps plus difficile de faire émerger entre les territoires des solutions pertinentes pour tous. En Norvège la réforme hospitalière entamée au début des années 2000 a dans un premier temps échoué, du fait de la défiance face à celle-ci, soupçonnée de favoriser certains modèles locaux au détriment d'autres, et de la difficulté de trouver un accord sur les nouvelles modalités de financement et de redistribution proposées¹⁶⁶⁴.

745. Ces éléments mettent en évidence l'une des autres caractéristiques des systèmes décentralisés : l'importance de développer une approche négociée entre les partenaires. Et, en toute cohérence, cette approche doit être considérée, dans un contexte valorisant et mettant de plus en plus en avant les approches contractuelles, comme une opportunité.

3. Le développement d'une approche négociée des questions sanitaires comme processus de démocratisation

746. Il est possible de noter que, de manière assez logique, la plupart des pays observés présentent une reconnaissance assez développée des capacités des niveaux infra-nationaux à prendre en main les affaires qui les concernent. Paradoxalement, c'est même dans le cas des Etats unitaires observés, c'est à dire des pays scandinaves, que cette reconnaissance semble être la plus développée. En effet, le développement de l'autonomie dans les Etats régionaux observés, en particulier en ce qui concerne) l'Espagne, s'est réalisé dans un contexte d'opposition avec l'échelon central assez important. Or, cela n'est pas le cas dans les pays scandinaves, dont la culture en matière de décentralisation et d'autonomie locale est assez développée.

¹⁶⁶⁴ A ce propos, voir OMS, *op.cit.*, p. 49.

747. Conséquemment, la présence au sein du pays d'entités infra-étatiques disposant de pouvoirs importants, implique de devoir envisager d'une manière différente la gestion des affaires publiques, celles-ci nécessitant généralement que soit mené un travail en commun entre les différents niveaux territoriaux. L'implication de différents échelons ou de différents organismes dans l'administration du système nécessite dès lors de mettre en œuvre des mécanismes de négociation et de concertation efficaces.

748. Cette approche des relations entre institutions publiques et acteurs politiques alimente une culture du compromis et de la négociation et, *in fine*, permet une plus grande compréhension des décisions, facilitant ainsi leur mise en œuvre. Elle oblige les acteurs à s'astreindre à une forme de pédagogie prompte à une gestion peut-être plus apaisée du système. Cette approche est par ailleurs plus en phase avec les nouvelles méthodes de gestion des affaires publiques, issues du *new Public Management*, et mettant en avant l'accord contractuel, censé encourager un rapport renouvelé, négocié, de la décision publique.

Par exemple, en Allemagne, « la décentralisation à l'œuvre dans le secteur de la santé ne passe pas tant par les pouvoirs des gouvernements des Länder que par un principe de négociation locale entre les acteurs »¹⁶⁶⁵. A ce propos, dans un article comparant les modes de gouvernance de l'assurance maladie en France et en Allemagne, Patrick Hassenteufel note que « la centralité plus grande de l'Etat en France n'est pas synonyme de plus grande capacité de mise en œuvre des réformes dans la mesure où la responsabilité politique de celles-ci est concentrée sur le pouvoir exécutif »¹⁶⁶⁶ et, qu'en Allemagne, « le caractère plus négocié des réformes et l'association plus forte à celles-ci d'acteurs clefs de la mise en œuvre facilitent leur adoption et leur effectivité, dans le domaine de la maîtrise des dépenses de santé tout particulièrement »¹⁶⁶⁷.

749. En misant sur la vertu d'une approche négociée de la décision publique, les systèmes décentralisés font ainsi le pari d'une meilleure responsabilisation des acteurs locaux, en les associant réellement à la gestion du système de santé.

¹⁶⁶⁵ POLTON Dominique, *op.cit.*, p. 5.

¹⁶⁶⁶ HASSENTEUFEL Patrick, « Les transformations du mode de gouvernement de l'assurance maladie : une comparaison France/Allemagne », *op.cit.*, p. 29.

¹⁶⁶⁷ *ibid.*

Cela va d'ailleurs de pair avec une autre vertu essentielle de ce type d'organisation : la démocratisation de la gestion du système de santé.

CONCLUSION DU CHAPITRE 1

750. L'observation et l'analyse des différentes manières dont la décentralisation a été mise en œuvre en matière de santé nous permettent de constater que celle-ci est une manière efficace d'administrer ce secteur. Les pays observés, principalement organisés autour d'une approche beveridgienne, présentent des systèmes de santé efficaces, dont le coût reste maîtrisé. De plus, dans la plupart des cas, les indicateurs apparaissent meilleurs que ceux observés en France. La décentralisation n'est donc pas une voie sans issue pour les systèmes de santé. Elle présente des atouts, nous venons de le voir. Mais elle présente également des risques qu'il faut pouvoir évaluer, afin de les prévenir.

Ainsi, ce tour d'horizon international devrait nous permettre de mesurer plus finement, afin de les contourner, les difficultés qu'entraîneraient, en France, un transfert de tout ou partie des compétences en matière de santé vers les collectivités territoriales, ainsi que de mieux anticiper les atouts offerts par une telle organisation, afin de les mettre en valeur.

Chapitre 2. Pour une décentralisation incrémentale de la régulation sanitaire régionale

751. Les développements précédents ont permis d'identifier les limites de la régionalisation actuellement menée en matière de santé. Ils ont également permis de constater l'absence de véritable obstacle juridique à une poursuite de cette régionalisation dans la direction que les mécanismes du droit institutionnel, sous-tendant la décentralisation, semblent indiquer. Il s'agira dès lors, dans ce dernier chapitre, d'envisager, à la lumière, notamment des expériences étrangères discutées au chapitre précédent, ce que pourrait être une administration régionale de la santé associant plus avant les collectivités territoriales, et, plus particulièrement, la Région.

Pour autant, une telle décentralisation de la santé ne devra pas se faire brutalement. La maturation locale devra être accompagnée, soutenue, dans la même logique évolutive de croissance, qui est celle de la décentralisation envisagée de manière globale. Dès lors, l'évolution vers une décentralisation sanitaire devra être menée de manière incrémentale, par étapes successives, permettant de mesurer et d'évaluer les effets de cette transition, tout en autorisant un accompagnement des acteurs locaux. C'est en tout cas sous cet angle que seront présentées les propositions modestement soumises ici.

L'approche ainsi présentée reprendra les conceptions théoriques développées par Charles Eisenmann, et précédemment exposées. Nous proposerons ainsi, dans un premier temps un aménagement de la régionalisation de la santé dans une perspective semi-décentralisée (Section 1), afin de réfléchir à une décentralisation de la régulation sanitaire régionale (Section 2).

Section 1. Etape 1 : Une régulation régionale semi-décentralisée

752. Comme le relève Cécile Castaing, « l'article L. 1431-1 du CSP, tel qu'issu du projet de loi HPST, disposait [...] que, dans chaque région, l'agence régionale de santé a pour mission de « définir et de mettre en œuvre la politique régionale de santé, dans le cadre de la politique de santé publique définie à l'article L. 1411-1 du présent code »¹⁶⁶⁸. L'auteur déplore ensuite son exclusion du texte final en notant que la référence à la politique régionale de santé « n'apparaît qu'à propos des comptes rendus que doit faire le directeur de l'ARS au conseil de surveillance, [...] et à la conférence régionale de la santé et de l'autonomie »¹⁶⁶⁹. Cécile Castaing met ainsi en évidence le paradoxe amenant à considérer que « la raison d'être » des nouvelles ARS est d'assurer une gestion de la santé transversale par un acteur unique au plan régional, tout en leur refusant la compétence de définir une « politique régionale de santé »¹⁶⁷⁰ alors même que « la politique de santé ne peut être déclinée de manière uniforme par le pouvoir central »¹⁶⁷¹.

Dès lors, il sera question ici des moyens permettant dans un premier temps de développer une réelle politique régionale de santé, dans un cadre semi-décentralisé, au sens où l'entend Charles Eisenmann. Cela passe par une rénovation du pilotage des agences (§1), ainsi qu'à l'octroi, aux acteurs territoriaux, des moyens d'adapter la politique sanitaire aux enjeux locaux (§2)

¹⁶⁶⁸ CASTAING Cécile, « Les agences régionales de santé : outil d'une gestion renouvelée ou simple relais du pouvoir central ? », AJDA, 2009, p. 2212.

¹⁶⁶⁹ *ibid.*

¹⁶⁷⁰ *ibid.*

¹⁶⁷¹ *ibid.*

§1. L'amorce d'un pilotage moins centralisé des ARS

753. La manière dont sont aujourd'hui pilotées les ARS, nous l'avons vu, les place vis-à-vis de l'échelon national dans une position limitant de fait les possibilités de mettre en œuvre une véritable politique régionale de santé, et les bornant à appliquer des déclinaisons, amendées à la marge, des orientations décidées au niveau national.

Ainsi, il sera nécessaire, pour autoriser des marges de manœuvre accrues des agences, de revoir leur pilotage, aussi bien au niveau régional (A) qu'au niveau national (B).

A. Réformer le pilotage régional des ARS

754. Pour Cécile Castaing, confier le pilotage aux collectivités aurait été légitime : «il n'y aurait eu aucune ambiguïté dans une telle démarche, mais simplement une application en matière de santé publique du principe de subsidiarité posé par la réforme constitutionnelle de 2003 »¹⁶⁷². Dès lors, afin de donner les moyens aux Régions de prendre en main les rênes du pilotage sanitaire, il sera nécessaire de revoir la manière dont est constitué le conseil de surveillance de l'ARS (1), ainsi que le mode de désignation de son directeur général (2).

1. Revoir la composition du conseil de surveillance

755. Nous l'avons vu précédemment, le pilotage des ARS est aujourd'hui assuré par des instances internes dans lesquelles les collectivités territoriales sont très peu représentées. Et, au surplus, la place prépondérante du DGARS vide de leur importance réelle les instances, au premier rang desquelles le conseil de surveillance.

¹⁶⁷² *ibid.*

La Mission proposait d'ailleurs de « démocratiser la gouvernance et accroître la transparence »¹⁶⁷³ de la gestion des ARS.

Les rapporteurs considèrent en effet que « l'équilibre des pouvoirs autour du directeur général de l'ARS n'a pas été atteint, tant en interne que vis-à-vis de l'extérieur » et qu'il est nécessaire de donner plus de compétences au conseil de surveillance et faire vivre la démocratie sanitaire de manière indépendante », en mettant un terme à la « surreprésentation de l'Etat »¹⁶⁷⁴ au sein du conseil. La mission note également que « les élus doivent [...] être mieux impliqués, en amont, dans la concertation et la préparation des décisions »¹⁶⁷⁵.

La mission propose à ce sujet de créer quatre collèges égaux de membres issus de l'Etat, de l'assurance maladie, des collectivités territoriales, des usagers et personnes qualifiées, ainsi que de réserver la présidence du conseil non plus au préfet de région, comme c'est le cas aujourd'hui, mais à un membre du collège d'élus. Rééquilibrer le poids des différents collèges permettrait par ailleurs de donner un véritable poids au conseil de surveillance. Par exemple, le poids important de l'Etat en son sein contribue à vider de son sens l'une de ses missions essentielles : le vote du budget de l'ARS. Associé à de plus amples marges de manœuvre financière, comme nous le verrons ci-après, ce rééquilibrage devrait permettre un réel débat, au sein de l'ARS, sur la manière dont les fonds régionaux sont mobilisés.

Renforcer la participation des collectivités nous apparaît pertinente à deux titres.

En premier lieu, l'élu local pourrait renouveler la figure du tiers capable d'un discours territorial prompt à contourner les risques d'opposition entre l'Etat et l'Assurance maladie. Car « la création des ARS a exacerbé la rivalité latente entre l'État et l'assurance maladie dans le domaine de la santé publique »¹⁶⁷⁶, tout en la régionalisant. Or, en ne laissant face à face que deux interlocuteurs aux légitimités différentes, le risque de blocage s'accroît. Et si, pour Didier Tabuteau, « les tensions qui s'exercent sur la protection sociale contre la maladie invitent à redonner toute sa place au principe de solidarité nationale »¹⁶⁷⁷ fondant une

¹⁶⁷³ LE MENN Jacky, MILON Alain, « Rapport d'information fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale et de la commission des affaires sociales sur les agences régionales de santé », *op.cit.*, p. 53.

¹⁶⁷⁴ *ibid.*

¹⁶⁷⁵ *ibid.*

¹⁶⁷⁶ CEPRE Ludovic, « Rivalités, territoire et santé : enjeux et constats pour une vraie démocratie sanitaire », Hérodote, 2011, n° 143, p. 69.

¹⁶⁷⁷ TABUTEAU Didier, « La privatisation nolens volens de la protection sociale contre la maladie », *RDSS*, 2016, p. 24.

« citoyenneté sociale distincte de la citoyenneté politique »¹⁶⁷⁸, les difficultés actuelles du paritarisme encouragent à renforcer la citoyenneté politique pour réinstaller *in fine* cette citoyenneté sociale. Cette reconfiguration aurait à notre sens une vertu : faire réapparaître « la figure du Tiers, qui caractérisait la fraternité »¹⁶⁷⁹, en la personne de l'élu local.

Ensuite, les effets des efforts modernes et répétés pour alimenter la démocratie sanitaire en renforçant la participation des usagers au pilotage des instances, sont contenus par les limites intrinsèques d'une participation de cette nature. En effet, les représentants d'usagers n'ont pas forcément les moyens, en termes de ressources, de temps, et, par conséquent d'expertise, nécessaires à un pilotage efficace, surtout dans un contexte de plus en plus complexe. Si, bien entendu, la légitimité de cette participation n'est ici aucunement remise en cause, il n'empêche que, de notre point de vue, l'élu, qui dispose de ressources beaucoup plus importantes, peut permettre, plus efficacement, une démocratisation accrue, préalable nécessaire à la tenue d'un débat local efficace.

756. Il s'agit, en somme, de répondre à l'« obligation démocratique »¹⁶⁸⁰ consistant à « faire confiance aux acteurs locaux »¹⁶⁸¹. Nous pensons au surplus, qu'afin d'appliquer pleinement le principe constitutionnel de subsidiarité, la présidence du conseil de surveillance devrait revenir de droit au président du Conseil régional. Une proposition en ce sens a d'ailleurs été formulée en 2018 dans le cadre d'un document programmatique issu du mouvement politique lancé par Valérie Pécresse, alors présidente de la Région Ile de France. Le document propose de rénover la gouvernance des ARS « qui auront pour mission essentielle, non seulement de garantir le respect des grands plans nationaux de santé publique et le respect des règles fondamentales de notre système de santé (sous l'autorité du ministère de santé) mais aussi et surtout de déployer, sous l'autorité du Président de Région, la politique de santé décidée régionalement et dont l'objet central sera la réduction des inégalités de santé et l'amélioration de la santé de la population »¹⁶⁸².

¹⁶⁷⁸ *ibid.*

¹⁶⁷⁹ SUPIOT Alain, « Introduction », *in* ; SUPIOT Alain (ss. la dir. de), « La solidarité, enquête sur un principe juridique », Éd. Odile Jacob, 2015, Paris, p.15.

¹⁶⁸⁰ MENN (Le) Jacky, MILON Alain, *op.cit.*, p. 57.

¹⁶⁸¹ *ibid.*

¹⁶⁸² LE MENN Jacky, MILON Alain, *op.cit.*, p. 50.

Confier la présidence du conseil de surveillance aux Régions est un pas essentiel pour développer entre elles et les ARS, le « partenariat d'avenir »¹⁶⁸³ appelé à « se conforter à l'avenir »¹⁶⁸⁴, et ce d'autant plus avec « la force que vont acquérir les nouvelles grandes Régions »¹⁶⁸⁵.

757. Il s'agirait là d'un premier pas vers une co-administration locale de la santé. Pour aller au bout de la démarche, et s'engager dans une véritable semi-décentralisation sanitaire, les mécanismes de nomination du DGARS devraient être revus.

2. Un DGARS moins soumis à l'échelon central

758. Homme fort de l'organisation régionale, le DGARS reste, nous l'avons déjà dit, particulièrement soumis au Gouvernement, chargé de le nommer en conseil des ministres.

Ce mode de désignation devrait évoluer, en y impliquant la Région, aux côtés de l'Etat. Car, il n'apparaît en effet pas pertinent de confier aux Régions seules le pouvoir de désigner le DGARS. Certaines des « prérogatives majeures »¹⁶⁸⁶ du DGARS ne sont pas exercées « au titre de l'établissement public »¹⁶⁸⁷ dont il a la direction, mais « en qualité d'agent dépositaire d'un pouvoir d'État »¹⁶⁸⁸. En effet, en application de l'article L 1432-2 du CSP, « le directeur général de l'agence régionale de santé exerce, au nom de l'État, les compétences mentionnées à l'article L. 1431-2 qui ne sont pas attribuées à une autre autorité »¹⁶⁸⁹. Il est également habilité à opérer certaines opérations, notamment la conclusion de conventions « pour le compte de l'Etat »¹⁶⁹⁰. La « dualité de compétences »¹⁶⁹¹ dont est investi le DGARS empêche de contourner complètement le pouvoir central. D'ailleurs, au-delà des difficultés juridiques

¹⁶⁸³ LAFORCADE Michel, « Les partenariats entre ARS et régions », *RDSS*, 2016, p. 443.

¹⁶⁸⁴ *ibid.*

¹⁶⁸⁵ *ibid.*

¹⁶⁸⁶ Mais le législateur l'a également investi d'une mission fondamentale de police sanitaire. Il est l'autorité chargée d'arrêter le projet régional de santé. Il lui revient de délivrer les autorisations d'activités de soins, d'équipements matériels lourds ou de création d'établissements de santé, comme les licences permettant la création, le transfert et le regroupement de pharmacies d'officines.

¹⁶⁸⁷ TABUTEAU Didier, « Les agences régionales de santé (ARS) : cadre et limites juridiques d'une nouvelle autorité sanitaire », *RDSS*, 2017, p. 1056.

¹⁶⁸⁸ *ibid.*

¹⁶⁸⁹ *ibid.*

¹⁶⁹⁰ Art. L. 1423-2, L. 3111-11, L. 3112-2 et L. 3121-1 CSP.

¹⁶⁹¹ TABUTEAU Didier, « Les agences régionales de santé (ARS) : cadre et limites juridiques d'une nouvelle autorité sanitaire », *op.cit.*

que cela entraînerait, il apparaîtrait comme peu pertinent de le faire étant donné les responsabilités exercées par l'échelon central en matière sanitaire.

Pour autant, en l'état actuel du droit, il ne nous apparaît pas possible de développer de procédure d'avis conforme, permettant un pouvoir de nomination totalement partagé entre le ministère et la Région. Ce type de procédure, en ce qu'elle comporte un risque de blocage, n'est d'ailleurs peut-être pas souhaitable. Pour autant, le gouvernement devrait recueillir l'avis consultatif du conseil régional en amont de sa décision. De la même façon, l'avis de la Région devrait être sollicité en amont de la révocation du DGARS. La publicisation de la procédure, tout en permettant de démocratiser le mécanisme de nomination et de révocation du DGARS, devrait lui conférer une marge de manœuvre plus grande.

Ce mécanisme, en ne soumettant pas la nomination à un double avis conforme, ne correspond pas exactement aux mécanismes de semi-décentralisation développés par Charles Eisenmann, mais apparaît comme la manière la plus efficace de s'en approcher. Associé à la position renforcée de la Région au sein du conseil de surveillance, cela permettra un rééquilibrage des pouvoirs de contrôle sur la politique régionale de santé.

759. Pour autant, le desserrement du contrôle de l'Etat sur les ARS ne pourra être pleinement efficace que si le pilotage national des agences est lui aussi modifié.

B. Réformer le Conseil national de pilotage des ARS

760. Marqué par la place prépondérante du conseil national de pilotage des ARS, sous contrôle ministériel, le pilotage national du réseau des ARS tel qu'il existe aujourd'hui est l'un des éléments essentiels limitant l'adaptation régionale de la politique nationale de santé. Dès lors, revoir l'organisation régionale nécessitera, pour être efficace, d'amender parallèlement la manière dont les agences sont pilotées au niveau national, en faisant évoluer le CNP, dans sa composition (1), comme dans son rôle (2).

1. Une composition revue

761. Conformément à l'article D. 1433-1 du CSP, le CNP est aujourd'hui composé de neuf agents de l'Etat¹⁶⁹², du chef de l'IGAS et de quatre représentants des caisses d'assurance maladie¹⁶⁹³.

Il est présidé par les ministres chargés de la santé, de l'assurance maladie, des personnes âgées et des personnes handicapées. Le secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales préside le CNP en leur absence, comme c'est souvent le cas.

Déjà riche, la liste des participants de droit se trouve régulièrement enrichie car « y siègent aussi non seulement des titulaires de fonctions de direction, mais aussi certains de leurs adjoints »¹⁶⁹⁴.

Pour la Cour des comptes, la composition du CNP est « trop large » et « simultanément trop étroite »¹⁶⁹⁵. Les juges de la rue de Cambon déplorent notamment l'absence au CNP des DGARS, contraints de se regrouper au sein de séminaires réguliers afin d'échanger sur leurs pratiques respectives. Regrouper les deux instances, en associant au CNP les DGARS, moins nombreux depuis la dernière réforme territoriale, permettrait de contenir au sein d'une même instance l'ensemble des débats et questionnements préalables à un pilotage efficace.

Comme le propose la Cour des comptes¹⁶⁹⁶, le périmètre actuel du CNP pourrait être revu et limité aux quatre directeurs d'administration centrale¹⁶⁹⁷, au directeur de la CNAMTS et au directeur de la CNSA. Par ailleurs, afin de consacrer le rôle renforcé de la Région, et de reproduire au niveau national le dialogue établi au niveau régional, le Président de l'ARF, ou son représentant, devrait pouvoir être institué membre de droit de ce comité.

¹⁶⁹² L'article D 1433-1 du CSP fixe cette liste : « 1° Le secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales et le secrétaire général adjoint ; 2° Le directeur de la sécurité sociale ; 3° Le directeur général de la santé et son adjoint ; 4° Le directeur général de l'offre de soins ; 5° Le directeur général de la cohésion sociale ; 6° Le directeur de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques ; 7° Le directeur des affaires financières, juridiques et des services ; 8° Le directeur des ressources humaines ; 9° Le directeur du budget, 10° Le chef de l'inspection générale des affaires sociales ».

¹⁶⁹³ En application de l'article D 1433-1 du CSP : « 11° Le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ; 12° Le directeur général de la Caisse nationale du régime social des indépendants ; 13° Le directeur général de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole ; 14° Le directeur de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. ».

¹⁶⁹⁴ COUR DES COMPTES, « La sécurité sociale. Rapport 2015 sur l'application des lois de financement et de la sécurité sociale », Cour des comptes, Paris, 2015, p. 238.

¹⁶⁹⁵ *ibid.*

¹⁶⁹⁶ *id.*, p. 239.

¹⁶⁹⁷ DGOS, DGCS, DGS et DSS.

762. Redéfinir le périmètre du CNP aura pour corollaire de revoir la nature de ses missions.

2. Un rôle réadapté

763. Concernant le CNP, dans son rapport, la Mission préconisait de « donner toute sa place à la subsidiarité, en passant d'une logique de prescription et d'instruction à la fixation d'orientations stratégiques »¹⁶⁹⁸ du code de la santé publique.

Cette recommandation faisait suite, notamment, aux remarques formulées par la Cour des comptes dans ses différents rapports, relevant l'important nombre d'instructions adressées par le CNP aux ARS. Ces critiques avaient été en partie entendues, le nombre d'instructions adressées passant de 321 en 2010 à 199 en 2014¹⁶⁹⁹, et le conseil assumant mieux « un rôle de filtre », même si pour la Mission, c'est plutôt celui de « catalyseur », c'est-à-dire de lieu d'élaboration collective des politiques publiques »¹⁷⁰⁰. Car le problème ne réside pas tant dans le volume des instructions que dans leur contenu : « elles doivent être plus simples, plus lisibles et plus stratégiques »¹⁷⁰¹.

Ainsi les changements opérés n'ont pas encore été suffisants pour installer le CNP dans la fonction de pilotage stratégique que souhaitent lui voir endosser les juges de la rue de Cambon ; aujourd'hui encore, le CNP, « ni purement consultatif ni réellement délibératif, reste au milieu du gué »¹⁷⁰².

La fréquence à laquelle il se réunit, deux fois par mois, et l'absence régulière des ministres chargés de le présider, conduisent de fait à l'orienter vers un organe de gestion courante des ARS, et non comme cet organe chargé d'impulser et de discuter les grandes orientations nationales, ainsi que les marges de manœuvre laissées aux ARS. Des réunions moins fréquentes conduiraient très certainement le CNP à se concentrer sur les aspects de pilotage

¹⁶⁹⁸ LE MENN Jacky, MILON Alain, *op.cit.*, p. 52.

¹⁶⁹⁹ COUR DES COMPTES, « La sécurité sociale. Rapport 2014 sur l'application des lois de financement et de la sécurité sociale », Cour des comptes, Paris, 2014, p. 238.

¹⁷⁰⁰ LE MENN Jacky, MILON Alain, *op.cit.*, p. 51.

¹⁷⁰¹ *id.*, p. 48.

¹⁷⁰² *id.*, p. 51.

stratégique des ARS et de la politique nationale de santé, afin de donner corps à la logique de subsidiarité consubstantielle de la régionalisation, et récemment rappelée par la MECSS¹⁷⁰³.

764. La révision du processus de négociation des CPOM avec les ARS devra également permettre d' « adapter réellement les objectifs fixés aux agences [...] aux spécificités du territoire et aux besoins de santé et médico-sociaux »¹⁷⁰⁴. En somme, le CNP devra desserrer l'étai contractuel que représentent actuellement les CPOM, en laissant une plus grande marge de manœuvre aux ARS.

765. Cette modification du mode de pilotage des ARS devra s'accompagner d'un renforcement des moyens offerts aux acteurs légaux pour opérer la nécessaire régulation du système.

§2. Renforcer les moyens de la régulation régionale

766. Modifier le contexte institutionnel ne sera pas, en soi, suffisant pour offrir aux territoires une plus grande latitude. Pour rendre ce nouveau pilotage régional efficient, il sera nécessaire de lui octroyer des moyens spécifiques mobilisables, tout en augmentant la visibilité, pour chaque territoire, des besoins et moyens nécessaires, afin de faire rimer libération des territoires avec responsabilisation des acteurs.

Cela pourrait être réalisé, dans un premier temps, par un déverrouillage et un élargissement du fonds d'intervention régionale (A), ainsi que par la définition d'ORDAM, dans le cadre de l'ONDAM (B).

¹⁷⁰³ *id.*, p. 8.

¹⁷⁰⁴ *id.*, p. 52.

A. Déverrouiller le fonds d'intervention régional

767. Créé, en application de l'article 65 de la LFSS pour 2012¹⁷⁰⁵, le FIR a pour objectif de pallier la très faible marge de manœuvre financière originelle des ARS, en leur octroyant une enveloppe financière sur laquelle elles bénéficient d'une plus grande souplesse. Les ARS assurent aujourd'hui quasiment intégralement la gestion comptable de ce fonds, financé en grande partie par des crédits provenant de l'Assurance Maladie. Cependant, s'il constitue une réelle marge de manœuvre pour les ARS, le FIR demeure une enveloppe financière limitée dont la liberté d'utilisation présente un triple verrouillage. Les assouplissements récents n'ont d'ailleurs pas véritablement modifié la nature relativement contrainte de la mobilisation du FIR.

1. Le FIR, état des lieux : une libéralisation progressive malgré un triple verrouillage

768. Pour autant, si le FIR est à la disposition des ARS, l'affectation des crédits demeure très fléchée. Le FIR présente en effet un triple verrouillage, (a), auxquels les assouplissements récents n'ont pas véritablement permis de mettre fin (b).

a. Le triple verrouillage du FIR

769. Le FIR, censé octroyer des marges de manœuvre aux ARS, reste soumis à un triple verrouillage, opéré par la loi, par le CNP et par les CPOM.

En effet, le législateur a fait le choix d'encadrer les FIR dès leur création en 2012. L'article L 1435-8 prévoyait en effet huit cas de mobilisation¹⁷⁰⁶. Aujourd'hui le FIR est resserré autour

¹⁷⁰⁵ Loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012, JORF n°0296 du 22 décembre 2011, p. 21682.

¹⁷⁰⁶ L'article cité liste les objectifs suivants : « 1° La permanence des soins, notamment la permanence des soins en médecine ambulatoire prévue à l'article L. 6314-1 et la permanence des soins en établissement de santé mentionnée au 1° de l'article L. 6112-1 ; 2° L'amélioration de la qualité et de la coordination des soins. Des aides peuvent être accordées à ce titre à des professionnels de santé, à des regroupements de ces professionnels, à des centres de santé, à des pôles de santé, à des maisons de santé, à des réseaux de santé, à des établissements de santé ou médico-sociaux ou à des groupements d'établissements, le cas échéant dans le cadre contractuel prévu à l'article L. 1435-4 ; 3° L'amélioration de la répartition géographique des professionnels de santé, des maisons de santé, des pôles de santé et des centres de santé ; 4° La modernisation, l'adaptation et la restructuration de l'offre

de cinq orientations stratégiques. En application de l'article L 1435-8 du CSP modifié par la LFSS pour 2015, les fonds octroyés par les ARS doivent servir au financement de structures concourant à la promotion de la santé et à la prévention des maladies, des traumatismes, du handicap et de la perte d'autonomie, à l'organisation et à la promotion de parcours de santé coordonnés ainsi qu'à la qualité et à la sécurité de l'offre sanitaire et médico-sociale, à la permanence des soins et à la répartition géographique des professionnels et des structures de santé sur le territoire, à l'efficacité des structures sanitaires et médico-sociales et à l'amélioration des conditions de travail de leurs personnels, et au développement de la démocratie sanitaire. Dès lors, la liberté des ARS se trouve contrainte dans ce canevas législatif. De plus, au sein même du FIR, une partie des crédits destinés, d'une part, « au financement des actions tendant à la promotion de la santé, à l'éducation à la santé, à la prévention des maladies, des traumatismes et à la sécurité sanitaire »¹⁷⁰⁷, et, d'autre part, « au financement de la prévention des handicaps et de la perte d'autonomie ainsi qu'au financement des prises en charge et accompagnements des personnes handicapées ou âgées dépendantes qui ne peuvent être affectés au financement d'activités de soins ou de prises en charge et d'accompagnements médico-sociaux »¹⁷⁰⁸, se trouvent sanctuarisés et ne peuvent être affectés par les ARS au financement d'activités de soins. Il s'agit là d'un mécanisme dit de fongibilité asymétrique, permettant un transfert des fonds entre les lignes budgétaires à sens unique.

770. L'article L1435-10 du CSP dispose par ailleurs que « les orientations nationales du fonds sont déterminées par le conseil national de pilotage des ARS », chargé « du contrôle et du suivi de la gestion du fonds »¹⁷⁰⁹. Le conseil, au titre de ce même article, est également chargé de rendre un avis sur la répartition régionale des crédits « fixée chaque année par arrêté des ministres chargés de la santé, du budget, de la sécurité sociale, des personnes âgées et des personnes handicapées ». Ce même arrêté « précise pour chaque région le montant des

de soins dans le cadre des contrats prévus à l'article L. 6114-1 et conclus avec les établissements de santé et leurs groupements, ainsi que par le financement de prestations de conseil, de pilotage et d'accompagnement des démarches visant à améliorer la performance hospitalière ; 5° L'amélioration des conditions de travail des personnels des établissements de santé et l'accompagnement social de la modernisation des établissements de santé ; 6° La prévention des maladies, la promotion de la santé, l'éducation à la santé et la sécurité sanitaire ; 7° La mutualisation au niveau régional des moyens des structures sanitaires, notamment en matière de systèmes d'information en santé et d'ingénierie de projets ; 8° La prévention des handicaps et de la perte d'autonomie ainsi qu'aux prises en charge et accompagnements des personnes handicapées ou âgées dépendantes ».

¹⁷⁰⁷ SECRETARIAT GENERAL DES MINISTERES DES AFFAIRES SOCIALES, « Fonds d'intervention régional. Rapport d'activité 2016 », Min. des solidarités et de la santé, Paris, p. 8.

¹⁷⁰⁸ *ibid.*

¹⁷⁰⁹ Art. R1435-25 du CSP.

crédits »¹⁷¹⁰ sanctuarisés et ne pouvant servir au financement d'activités de soins. Chaque année une circulaire ministérielle visée par le CNP est adressée aux directeurs des ARS pour leur préciser les modalités de mise en œuvre du FIR. Dans la circulaire de 2017¹⁷¹¹, d'un volume de seize pages, la ministre demandait très clairement aux DGARS « de veiller à ce que les moyens alloués dans le cadre du FIR contribuent plus particulièrement à la mise en œuvre des dispositifs issus de la loi de modernisation de notre système de santé ». Si l'on comprend bien que le Gouvernement veuille orienter l'action des ARS sur les axes qu'il a définis au niveau national, il n'en demeure pas moins que ces injonctions, adressées aux DGARS par leur supérieur hiérarchique, ont vocation à entamer très largement les marges de manœuvre qu'a cherché à offrir aux ARS la mise en place du FIR.

Au surplus, il ne fait aucun doute que les actions soutenues par les ARS répondront aux objectifs définis dans le cadre des CPOM conclus entre le DGARS et le Ministère. Dans ce contexte le FIR apparaît comme un outil permettant aux ARS de remplir leurs engagements contractuels. Or, la contestable nature contractuelle des CPOM renforce encore un peu plus, indirectement, le fléchage des moyens du FIR vers des actions négociées, sinon imposées, par l'échelon central.

Comme le résume la Cour de comptes, nombre de ressources du FIR « théoriquement à la main des ARS [...] sont fléchées à l'avance sur des destinations déterminées au niveau central, si bien que la portée réelle des marges de manœuvre régionales est résiduelle. »¹⁷¹²

771. Pour autant, ces dernières années, le FIR a été renforcé.

b. La progressive libéralisation du FIR

772. La LFSS pour 2014 a enrichi l'ONDAM d'un 7^{ème} sous-objectif relatif aux dépenses relatives au FIR. Cette consécration du FIR comme l'une des composantes de l'ONDAM témoigne de la volonté de donner une plus grande visibilité à ce fonds. Chaque année, le

¹⁷¹⁰ *ibid.*

¹⁷¹¹ Circ. n° SG/PÔLE-ARS/2017/146 du 5 mai 2017 relative aux modalités de mise en œuvre du fonds d'intervention régional en 2017.

¹⁷¹² COUR DES COMPTES, « La sécurité sociale. Rapport 2017 sur l'application des lois de financement et de la sécurité sociale », Paris, 2017, p. 170.

volume du FIR sera ainsi clairement établi, et ne constituera plus un agrégat de ponctions sur les différents sous-objectifs de l'ONDAM.

Dans le même temps, le législateur a souhaité élargir les libertés de gestion octroyées aux ARS en développant les mécanismes de transfert entre les enveloppes octroyées aux ARS. Un mécanisme de fongibilité asymétrique existait déjà au sein du FIR¹⁷¹³, et permettait une certaine souplesse aux ARS. Avec la LFSS pour 2014, un nouveau mécanisme a vu le jour, autorisant les ARS à transférer une partie des sommes octroyées au titre de la dotation annuelle de fonctionnement vers le FIR, et inversement. Mais là encore, les transferts restent maîtrisés par l'échelon central, puisque l'article L174-1-2 1 du CSS dispose que ceux-ci « ne peuvent conduire à ce que l'une ou l'autre des dotations concernées soient diminuées au-delà d'un montant fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale dans la limite de 1 % du montant des dotations régionales concernées ». Un arrêté fixe annuellement, par région, le montant de la DAF pouvant faire l'objet d'un transfert vers le FIR. Pour 2016, le montant total de la DAF représentait une somme de 15,944 milliards d'euros, et la somme transférable correspondait à 159,445 millions d'euros¹⁷¹⁴. Parallèlement, pour 2016¹⁷¹⁵, le montant du FIR transférable, fixé par arrêté ministériel et concernant exclusivement les fonds délégués par l'Assurance Maladie, représentait une somme de 30,251 millions d'euros, pour une enveloppe globale s'élevant à 3, 253 milliards d'euros.

Cependant, il est à noter que les ARS font un usage relativement limité de cette faculté, le transfert de la DAF vers le FIR n'ayant représenté en 2016 qu'un volume de 21,5 millions d'euros¹⁷¹⁶, soit 13,48 % du montant autorisé. Seules sept ARS ont usé de cette faculté, et deux d'entre elles dans le sens d'une augmentation de la DAF.

¹⁷¹³ *v. supra* 767.

¹⁷¹⁴ Arrêté du 12 mai 2016 fixant pour l'année 2016 les dotations régionales mentionnées à l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale, les dotations régionales de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation prévues à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale et à l'article 78 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016, ainsi que le montant des transferts prévus à l'article L. 174-1-2 du code de la sécurité sociale, JORF n°0116 du 20 mai 2016.

¹⁷¹⁵ Arrêté du 31 mai 2016 fixant pour l'année 2016 le montant des crédits attribués aux agences régionales de santé au titre du fonds d'intervention régionale et le montant des transferts prévus à l'article L. 174-1-2 du code de la sécurité sociale, JORF n°0128 du 3 juin 2016.

¹⁷¹⁶ SECRETARIAT GENERAL DES MINISTERES DES AFFAIRES SOCIALES, « Fonds d'intervention régional. Rapport d'activité 2016 », Min. des solidarités et de la santé, Paris, p. 9.

773. La fongibilité du FIR autorise pourtant une plus grande marge de manœuvre, même si elle est limitée. En 2016, 87% des crédits étaient fongibles, 1% strictement fléchés¹⁷¹⁷, et le reste soumis au mécanisme de fongibilité asymétrique¹⁷¹⁸.

Concernant la fongibilité asymétrique, interne au FIR, et au bénéfice des actions de promotion de la santé ainsi que de la prévention de la perte d'autonomie, les transferts réalisés par les ARS se sont élevés à 39,1 millions d'euros¹⁷¹⁹, soit un peu plus de 10 % de l'enveloppe.

Depuis sa création, le FIR fait de plus l'objet d'une péréquation entre régions reposant « d'une part sur un indice populationnel pondéré par des facteurs de précarité et de mortalité prématurée évitable et d'autre part sur un indice qui tenait compte du poids des dépenses structurelles de prévention gérées et financées ou non au sein de chaque agence »¹⁷²⁰. A l'issue d'une réflexion menée par le Ministère, les mécanismes de péréquation ont été revus. Depuis 2015, trois critères sont utilisés pour pondérer la répartition des dotations régionales en fonction de la population : « la mortalité brute, un indice synthétique de précarité et le taux d'ALD standardisé pour tenir compte des maladies chroniques »¹⁷²¹. 60% des crédits du FIR sont aujourd'hui concernés par cette péréquation. Pour autant il a été décidé dans le même temps d'amortir l'impact de cette péréquation en limitant à un maximum de 1% la variation, à la hausse ou à la baisse, de la dotation qu'entraînerait pour chaque ARS la refonte des règles de péréquation.

774. Sur un plan comptable, depuis la LFSS pour 2015¹⁷²², et afin de les différencier du budget de l'ARS, les sommes déléguées aux agences abondant le FIR, font l'objet d'un budget annexe¹⁷²³ prévu à l'article L. 1432-5 du CSP. Cette mesure permet, au même titre que la reconnaissance du FIR comme sous-objectif de l'ONDAM, de mettre en valeur et préserver le FIR au sein des Agences. Cela est également une réponse du législateur aux critiques

¹⁷¹⁷ Il s'agit des crédits relatifs au financement de PAERPA, de la sécurisation des prêts structurés des établissements de santé.

¹⁷¹⁸ SECRETARIAT GENERAL DES MINISTERES DES AFFAIRES SOCIALES, « Fonds d'intervention régional. Rapport d'activité 2016 », *op.cit.*, p. 8.

¹⁷¹⁹ *ibid.*

¹⁷²⁰ Circ. n° SG/2015/152 du 28 avril 2015 relative aux modalités de mise en œuvre du fonds d'intervention régional en 2015.

¹⁷²¹ *ibid.*

¹⁷²² Art 56, Loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015, JORF n°0297 du 24 décembre 2014 p. 21748.

¹⁷²³ Dont les contours ont été précisés par le Décret n° 2015-1230 du 2 octobre 2015 relatif au fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique, JORF n°0232 du 7 octobre 2015, p. 18177.

formulées par la Cour des Comptes en 2014¹⁷²⁴, en développant la faculté des ARS à réaliser une gestion pluriannuelle¹⁷²⁵ de leur budget. Avant cette disposition, seuls les fonds provenant de crédits d'Etat et ceux issus de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie pouvaient faire l'objet d'un report sur plusieurs exercices. Pour le reste des fonds provenant du FIR, le circuit de financement était le même que celui concernant les autres dépenses : le DGARS ordonnait les dépenses, et la CNAMTS assurait la responsabilité de la gestion comptable et financière du FIR.

775. Avec le budget annexe, les ARS assurent la gestion totale du FIR et peuvent reporter à l'exercice suivant une partie plafonnée des crédits non consommés¹⁷²⁶, favorisant une plus grande efficacité dans l'allocation des ressources et dans la mise en place, au niveau régional, de dispositifs innovants s'étendant sur plusieurs années. Une faculté supplémentaire de gestion a également été développée, avec la mise en place d'une reconduction automatique de 90% du budget du FIR sans attendre la publication de l'arrêté ministériel fixant par région le niveau de crédits, qui permet aux ARS d'engager dès janvier les crédits.

776. On le voit les différents réajustements qu'a connus le FIR ont eu pour but de rendre aux ARS une souplesse plus importante dans la gestion de cette enveloppe, qui apparaît aujourd'hui comme le seul véritable levier d'un embryon de localisation de l'action sanitaire régionale.

777. Néanmoins, « l'importance des crédits fléchés au niveau national [...] et la complexité des procédures de mise en œuvre de la fongibilité » que fustigeait la Cour des comptes, ainsi que l'ampleur modeste de la pluriannualité instaurée et des mécanismes de péréquation, qu'encourageaient également les juges de la rue de Cambon en réclamant « une refonte des

¹⁷²⁴ COUR DES COMPTES, « La sécurité sociale. Rapport 2014 sur l'application des lois de financement et de la sécurité sociale *op.cit.*

¹⁷²⁵ Sur trois ans.

¹⁷²⁶ Le plafond est fixé par un arrêté pris en application de l'article D 1435-36-1 du CSP, issu du Décret no 2017-814 du 5 mai 2017 portant réglementation des reports et de déchéance des créances relatives au fonds d'intervention régional, JORF du 7 mai 2017. Pour 2017, ce plafond avait été fixé, pour les crédits non consommés en 2016, 5 % du montant d'autorisations d'engagements pour 2016, par l'arrêté du 3 avril 2017 fixant le taux plafond des reports de crédits FIR autorisés prévu à l'article D. 1435-36-1 du CSP, JORF du 10 mai 2017.

modalités de répartition des dotations du FIR sur la base de critères objectifs tenant compte des inégalités régionales », invitent à relativiser la portée réelle du FIR dans la perspective d'une réelle régionalisation de l'action sanitaire. D'autant qu'il convient de replacer l'ampleur du FIR vis-à-vis des dépenses de santé ; ainsi en 2016, il représentait environ 1,8 % de l'ONDAM. Moins de 2% des dépenses, cela reste limité pour réellement territorialiser la question sanitaire.

778. Toutefois, la méthode de son évolution laisse espérer une lente évolution vers le sens d'une plus grande maîtrise par l'ARS de ces fonds. Nous nous proposerons d'esquisser ici quelques pistes en ce sens.

2. La poursuite de la libéralisation : vers un déverrouillage du FIR .

779. Afin de laisser une plus grande marge de manœuvre aux acteurs régionaux, il conviendra de lever une partie des obstacles que connaît la mobilisation du FIR, tout en renforçant les mécanismes de répartition des moyens entre les territoires. Cela pourra être réalisé en redéfinissant les mécanismes de fongibilité (a), en renforçant la péréquation (b) et en augmentant le volume du FIR (c).

a. Elargir les mécanismes de fongibilité

780. Pour rendre une véritable marge de manœuvre aux ARS, il conviendrait de faire sauter une partie des verrous du FIR. Les cinq grandes orientations stratégiques proposées par l'article L 1435-8 du CSP apparaissent comme un canevas suffisant pour permettre une cohérence nationale de l'utilisation du fonds.

Les orientations discutées par le CNP, et confirmées annuellement par circulaire ministérielle, limitent de manière trop contraignante les capacités d'adaptations locales des ARS. En l'espèce, le rôle du CNP devrait ainsi être repensé dans une fonction d'évaluation des actions proposées par les ARS, afin d'identifier les actions locales efficaces et d'encourager leur généralisation. Par contre, en ce qui concerne le FIR, les CPOM pourraient devenir un outil de négociation efficace entre l'Etat et le niveau régional, c'est-à-dire DARS et Région, comme exposé dans le §1, sur les modalités de gestion du FIR. Pour ce faire, il conviendrait au

préalable d'engager une réelle et totale pluriannualité de la gestion du FIR, sur la même périodicité que celle des CPOM. Le plafond de report annuel des crédits non utilisés serait déplacé et appliqué à l'échéance de la CPOM. Le report des fonds ferait alors l'objet d'une négociation entre l'Etat et l'échelon local, dans la limite d'un plafond global arrêté nationalement, dans le cadre des discussions autour de la génération suivante de CPOM.

Aujourd'hui complexes et techniques, les mécanismes de fongibilité liés au FIR n'encouragent pas les ARS à les mobiliser. Afin de les simplifier, une fongibilité totale sur les fonds issus de l'ONDAM devrait être offerte aux ARS. Toutefois, pourraient être exclues de cette fongibilité les dotations versées par l'Etat et la CNSA ; il serait en effet légitime de flécher ces fonds vers des actions répondant à des objectifs posés directement par eux.

Concernant la fongibilité entre la DAF et le FIR, il pourrait être envisagé de relever la limite de 1%. La Cour des Comptes proposait par exemple de l'établir à 5 %, afin de développer « une incitation à recomposer plus fortement les activités de soins de suite et de psychiatrie, au bénéfice d'autres composantes de l'offre de soins »¹⁷²⁷. Cela pourrait être un bon début pour voir si, dans un cadre global revu, les ARS s'empareraient ainsi des libertés de gestion qui leur sont octroyées.

781. Afin de rendre plus efficient le FIR en ce qui concerne l'égalité d'accès aux soins, nous proposerons également de revoir les mécanismes de péréquation permettant sa fixation pour chaque région, afin de mieux l'adapter aux besoins réels locaux.

b. Renforcer la péréquation

782. Si le FIR fait aujourd'hui déjà l'objet d'une péréquation limitée, celle-ci pourrait être renforcée. Une révision et un élargissement des critères de péréquation devraient être engagés afin de renforcer l'adaptation du volume du fonds aux besoins régionaux, et ce dans le but de renforcer sa faculté à lutter contre les inégalités régionales et territoriales de santé, en facilitant l'égalité d'accès aux soins et aux actions de santé dans les territoires de la République.

¹⁷²⁷ COUR DES COMPTES, « La sécurité sociale. Rapport 2015 sur l'application des lois de financement et de la sécurité sociale », *op.cit.*, p. 213.

La Cour des Comptes militait déjà en 2015 pour « une péréquation globale, fondée sur des critères démographiques et sur des indicateurs de santé publique et d'équipement, afin de « permettre des rééquilibrages progressifs » et de s'éloigner définitivement de l' « approche historique des sous-enveloppes préexistantes intégrées au fonds »¹⁷²⁸.

783. Aujourd'hui articulée autour de quatre critères - la mortalité brute, un indice synthétique de précarité, le taux d'ALD standardisé, et le zonage des déserts sanitaires – la péréquation pourrait être renforcée en y intégrant les taux d'équipement¹⁷²⁹, ainsi que la couverture en termes de médecine ambulatoire par habitant, et en renforçant la coloration sociale des indicateurs, afin de renforcer encore le FIR comme outil au service de l'égalité. La part de la population résidant dans les zones A et B caractérisées par une offre de soins insuffisante et par des difficultés d'accès aux soins, au sens de l'arrêté du 13 novembre 2017¹⁷³⁰, pourrait constituer un indicateur pertinent à associer à cette péréquation.

La limite actuellement fixée par le Ministère de 1% de variation des dotations liées à la péréquation, nous apparaît également restreindre de manière trop importante les effets de cette péréquation. C'est également le cas de la base actuelle de calcul, cantonnée à 60% des fonds issus du FIR. L'intégralité du FIR devrait pouvoir faire l'objet de cette péréquation, et son impact devrait être plus ressenti. En effet, si une péréquation totale et brutale du FIR constituerait un risque pour les régions qui verront leurs dotations baisser, l'impact actuel nous apparaît trop limité. Le plafond de 1% pourrait ainsi être relevé à hauteur de 2%.

784. Afin d'augmenter les marges de manœuvre locale, il pourrait par ailleurs être pertinent d'augmenter le volume du FIR.

¹⁷²⁸ *ibid.*

¹⁷²⁹ Scanner / IRM.

¹⁷³⁰ Arrêté du 13 novembre 2017 relatif à la méthodologie applicable à la profession de médecin pour la détermination des zones prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique, JORF du 15 novembre 2017, texte n° 13.

Cet arrêté présente et transmet aux ARS la méthodologie de détermination des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins pour la profession de médecin, que, conformément aux dispositions de l'article R. 1434-41 du CSP, le DGARS doit arrêter. Il s'appuie sur un indicateur principal dénommé « accessibilité potentielle localisée à un médecin », défini par la Drees.

c. Augmenter le volume du FIR

785. En 2016, le FIR¹⁷³¹ représentait 1,7 % de l'ONDAM. On mesure ainsi la marge relativement limitée des ARS pour territorialiser l'action sanitaire, avec une enveloppe contenue à moins de 2% de l'ONDAM, et, de plus, contrainte et fléchée par l'échelon central.

Là encore, les juges de la rue de Cambon militent pour un élargissement de la surface du FIR, en y intégrant par exemple « les dernières lignes de crédits qui n'y figurent pas, c'est-à-dire une grande partie du reste des dotations de financement qui visent à compenser les charges liées à l'accomplissement de missions d'intérêt général ou les aides à la contractualisation »¹⁷³². En opérant une régionalisation plus poussée, et en territorialisant plus avant une partie des actions sur certains des sous-objectifs de l'ONDAM, comme par exemple sur les autres modes de prise en charge, ou en renforçant la maîtrise des ARS sur les soins ambulatoires, cette enveloppe pourrait être augmentée progressivement. Dans le cadre de la LFSS 2017, il a d'ailleurs été décidé d'augmenter le FIR de 10 millions d'euros pour développer une politique intégrée de soutien à l'exercice coordonné et aux projets de territoire : un petit pas pour le FIR, certes, mais un pas dans le bon sens.

786. L'augmentation progressive du FIR trouverait par ailleurs à alimenter et à appuyer une évolution de l'ONDAM vers un ORDAM, dont elle constituerait une première étape. Une régionalisation accrue de la santé devra en effet passer par une meilleure connaissance des dépenses régionales, afin de pouvoir mieux réguler et contrôler leurs évolutions.

B. L'amorce de constitution d'ORDAM

787. A l'occasion des débats sur la loi HPST avait été envisagé de décliner régionalement l'ONDAM. En effet, mécaniquement, la création des agences régionales avait été à l'origine de discussions sur la régionalisation du financement. Le rapport Bur, s'il rappelait à ce sujet que la plupart des acteurs auditionnés se prononçaient en faveur d'une déclinaison régionale de l'ONDAM » afin de renforcer « la lisibilité politique des dépenses » et de « réduire les

¹⁷³¹ Sa partie financée via l'ONDAM.

¹⁷³² Ce que la Cour des Comptes évalue à 1,4 milliards d'euros, soit tout de même 50% de l'enveloppe actuelle.

inégalités interrégionales d'offres de soins », appelait à le cantonner à une « portée indicative, au moins dans un premier temps ». Le rapporteur s'en expliquait, en considérant « qu'il serait difficile de le faire fonctionner en enveloppe fermée sans donner aux autorités régionales [...] le pouvoir de le faire respecter, c'est-à-dire d'agir sur les tarifs des prestations ou sur les taux de remboursement »¹⁷³³. Mais devant les résistances des syndicats médicaux et de certains acteurs privés comme la Mutualité Française, invoquant les risques de remise en cause de l'égalité de traitement des citoyens sur l'ensemble du territoire, le gouvernement de l'époque avait finalement reculé sur ce point.

Le débat sera pourtant tout de même porté à l'Assemblée par quelques députés, Jean-Luc Prél en tête¹⁷³⁴. Mais même si certains députés réclament avec lui la définition d'ORDAM¹⁷³⁵, ou établissent leur définition à moyen terme comme la voie à suivre¹⁷³⁶, le Gouvernement, par la voie de la ministre continuera de s'y opposer¹⁷³⁷.

Mais si le débat sur l'ORDAM, en 2009, n'aboutira pas, un amendement soutenu par le Gouvernement et finalement adopté¹⁷³⁸, modifiera l'article 118 de la loi HPST¹⁷³⁹ en proposant que « chaque année, le directeur général de l'agence transmet au conseil de surveillance un état financier retraçant, pour l'exercice, l'ensemble des charges de l'Etat, des régimes d'assurance maladie et de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie relatives

¹⁷³³ BUR Gérard, « Rapport d'information déposé en application de l'article 145 du règlement, par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, en conclusion des travaux de la mission sur les agences régionales de santé », Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 6 février 2008, Ass. Nat., n°697, p. 87.

¹⁷³⁴ « Il serait préférable d'attribuer à chaque ARS une enveloppe à répartir à l'échelle de la région dans le cadre d'un ORDAM – l'équivalent de l'ONDAM, mais au niveau de la région ». Assemblée nationale, XIIIe législature, Session ordinaire de 2008-2009, Compte rendu intégral, Deuxième séance du lundi 2 mars 2009.

¹⁷³⁵ « A quand des objectifs régionaux des dépenses d'assurance maladie, des ORDAM ? » *in*, PAUL Christian, ROLLAND Jean-Marie, « Rapport d'information déposé en application de l'article 145-7, alinéa 1, du Règlement par la commission des affaires sociales sur la mise en application 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 », enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 30 mars 2011, n°3265, p. 193.

¹⁷³⁶ Intervention de Marcel Rogemont : « Convenons que la gestion du risque, qui constitue le cœur du système, doit conduire, pas à pas, à des responsabilités financières – et je partage le sentiment de Jean-Luc Prél à ce sujet – sur la mise en place, à terme, des ORDAM, c'est-à-dire à une déconcentration régionale de l'ONDAM, avec la nécessaire attention qu'il faudra porter à un rééquilibrage de la consommation de soins sur l'ensemble des territoires ».

Assemblée nationale, XIIIe législature, Session ordinaire de 2008-2009 Compte rendu intégral, Troisième séance du mardi 10 février 2009.

¹⁷³⁷ Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. « Pas tout de suite ! » Assemblée nationale, XIIIe législature, Session ordinaire de 2008-2009, Compte rendu intégral, Troisième séance du mardi 10 février 2009.

¹⁷³⁸ Amendement N° 721 Rect. présenté par M. Rolland, rapporteur au nom de la commission des affaires culturelles.

¹⁷³⁹ Initialement, l'amendement visait l'article 26 du projet de loi. Le texte sera finalement intégré à l'art. L1432-3 du CSP.

à la politique de santé et aux services de soins et médico-sociaux dans le ressort de l'agence régionale de santé concernée ». Les auteurs de l'amendement, considérant que l'on connaissait « mal le niveau des dépenses de santé dans chaque région, les dépenses de l'État plus les dépenses de l'Assurance Maladie », la présentation au conseil de surveillance de l'ARS d'un tel document permettrait des « comparaisons interrégionales plus claires et un meilleur suivi de l'évolution des dépenses », et « pourrait constituer un premier pas vers un ORDAM »¹⁷⁴⁰.

La question de l'ORDAM fera son retour en 2014 à l'occasion d'un débat sur une proposition de loi organique. Cette proposition de loi s'appuyait par ailleurs sur d'autres éléments laissant à penser que la donne avait changé. Ainsi Roselyne Bachelot-Narquin, ministre au moment de l'adoption de la loi HPST, avait eu l'occasion entre temps de déclarer que « donner un pouvoir supplémentaire aux ARS »¹⁷⁴¹ par ce biais apparaissait comme une piste envisageable ; puis, surtout, le comité d'évaluation de la loi HPST présidé par le sénateur Jean-Pierre Fourcade avait jugé, dans son rapport, que le facteur majeur du succès de l'action des ARS résiderait dans les « marges financières »¹⁷⁴² dont disposeraient les ARS pour orienter le fonctionnement du système de santé, et que les ORDAM contribueraient à responsabiliser les DGARS « sur le maintien des équilibres financiers de l'assurance maladie »¹⁷⁴³. Jean-Luc Prével était lui aussi revenu à la charge à l'occasion des débats sur le projet de LFSS pour 2011 en militant « pour la suppression des sous-objectifs fléchés et pour leur remplacement par des ORDAM, enveloppes régionales définies sur des critères objectifs réalisant une fongibilité des financements et donnant tout son sens à la responsabilité des ARS »¹⁷⁴⁴.

¹⁷⁴⁰ Assemblée nationale, XIIIe législature, Session ordinaire de 2008-2009, Compte rendu intégral, Deuxième séance du mardi 10 mars 2009.

¹⁷⁴¹ Le Cardiologue n° 341 (Avril 2011), « Une année ensemble, au service de la santé, enjeux actions, coopérations » colloque « Les ARS, un an après », Le Cardiologue, n°341, Marseille, 31 mars 2011.

Source :

http://www.syndicardio.com/IMG/_article_PDF/article_3000.pdf

Consulté le 15/03/2018

¹⁷⁴² FOURCADE Jean-Pierre, « Rapport au Parlement. Comité d'évaluation de la réforme de la gouvernance des établissements publics de santé Institué par l'article 35 de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires », Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, Paris, 2011., p. 28.

¹⁷⁴³ *id.*, p. 29.

¹⁷⁴⁴ Cité in Proposition de loi organique créant des objectifs régionaux de dépense d'assurance maladie, présentée par Madame et Messieurs Patrice MARTIN-LALANDE, Gilles CARREZ, Jean-Pierre DOOR, Denis JACQUAT, Maurice LEROY, Bernard PERRUT et Bérengère POLETTI, enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 27 juin 2012, n°13, p. 3.

La proposition de loi, déposée initialement en juin 2012¹⁷⁴⁵, sera finalement discutée, dans une version légèrement revue, en 2014¹⁷⁴⁶. Il s'agit pour les auteurs d'opérer une distinction au sein de l'ONDAM, entre une part nationale et une part régionale, faisant l'objet d'un vote parlementaire. Le texte propose également de revoir la méthode même en ne définissant que des enveloppes présentées à titre indicatif. Ainsi, seul le montant global de l'ORDAM s'imposera aux ARS, et la fongibilité entre les sous-indicateurs le composant sera totale afin de « laisser aux agences une marge de manœuvre dans le pilotage des dépenses régionales de santé »¹⁷⁴⁷. Si la mise en place et le développement du FIR, de l'aveu même de ses promoteurs, a contribué à vider un peu de sa substance la portée de la proposition, il n'en demeure pas moins qu'elle renforçait la visibilité du parlement sur les fonds accordés à chacune des régions. Car aujourd'hui, dans le cadre du vote de l'ONDAM, les parlementaires se limitent au vote d'une enveloppe nationale d'intervention régionale ; charge au gouvernement de la répartir ensuite.

Finally rejected, the proposition of law has nevertheless contributed to relaunching the debate on the ORDAM, and, like in 2009, the syndicates of doctors and health professionals quickly moved to the forefront to remind their opposition to the idea itself. The CSMF has thus considered the proposition of law as « a real provocation » formulated « by a quartet of deputies UMP and UDI ». In fact, the simple perspective of an ORDAM has a tendency to trigger in the syndicates of health professionals epidermic reactions. Thus, in 2014, the ARS Bretagne, by taking the initiative to present a regional bill of health expenses, jointly with the Assurance Maladie, the RSI and the MSA, encountered the ire of the national center of health professions. For the syndicate, in leaving « to think that the ORDAM are in place, even though they do not exist in the law », the initiative brings the « proof [...] of the reality of the démarche of statehood of the care system starting from the regions » before reminding that the health professionals « liberal health are unanimously opposed to [this]

¹⁷⁴⁵ Proposition de loi organique créant des objectifs régionaux de dépenses d'assurance maladie (ORDAM), présentée par Patrice MARTIN-LALANDE et Maurice LEROY, députés, Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 18 juin 2012, n° 4527.

¹⁷⁴⁶ N° 13 Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 27 juin 2012. PROPOSITION DE LOI ORGANIQUE créant des objectifs régionaux de dépenses d'assurance maladie, Patrice MARTIN-LALANDE, Gilles CARREZ, Jean-Pierre DOOR, Denis JACQUAT, Maurice LEROY, Bernard PERRUT et Bérengère POLETTI, députés.

Elle sera discutée, puis rejetée, à la commission des lois constitutionnelles, de la législation et de l'administration générale de la république en séance publique du 20 février 2014.

¹⁷⁴⁷ Proposition de loi organique créant des objectifs régionaux de dépense d'assurance maladie, présentée par Madame et Messieurs Patrice MARTIN-LALANDE, Gilles CARREZ, Jean-Pierre DOOR, Denis JACQUAT, Maurice LEROY, Bernard PERRUT et Bérengère POLETTI, enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 27 juin 2012, n°13, exposé des motifs, p. 3.

étatisation [...] et au démantèlement des conventions nationales des professions »¹⁷⁴⁸. Car derrière l'ORDAM, c'est bien la crainte d'une régulation budgétaire régionale plus grande qui semble inquiéter les syndicats.

De son côté, le Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance Maladie, tout en ne se prononçant pas franchement sur la question, pointe toutefois les difficultés que soulèverait potentiellement l'ORDAM par rapport « à la définition de [son] périmètre (soins des assurés sociaux habitant la région ou soins dispensés dans la région), de son taux d'évolution », et des « changements institutionnels qu'il implique », concernant les compétences respectives de l'Etat et de l'Uncam ».

Pour autant, il existe une certaine hypocrisie à maintenir la fiction d'un ONDAM pur, déconnecté des territoires. Construit comme une projection sur la base de dépenses réelles, l'ONDAM est inévitablement le précipité de l'agglomération de dépenses localisées. En réalité, qu'est l'ONDAM, si ce n'est un ensemble de bilans financiers régionaux auquel est appliqué un taux de progression national ? De fait, la seule partie réellement nationale est bien comprise dans le taux de progression des dépenses de santé qui lui est appliqué. Dès lors, les ORDAM ne sont que les secrets de polichinelle de la gestation annuelle de la LFSS. Les définir clairement ne ferait que mettre fin à l'hypocrisie et s'inscrirait en cohérence avec les mécanismes.

Indicatif dans un premier temps, comme le proposait le rapport Fourcade¹⁷⁴⁹ en 2011 et la Cour des Comptes en 2017¹⁷⁵⁰, l'ORDAM « contribuerait à améliorer le pilotage financier régional et le rééquilibrage de l'offre de soins entre secteurs mais aussi entre régions en fonction des besoins locaux identifiés »¹⁷⁵¹. . Ces objectifs régionaux de dépenses pourraient être « modulés en fonction des besoins de soins établis à partir des données de santé publique propres à chaque région et non, comme c'est de facto le cas aujourd'hui, en fonction de l'offre

¹⁷⁴⁸ Communiqué du CNPS cité par le site *Le pharmacien de France*.

Source :

<http://www.lepharmaciendefrance.fr/actualite-web/retour-ordam>

Consulté le 07/04/2018

¹⁷⁴⁹ « la définition d'un objectif régional indicatif des dépenses d'assurance maladie (ORDAM) de portée indicative serait utile »

in FOURCADE Jean-Pierre, « Rapport au Parlement. Comité d'évaluation de la réforme de la gouvernance des établissements publics de santé Institué par l'article 35 de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires », Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, Paris, 2011, p. 75.

¹⁷⁵⁰ COUR DES COMPTES, « La sécurité sociale. Rapport 2017 sur l'application des lois de financement et de la sécurité sociale », Paris, 2017, p. 168.

¹⁷⁵¹ *id.*, p. 170.

existante » : il serait alors possible « de fixer des objectifs minorés pour les régions surdotées au regard des besoins constatés et inversement, majorés pour les régions sous-dotées au regard de leurs caractéristiques socio-sanitaires ».

Tout en s'inscrivant « dans le respect de l'ONDAM voté par le Parlement », les ORDAM pourraient ainsi devenir des outils efficaces d'ajustement local et de lutte contre les inégalités régionales de santé, en privilégiant une approche de définition des besoins régionaux de santé sur la base des besoins recensés, et non, comme c'est principalement le cas aujourd'hui, « sur une base essentiellement historique ».

A mesure, ces ORDAM pourraient progressivement devenir contraignants pour les ARS, et entièrement fongibles. Cela permettrait d'aller au bout de la logique de régionalisation promue par la loi HPST, en laissant les mains libres aux agences pour développer une politique régionale de santé. Au caractère fongible d'un éventuel ORDAM, est souvent opposé le caractère théorique et artificiel d'une telle disposition. En effet, l'essentiel des dépenses de santé est ordonné en application de tarifs, barèmes, honoraires et cotations décidés au niveau national sur lesquels les Agences n'ont pas de réelles marges de manœuvre¹⁷⁵². Mais à l'inverse, quels seraient les risques de régionaliser l'ONDAM et à décréter sa fongibilité totale, étant donné que la plupart des dépenses s'imposeraient aux ARS ? Inoffensive, une telle mesure permettrait de faciliter la gestion courante et les marges de manœuvre locale.

Bien entendu, une organisation de ce type nécessiterait de développer en parallèle les moyens de contrôler l'action des ARS, afin de garantir une cohérence nationale, tout comme une maîtrise des finances globales.

Dans ce schéma, les Chambres régionales des comptes pourraient se voir confier la mission de veiller au respect de l'ORDAM, et d'informer le conseil national de pilotage et le comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie en cas de dépassements importants. Cette organisation permettrait d'identifier plus finement les difficultés de gestion observées sur le territoire national, ainsi que leur visibilité, tout en renforçant la démocratisation des missions de régulation et de contrôle budgétaire assurées par les ARS en les soumettant, localement, au contrôle politique de la Région, et, nationalement, à celui du parlement chargé de veiller au respect de l'ONDAM et des ORDAM.

¹⁷⁵² *A ce sujet v. LE MENN, Jacky, MILON Alain, op.cit., p. 67.*

788. Les premiers pas ici décrits vers une semi-décentralisation de la santé serviront de galop d'essai pour un approfondissement de la décentralisation sanitaire, et la mue vers une organisation faisant le choix, en application du principe de subsidiarité, de véritablement faire confiance aux territoires. Nous verrons ainsi dans une deuxième section ce que pourraient être les étapes suivantes d'une décentralisation sanitaire envisagée comme un processus incrémental, permettant de consacrer, dans le champ sanitaire, « une nouvelle méthode : faire confiance aux acteurs des territoires pour construire des projets et innover »¹⁷⁵³.

Section 2. Etape 2 : Une régulation régionale décentralisée

789. Après avoir observé les conséquences et effets d'une semi-décentralisation sanitaire, il pourrait être envisagé de poursuivre l'évolution, pour laisser les territoires seuls maîtres de leurs destins. Pour autant, bien sûr, cette décentralisation ne saura pas, ne pourra pas, être totale et absolue. Comme nous l'avons vu précédemment, aucune des expériences étrangères de décentralisation sanitaire ne s'est soldée par un désengagement total du niveau national. Certaines fonctions, en effet, n'ont pas vocation à être prises en charge par les territoires, et l'implication de l'échelon central devra être maintenue pour veiller au respect des grands équilibres et principes du système de santé. L'application du principe de subsidiarité nécessitera donc de maintenir un pilotage national, autour d'un Etat stratège (§1), la région devant devenir l'espace d'une régulation autonomisée (§2). Mais comme nous l'avons évoqué précédemment, les mécanismes de glocalisation observés inviteront peut-être à réaménager le pilotage du système, en prenant en compte cette donnée (§3).

¹⁷⁵³MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, « Renforcer l'accès territorial aux soins. Dossier de presse », Min. des solidarités et de la santé, Paris, 2017, p. 16.

§1. Un Etat stratégique et régalién

790. L'éventuelle décentralisation de la régulation sanitaire ne pourra se faire sans avoir au préalable repensé et reconfiguré le rôle de l'Etat, et de l'échelon central. C'est en effet toujours à ce niveau que devront continuer à être mises en œuvre et déterminées certaines fonctions essentielles du système. Le pilotage global du système, en ce qui concerne ses grandes orientations, comme les principes le guidant, devra continuer à être décidé au niveau national dans un cadre démocratique. L'échelon national devra par ailleurs servir de lieu d'échanges et de concertation, s'appuyant sur une capacité d'expertise et d'évaluation permettant d'accompagner les territoires. L'Etat aura également à sa charge les fonctions de contrôle et de sécurité sanitaire, autour des fonctions de police qu'il assume déjà.

En somme, l'Etat régulateur devra se muer en Etat stratégique (A), et continuer à assurer les fonctions de type régalién en lien avec la santé (B).

A. Les fonctions de l'Etat stratégique

791. Conformément à l'article L 1411-1 du CSP, « la Nation définit sa politique de santé afin de garantir le droit à la protection de la santé de chacun ». Le même article ajoute que « La politique de santé relève de la responsabilité de l'Etat ». Il serait dès lors assez inopportun d'écarter le niveau national du pilotage du système, même s'il convient de le faire évoluer à un rôle de stratégique. « Véritable corollaire du principe de décentralisation, l'Etat stratégique en matière de santé doit être un législateur économe, établir une péréquation durable, lisible et démocratiquement débattue et, enfin, évaluer les politiques régionales et locales »¹⁷⁵⁴. La Cour des Comptes, en 2017, formulait le même vœu, en proposant de « confier au niveau central la conception, la surveillance et l'évaluation »¹⁷⁵⁵.

¹⁷⁵⁴ Le Commissariat au plan ajoute par ailleurs qu' « édictée aussi clairement, cette évolution relève plus du « centrage » que du recentrage car l'appareil d'Etat n'a jusqu'ici jamais exercé ces prérogatives ». *in* COMMISSARIAT GENERAL DU PLAN, « Pour une régionalisation du système de santé en 2025. Offre, régulation et acteurs : essai de prospective », Le Plan, Paris, 2005, p. 118.

¹⁷⁵⁵ COUR DES COMPTES, « La sécurité sociale. Rapport 2017 sur l'application des lois de financement et de la sécurité sociale », *op.cit.*, p. 169.

Pour donner vie aux préconisations formulées récemment par les juges de la rue d'Ulm, et par le Commissariat au Plan en 2005, ce législateur économe devra limiter son intervention à la détermination des grands équilibres du système (1). Le niveau central devra également jouer un rôle de coordination et d'évaluation (2).

1. L'Etat stratège : le maintien d'un pilotage central et démocratique

792. Installer l'Etat stratège nécessitera de revoir les fonctions assurées par l'échelon central. Au terme de cette reconfiguration, celles-ci devraient être limitées à la surveillance et au contrôle de l'équilibre général du système (a), à la garantie du droit à la protection de la santé (b), et à la définition d'un cadre commun de relations conventionnelles avec les acteurs du système (c).

a. Surveiller les équilibres généraux du système : le maintien du vote de la LFSS et d'un ONDAM

793. Une décentralisation de la santé efficace devra maintenir les acquis des réformes Juppé de 1996 ayant conduit à démocratiser le contrôle parlementaire sur le système de santé. Car « la fixation du cadre normatif et organisationnel, la construction d'outils efficaces pour donner les moyens d'atteindre les objectifs fixés en matière de planification de l'offre de soins ou de pilotage de la dépense dans le cadre de l'ONDAM relèvent sans ambiguïté du niveau central »¹⁷⁵⁶. Il lui incombe également « de répartir entre les régions les ressources qui seront disponibles, en fonction des besoins de soins différenciés sur le territoire et dans le cadre d'une projection à long terme »¹⁷⁵⁷.

Ainsi, l'ONDAM, enrichi d'ORDAM, devra continuer à être voté par le parlement dans le cadre du PLFSS, « moment de débat politique majeur »¹⁷⁵⁸.

Cette articulation permettra de préserver le contrôle global des dépenses de santé. L'ONDAM, sous la forme d'un agrégat d'ORDAM, permettra au Parlement de contrôler la base de péréquation choisie comme les grands équilibres du financement national. Le Sénat,

¹⁷⁵⁶ *ibid.*

¹⁷⁵⁷ *ibid.*

¹⁷⁵⁸ LEMORTON Catherine, « Le législateur et la sécurité sociale », Les Tribunes de la santé, n°50, 2016, p. 44.

représentant des territoires de la République, devra occuper une fonction particulière dans cette procédure, en s'imposant comme le garant des grands équilibres régionaux.

L'essentiel du financement resterait donc centralisé, et réparti régionalement selon des critères de péréquation s'appuyant sur la structure populationnelle des régions, du nombre de professionnels de santé en leur sein, du taux d'équipement sanitaire, ainsi que sur des indicateurs socio-sanitaires régionaux. Ce faisant, une clé de répartition, exprimée en pourcentage d'ONDAM, servirait de base de calcul à chacun des ORDAM. Le contrôle des ORDAM s'appuierait sur une méthodologie identique à celle présentée en section 1 de ce chapitre, s'appuyant sur les chambres régionales des comptes, faisant office de comité d'alerte, et sur l'action du comité national de surveillance comme régulateur national.

Une procédure spécifique d'urgence en cas de carence grave dans la régulation et la gestion des affaires sanitaires régionales, permettant de replacer l'ARS sous contrôle du préfet, pourrait être actionnée par le ministère, après avis du juge administratif et consultation du comité national de pilotage,

Les sous-objectifs de l'ONDAM continueront à être présentés, mais ne devront plus revêtir qu'un caractère indicatif permettant aux élus de la Nation de mesurer les tendances et évolutions des différents postes de dépenses. Cette « prise de pouls » de la situation du système autorisera l'arrêt de grandes orientations pertinentes.

794. Par le contrôle de l'ONDAM et des ORDAM, le législateur aurait ainsi la main sur l'un des leviers permettant de garantir à chacun sur le territoire un accès aux soins, préalable nécessaire à la garantie de la protection de la santé.

b. La surveillance des grands principes : garantir le droit à la protection de la santé de chacun

795. Comme affirmé dans le code de santé publique, « la politique de santé relève de la responsabilité de l'Etat »¹⁷⁵⁹.

Celle-ci tend à assurer « la promotion de conditions de vie favorables à la santé, l'amélioration de l'état de santé de la population, la réduction des inégalités sociales et territoriales et

¹⁷⁵⁹ Art. L 1411-1 du CSP.

l'égalité entre les femmes et les hommes et à garantir la meilleure sécurité sanitaire possible et l'accès effectif de la population à la prévention et aux soins. »¹⁷⁶⁰.

Le gouvernement et le législateur devront ainsi veiller à la bonne poursuite de ces objectifs, afin de garantir le droit à la protection de la santé inscrit au préambule de la Constitution de 1946. Sans passer par une organisation de la régulation proposée dans chacun des territoires, cela pourra s'organiser autour des rapports annuels réalisés par la Cour des comptes et par ses chambres régionales et territoriales. Le CNP jouera là aussi un rôle essentiel permettant de contrôler la pertinence et, surtout, l'efficacité du pilotage régional.

Le législateur aura pour mission d'arrêter les lignes de force de la politique nationale de santé, tout en garantissant le respect des principes essentiels du système : l'accès aux soins.

c. Définir un cadre commun : le maintien d'un conventionnement national entre l'assurance maladie et les professionnels de santé

796. Une décentralisation de la régulation de la santé nécessitera de confier aux acteurs régionaux de plus larges marges de manœuvre sur les dispositifs conventionnels entre l'Assurance Maladie et les professionnels de santé. Pour autant, comme pour les grands principes du système, la détermination d'un cadre général conventionnel restera essentielle. Il s'agira de développer un système proche du système allemand associant pilotage conventionnel national et marges de manœuvre importantes du niveau régional dans la déclinaison locale de ce cadre national.

Les négociations conventionnelles devraient être centrées « sur les enjeux essentiels - politique de rémunération contrainte et équilibrée, accès aux soins préservé, maîtrise médicalisée des dépenses – et ne s'étendre à d'autres sujets que dans la mesure où cette ossature est affermie dans chaque convention » ; et la Cour de poursuivre, en précisant que « ce n'est qu'une fois ce recentrage opéré que pourrait être envisagée la possibilité d'une adaptation régionale, dans le cadre d'enveloppes et sur des thèmes prédéfinis, des politiques conventionnelles »¹⁷⁶¹.

A notre sens, le conventionnement national devrait se limiter à poser un cadre juridique qui aurait finalement vocation à devenir supplétif. C'est-à-dire qu'il aurait pour but de couvrir les

¹⁷⁶⁰ *ibid.*

¹⁷⁶¹ COUR DES COMPTES, « La sécurité sociale. Rapport 2017 sur l'application des lois de financement et de la sécurité sociale », *op.cit.*, p. 148.

champs qui n'ont pas encore été pris en charge par l'échelon régional ; que des négociations n'aient pas encore abouties, ou bien que les partenaires locaux ne souhaitent pas s'en emparer.

797. Au-delà de ce rôle de définition d'un cadre national commun, l'échelon central devra être un lieu d'échanges et d'expertise permettant d'accompagner les acteurs régionaux.

2. Accompagner les acteurs locaux : produire évaluations et expertise

798. Si, pour être efficace, la décentralisation sanitaire doit s'appuyer sur des outils d'évaluation et des indicateurs permettant une connaissance fine du territoire, ceux-ci devront s'inscrire dans un cadre national, et ce pour deux raisons essentielles.

Primo, la définition d'indicateurs nationaux identiques permet d'organiser des comparaisons inter-régionales essentielles afin d'évaluer et comparer la pertinence des régulations régionales et des outils mis en place entre régions. Cela permettra d'identifier les pratiques efficaces, afin d'envisager un élargissement. Les possibilités d'expérimentations multiples induites par la décentralisation ne seront sources d'améliorations potentielles du système qu'à cette condition.

Secundo, la production d'évaluations et d'indicateurs pertinents nécessitent des moyens techniques et humains qui ne seront pas utiles de multiplier dans chaque territoire. Les grandes agences et les instituts nationaux, devront fournir aux décideurs nationaux, aussi bien que locaux, les indicateurs et outils d'évaluation nécessaires.

B. Le maintien des missions régaliennes sanitaires de l'Etat

799. Pour garder une cohérence globale sur le système, la question des conditions générales de qualification des professionnels de santé, ainsi que de régulation professionnelle doivent demeurer une compétence du niveau central.

Il en va de même des missions de type régalien, relatives à la protection de la sécurité sanitaire. Les décisions liées à ces champs d'intervention publique nécessitent en effet un niveau d'expertise qui sera difficile à produire dans chaque région. Par ailleurs, nous ne

voyons pas d'intérêt particulier à opérer la décentralisation de ces fonctions spécifiques du système de santé.

De la même façon, l'ensemble des procédures d'urgence et de veille sanitaire spécifique de lutte contre les épidémies resteront de compétence nationale. Il en va de même de celles liées aux produits pharmaceutiques. Il n'y aurait pas d'intérêt à décentraliser les procédures de contrôle d'innocuité des produits et de mise sur le marché.

C'est également vrai en ce qui concerne les produits remboursés. Cela s'explique aussi bien pour des raisons de sécurité, les décisions de remboursement étant en partie liées au processus d'évaluation de l'efficacité des produits pharmaceutiques, dans l'objectif de maintenir une égalité sur le territoire, en proposant à tous, sur ce point, un panier de soins identiques.

800. Une fois ce cadre national posé, il sera alors possible de confier largement aux régions, et aux conseils régionaux, la responsabilité de la régulation locale.

§2. Une régulation régionale autonome et démocratisée.

801. En faisant des ARS le pivot de la régulation sanitaire régionale, le législateur a entamé un processus, qui en respect du principe de subsidiarité, devrait conduire à renforcer les pouvoirs des Régions sur ces structures.

Ce faisant, une telle modification permettrait de renforcer la démocratisation de la régulation sanitaire régionale (A). Celle-ci devra, là encore, pouvoir s'appuyer sur de nouveaux moyens à la disposition des acteurs pour mener une action originale, concertée, en adéquation avec les besoins de chaque territoire (B).

A. Responsabiliser la Région pour démocratiser la régulation

802. Si, avec l'ARS, l'État s'est imposé de plus en plus comme le régulateur du système de santé au niveau régional, il conviendrait, en application du principe de subsidiarité, de faire de la Région l'acteur chargé de la régulation régionale. De plus, l'association d'une collectivité élue devrait permettre de contrebalancer les apories actuelles du paritarisme, en renforçant le caractère démocratique du système et en revitalisant le débat politique autour de la santé.

La politique de santé apparaît être le fruit de choix techniques et consensuels n'ayant que trop rarement donné lieu à des échanges de fond sur les orientations générales que prenaient le système ; et les changements engagés, qui ont conduit à faire évoluer en partie sa nature, n'ont jamais fait l'objet d'un débat politique et démocratique véritable. D'ailleurs, pour certains auteurs, « ce n'est pas un pilotage régional qui semble s'être mis en œuvre, mais plutôt la persistance d'une régulation publique autoritaire » fondée sur une approche comptable, abritée derrière une façade de modernisation de l'action publique, par laquelle « l'Etat [...] cherche seulement à diminuer les dépenses »¹⁷⁶². Alimenter ce débat par une revitalisation des échanges locaux, préalable nécessaire à la prise en compte de la thématique santé par la population comme un sujet de débat politique, devrait permettre d'ouvrir les échanges sur le sujet, ce que n'a pas totalement encore permis de faire le développement, mesuré, de la démocratie sanitaire.

En 2005, déjà, le commissariat au plan se positionnait « partiellement à contrecourant d'une orientation favorable à l'émergence d'une démocratie sanitaire spécifique », pour une prise en main par la démocratie politique de la santé, et considérait que « les relations actuelles entre politique et santé [...] largement empreintes de méconnaissance, de défiance et surtout d'irresponsabilité » ne pouvaient passer « exclusivement par une délégation expresse aux usagers et à leurs représentants, nonobstant leur rôle majeur et indispensable de contre-pouvoir »¹⁷⁶³. Le commissariat ajoutait être convaincu « en dépit du reflux, momentané et paradoxal, de l'orientation décentralisatrice en matière de santé, constaté depuis quelques années, [...] de la pertinence de la responsabilité des Régions sur les politiques de santé »¹⁷⁶⁴.

¹⁷⁶² DORMIN Jean-Pierre, « Etablissements hospitaliers : comment l'Etat fait-il son marché », in LE GALES Patrick, VEZINAT Nadège, « L'Etat recomposé », Puf, coll. La vie des idées, Mayenne, 2014, p. 68.

¹⁷⁶³ COMMISSARIAT GENERAL DU PLAN, « Pour une régionalisation du système de santé en 2025. Offre, régulation et acteurs : essai de prospective », *op.cit.*, p. 118.

¹⁷⁶⁴ *ibid.*

De notre point de vue, l'impulsion qui permettra de « démocratiser, au sens politique, la santé », devra venir des niveaux locaux et régionaux. Il est ainsi nécessaire de « mettre la santé à l'agenda des politiques de développement régional et local »¹⁷⁶⁵.

Un sondage, publié en 2017, sur la perception par les Français de l'action des Régions, témoignait de la préoccupation importante que représentait cette question. Ainsi, 26% des interrogés considéraient la santé comme devant être une priorité d'actions de leur conseil régional, plaçant cette thématique à la 3ème place, seulement devancée par les transports et le développement économique, alors même qu'il ne s'agit pas d'une prérogative de la collectivité. 78% des sondés considéraient par ailleurs que le processus de décentralisation devait être poursuivi, et pour 81% des répondants, la Région constituait le bon échelon pour expérimenter.

Pour les professionnels de santé eux-mêmes, la région apparaît comme le bon échelon. Ainsi, d'après le Conseil national de l'Ordre des médecins, « le constat est désormais établi, l'organisation des soins souffre d'une gestion trop centralisatrice, totalement déconnectée des besoins des territoires »¹⁷⁶⁶ ; en filigrane le CNOM appelle ainsi à une décentralisation accrue de la régulation.

D'autres voix, politiques, se sont d'ailleurs élevées pour un renforcement du rôle de la Région. Si nous avons déjà abordé le cas de l'ancienne Région Nord-Pas de Calais, à droite de l'échiquier politique cette idée est défendue par certains. Le mouvement « Libres ! », porté par Valérie Pécresse¹⁷⁶⁷, considère qu' « au regard des compétences transversales de la Région en matière de transport, de formation, d'éducation, de logement et de développement économique, la régulation du système de santé, c'est-à-dire la capacité politique de définir les organisations adaptées aux besoins des patients, doit être érigée au rang des compétences de la Région »¹⁷⁶⁸. L'ARF, dans sa « Plateforme à l'intention des candidats à l'élection présidentielle »¹⁷⁶⁹ de 2017, insistait elle aussi sur la nécessité de « donner aux territoires de nouveaux leviers d'action pour que les besoins des usagers et des professionnels exprimés

¹⁷⁶⁵ RICAN Stéphane, VAILLANT Zoé, BOCHATON Audrey, SALEM Gérard, « Inégalités géographiques de santé en France », Les Tribunes de la santé, 2014, n° 43, 2014, p. 45.

¹⁷⁶⁶ CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS, « Construire l'avenir à partir des territoires. La réforme voulue par les médecins », CNOM, 2017, p. 8.

¹⁷⁶⁷ Présidente de la Région Ile de France.

¹⁷⁶⁸ « Lutte contre les déserts médicaux : agir vite », Les cahiers libres !, n°1, 2018, Paris, p. 11.

¹⁷⁶⁹ ARF, « 8 propositions pour conforter et poursuivre la régionalisation dans notre pays. Plateforme à l'attention des candidats à l'élection présidentielle », ARF, Paris, 2017.

localement soient mieux pris en compte dans les politiques régionales de sante »¹⁷⁷⁰. Il s'agissait là, pour l'association, d'un « enjeu de démocratie sanitaire » supposant « la revalorisation du rôle des élus régionaux au sein des ARS »¹⁷⁷¹.

Ainsi, les promoteurs d'une plus grande latitude des acteurs régionaux dans le pilotage sanitaire n'appellent pas à une suppression des ARS, mais plutôt à une reconfiguration de leur pilotage.

803. Dès lors, décentraliser la santé n'implique pas forcément de défaire ce qui a été fait. Les ARS, peuvent, et doivent survivre à une décentralisation sanitaire. Il sera cependant nécessaire de modifier certains aspects de leur pilotage, en renforçant la position des Régions à leur égard, et en leur ménageant des marges de manœuvre plus importantes, une fois sorties de l'orbite étatique.

B. Les moyens d'une régulation décentralisée

804. Confier aux Régions la responsabilité de la régulation régionale nécessitera, inévitablement, de revoir les rapports de force régionaux, et de leur donner les moyens de mettre en œuvre une politique régionale différenciée pertinente.

Cela passera par un contrôle renforcé sur les ARS (1), ainsi que sur la possibilité d'adapter le volume du financement régional (2), en vue de permettre de soutenir une politique régionale s'appuyant sur des marges de manœuvre nouvelles (3).

1. Des ARS sous contrôle régional

805. Si une décentralisation véritable de la santé implique de placer les ARS sous la responsabilité des conseils régionaux, pour autant, il ne nous apparaît pas pertinent de faire de ces agences des services régionaux. Elles doivent maintenir leur indépendance vis-à-vis des

¹⁷⁷⁰ *id.*, p.19

¹⁷⁷¹ *ibid.*

entités existantes afin d'allier les avantages et l'agilité des structures inspirées du *new public management*, tout en réaffirmant le contrôle démocratique local sur elles.

De plus, les ARS sont le lieu de rencontre de paroles et d'intérêts divers, devant tous trouver à s'exprimer, et à participer à la régulation et au pilotage sanitaire local. Certaines fonctions des ARS relèveront d'ailleurs de la responsabilité de l'Etat, comme les fonctions de police, et de veille sanitaire. Pour toutes ces raisons, il sera opportun de maintenir l'indépendance des services de l'ARS vis-à-vis des autres services régionaux.

Dès lors, une gestion décentralisée de la santé impliquerait de modifier le mode de désignation du DGARS. Celui-ci, afin de le dégager de la tutelle hiérarchique nationale, devrait être nommé directement par le Président de Région¹⁷⁷², après avis du conseil régional¹⁷⁷³.

Concernant le conseil de surveillance, sa composition telle que présentée en section 1 ne devrait pas être modifiée. Il est essentiel de faire participer à cette entité l'ensemble des acteurs régionaux. De plus, la présence du préfet nous semble essentielle pour maintenir le lien avec l'Etat et les missions menées par l'ARS pour le compte de l'échelon central.

Le conseil pourrait également se voir attribuer un pouvoir supplémentaire d'interpellation du conseil régional et du ministère en cas de désaccords manifestes avec l'action du DGARS, et ce afin d'établir un contre-pouvoir efficace.

806. Outre le contrôle accru sur l'ARS, les Régions devraient bénéficier d'une plus grande latitude financière, afin de faire de la santé un véritable enjeu politique local.

¹⁷⁷² Aujourd'hui un tel pouvoir de nomination au profit du président de région existe dans le cas des gardes champêtres, dont la nomination, conformément à l'article L 522-2 du CGCT, est prononcée conjointement par le maire de chacune des Communes et, respectivement, par le président du conseil régional, le président du conseil général ou le président de l'établissement public chargé de la gestion d'un parc naturel régional.

¹⁷⁷³ Il est toutefois à noter que ce mode de désignation pourrait poser quelques difficultés, notamment au regard des différents statuts de la fonction publique, et du rattachement du DGARS à l'un des corps. Cela pourrait également poser quelques difficultés d'un point de vue hiérarchique vis-à-vis des agents de l'ARS. Dès lors, la procédure de nomination actuelle pourrait être maintenue, mais conditionnée à la validation préalable des conseils régionaux. La nomination en conseil des ministres ne serait que l'acte matériel juridique support à cette nomination.

2. Un niveau de financement en partie décidé par la Région

807. La question du financement demeure l'une des difficultés majeures des systèmes de santé décentralisés. L'équilibre nécessaire à trouver entre responsabilisation et maintien d'une certaine égalité d'accès aux soins sur le territoire national entraîne indubitablement d'insondables difficultés. Dans le cas d'une régionalisation globale du financement, des mécanismes de péréquation sont en effet à chaque fois développés afin de corriger les écarts de financement liés aux disparités économiques régionales. Dès lors, il ne nous apparaît pas opportun de régionaliser le financement du système de santé. Cela étant, le mécanisme de financement, décrit dans la première section de ce chapitre, s'appuyant sur des ORDAM fixés nationalement et des enveloppes réparties selon des principes de péréquation, gagnerait à être enrichi de la faculté, pour les Régions, de mobiliser des ressources fiscales locales.

Le financement régional reposerait ainsi sur un système mixte de péréquation abondée, s'appuyant sur la possibilité de lever des impôts supplémentaires. Cela permettrait une responsabilisation des conseils et exécutifs régionaux, en ouvrant la possibilité d'un débat local sur le financement de la santé, et sur le niveau des ressources locales à engager dans le système. Un tel dispositif devrait contribuer à accélérer le processus de politisation de la santé, en en faisant un enjeu de débat à l'occasion des campagnes électorales, comme, par la suite, tout au long du mandat, lors des débats budgétaires. Une fiscalisation locale de la santé permettrait dans le même temps de responsabiliser les élus sur ces enjeux particuliers.

Techniquement, cela pourrait être réalisé en découpant la CSG en une part fixe, fixée par l'Etat et péréquée, et une part variable, fixée par les Régions. Les Régions bénéficieraient dès lors d'un budget santé¹⁷⁷⁴ qu'elles pourraient faire évoluer en fonction des besoins ressentis, et dans le but d'abonder le budget de l'ARS.

808. La possibilité de mobiliser des fonds supplémentaires concernant la santé, et d'en faire ainsi un enjeu fort de politique régionale, devra, pour être efficace, servir à la mise en œuvre d'une réelle politique sanitaire régionale s'appuyant sur des marges de manœuvre nouvelles.

¹⁷⁷⁴ Cette CSG régionale garderait les caractéristiques de la CSG, c'est-à-dire qu'elle présenterait le caractère d'un impôt affecté.

3. Des marges de manœuvre nouvelles

809. La prise de contrôle de la Région sur les ARS, et la possibilité de varier localement les moyens financiers devront être associées à la faculté, pour les territoires, de s'approprier les outils permettant une adaptation régionale véritable. Ainsi, la responsabilité du vote du PRS devrait être confiée aux Régions (a), et de nouvelles facultés d'expérimentations devraient être ouvertes afin de renforcer le contrôle régional sur l'offre de soins (b).

a. Le vote du PRS par la Région, moment de débat démocratique

810. Comme l'actualité récente l'a montré, la présentation du projet de PRS au conseil régional, alors même que n'est aujourd'hui requis de lui rien d'autre qu'un avis sur le document, peut permettre la tenue d'un débat de fond sur la politique régionale de santé et ses orientations, témoignant ainsi de l'intérêt des élus régionaux pour la question. En Bourgogne Franche-Comté, le rejet à l'unanimité du projet régional de santé par les élus du conseil régional¹⁷⁷⁵ s'en est suivi d'une interpellation, par courrier du 11 avril 2018, du premier ministre par la Présidente de Région, expliquant les raisons de la position de la Région. Etaient notamment pointées du doigt les difficultés importantes d'accès aux soins ambulatoires de premier recours, et la faiblesse des réponses apportées localement¹⁷⁷⁶. Outre l'intérêt des élus pour la santé, cette contestation locale met en évidence l'intérêt que pourrait revêtir une association plus importante des élus à la définition du PRS. Afin d'en faire un réel document pragmatique concerté et approuvé démocratiquement, la responsabilité de la définition et du vote de celui-ci devrait ainsi être confiés à la Région.

¹⁷⁷⁵ Les Départements de la Côte d'Or et de l'Yonne avaient adopté une position similaire.

Source :

<http://www.bienpublic.com/politique/2018/04/10/projet-regional-de-sante-2018-2022-avis-du-groupe-union-des-republicains-de-la-droite-et-du-centre>

https://www.lyonne.fr/dijon/sante/politique/2018/04/12/apres-le-rejet-du-projet-regional-de-sante-la-presidente-de-bourgogne-franche-comte-ecrit-au-premier-ministre_12810697.html#refresh

Consulté le 05/05/2018

¹⁷⁷⁶ Source :

https://www.lyonne.fr/dijon/sante/politique/2018/04/12/apres-le-rejet-du-projet-regional-de-sante-la-presidente-de-bourgogne-franche-comte-ecrit-au-premier-ministre_12810697.html#refresh

Consulté le 05/05/2018

Il pourrait être fixé selon un régime combinant celui du projet régional de santé¹⁷⁷⁷ et celui du schéma régional d'aménagement, de développement durable et d'égalité des territoires¹⁷⁷⁸. Le conseil Régional aurait à sa charge d'arrêter un projet régional de santé, construit en associant les partenaires régionaux et grâce à l'appui de l'ARS, soumis par la suite pour avis aux mêmes acteurs que le CSP le prévoit aujourd'hui : la conférence régionale de la santé et de l'autonomie, les conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie prévus à l'article L. 149-1 du code de l'action sociale et des familles, le préfet de région, les collectivités territoriales de la région, et le conseil de surveillance de l'ARS. Une fois les avis recueillis, le PRS serait alors arrêté par le DGARS après délibération du Conseil régional le validant.

L'adoption et la constitution du PRS par la Région permettraient de renforcer le caractère démocratique de ce document programmatique régional, tout en ne limitant pas le périmètre du débat au montant de la part régionale de CSG. Les moyens financiers mobilisés pourraient ainsi mettre en perspective les objectifs d'actions régionales concertées et démocratiquement approuvées par une assemblée élue.

811. La réalisation et la poursuite des objectifs du PRS pourront s'appuyer sur de nouvelles possibilités d'adaptation du cadre national et d'expérimentations offertes aux acteurs régionaux.

b. Renforcer le contrôle régional sur l'offre de soins

812. Ce renforcement pourra s'opérer en augmentant les marges de manœuvre régionale sur le conventionnement avec les professionnels (i), et sur l'organisation de la formation (ii).

¹⁷⁷⁷ Arrêté, en application de l'article R 1434-1 du CS, par le DGARS, de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie, des conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie prévus à l'article L. 149-1 du code de l'action sociale et des familles, du préfet de région, des collectivités territoriales de la région, et du conseil de surveillance de l'ARS.

¹⁷⁷⁸ Créé par la loi NOTRe, *op.cit.*

Le SRADDET regroupe les anciens SRADDT, schéma régional de cohérence écologique, schéma régional climat air énergie, Plan Déchet, et schéma régional intermodalité. Le projet de schéma est arrêté par le conseil Régional en associant l'ensemble des acteurs régionaux, et après le recueil d'un certain nombre d'avis consultatifs obligatoires. Une fois les avis recueillis, le SRADDET est arrêté par délibération du conseil régional, puis, conformément à l'article L 4251-6 du CGCT, le SRADDET «est approuvé par arrêté du représentant de l'Etat dans la région. Ce dernier s'assure du respect, par le conseil régional, de la procédure d'élaboration prévue au présent chapitre, de la prise en compte des informations prévues à l'article L. 4251-5 et de sa conformité aux lois et règlements en vigueur et aux intérêts nationaux ». Le préfet n'a donc pas à se prononcer sur le fond du schéma, mais opère un simple contrôle de légalité du document, avant de l'approuver.

i. Un rôle renforcé dans le conventionnement avec les professionnels de santé et les établissements de soins

813. L'article 51 de la LFSS pour 2018¹⁷⁷⁹, placé sous le chapitre II « promouvoir l'innovation en santé », entend autoriser « des expérimentations dérogatoires » aux principes de tarifications conventionnelles afin de « permettre l'émergence d'organisations innovantes dans les secteurs sanitaire et médico-social concourant à l'amélioration de la prise en charge et du parcours des patients, de l'efficacité du système de santé et de l'accès aux soins, ainsi qu' « améliorer la pertinence de la prise en charge par l'Assurance maladie des médicaments ou des produits et prestations associés ». Pour autant ces expérimentations restent, pour la majeure partie¹⁷⁸⁰, placées sous le contrôle et l'autorisation préalable d'un comité technique national et d'un comité stratégique national. Dès lors, les possibilités d'adaptations régionales demeurent limitées, et encadrées.

814. D'ailleurs, comme le notait la Cour des comptes en 2017, le conventionnement entre les professionnels de santé et l'Assurance maladie « a jusqu'ici relativement peu « intégré les particularités régionales »¹⁷⁸¹. Pour autant, « l'intérêt d'une adaptation régionale des actions relevant de l'assurance maladie a [...] été reconnu par les partenaires conventionnels »¹⁷⁸², et la Cour des comptes a pu relever le manque de cohérence « entre la logique de la loi de 2004 qui a profondément réformé le cadre de l'action conventionnelle et celle de la loi de 2009 qui a créé les ARS » laissant subsister « un défaut d'articulation qui débouche sur des incohérences et un manque de coordination et d'efficacité dans le déploiement des

¹⁷⁷⁹ Loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018, JORF n°0305 du 31 décembre 2017, texte n°1.

¹⁷⁸⁰ En application du décret n° 2018-125 du 21 février 2018 relatif au cadre d'expérimentations pour l'innovation dans le système de santé prévu à l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale, JORF n°0045 du 23 février 2018, les expérimentations à portée régionale ou infrarégionale sont instruites et autorisées par le DGARS. Cela concerne les expérimentations devant « permettre l'émergence d'organisations innovantes dans les secteurs sanitaire et médico-social concourant à l'amélioration de la prise en charge et du parcours des patients, de l'efficacité du système de santé et de l'accès aux soins, en visant à :

« a) Optimiser par une meilleure coordination le parcours de santé ainsi que la pertinence et la qualité de la prise en charge sanitaire, sociale ou médico-sociale ;

« b) Organiser pour une séquence de soins la prise en charge des patients ;

« c) Développer les modes d'exercice coordonné en participant à la structuration des soins ambulatoires ;

« d) Favoriser la présence de professionnels de santé dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins.

Toutefois, les autorisations restent tout de même conditionnées à l'avis du conseil d'orientation national de la CNAM.

¹⁷⁸¹ COUR DES COMPTES, « La sécurité sociale. Rapport 2017 sur l'application des lois de financement et de la sécurité sociale », *op.cit.*, p. 148.

¹⁷⁸² *ibid.*

moyens »¹⁷⁸³. La MECSS notait elle aussi le paradoxe que constitue la régionalisation du système sans pour autant augmenter les marges de manœuvre des acteurs régionaux, et invitait dès lors à « renforcer les moyens d'action des ARS sur la régulation des soins de ville pour parfaire la réforme de la loi HPST »¹⁷⁸⁴. Et, de fait, les ARS n'ont pour mission que de décliner les contrats type régionaux arrêtés par le DGARS, sans que ne s'installent de réelles négociations associant les acteurs du territoire¹⁷⁸⁵.

815. Pourtant, dans bien des domaines, les spécificités territoriales nécessiteraient de pouvoir adapter les mécanismes conventionnels définis nationalement. Par exemple, la gestion de la question de la désertification médicale et des difficultés de densité de présence de professionnels de santé gagnerait à être assumée au niveau local par les partenaires et acteurs territoriaux. Certaines ARS¹⁷⁸⁶ ont d'ailleurs pu déplorer les apories du système de zonage nationalement discuté et privilégiant une approche « trop restrictive »¹⁷⁸⁷, en critiquant également les limites « à l'émergence de dispositifs plus adaptés à la réalité du terrain »¹⁷⁸⁸ que constitue le système de négociation conventionnelle uniquement national.

Dans un rapport de 2012, le *think tank* Terranova identifiait le maintien dans le giron central de « la négociation de la convention médicale, la politique de gestion du risque et la régulation de la médecine de ville »¹⁷⁸⁹ comme des limites de la loi HPST, rendant difficiles, pour des ARS disposant principalement de compétences sur le secteur hospitalier, d'opérer « le décloisonnement entre la ville et l'hôpital et la meilleure répartition de l'offre de soins dans les territoires »¹⁷⁹⁰. Dès lors, offrir un contrôle plus important de l'échelon régional, et donc de l'ARS, sur l'organisation du secteur ambulatoire permettrait de faciliter la

¹⁷⁸³ *id.*, p. 123.

¹⁷⁸⁴ LE MENN Jacky, MILON Alain, *op.cit.*, p. 76.

¹⁷⁸⁵ Art. L 162-14-4 du CSS. En application de ce texte, les conventions « peuvent prévoir, par les mêmes contrats types, des modalités d'adaptation régionale d'autres mesures conventionnelles, à l'exception de celles relatives aux tarifs prévus au 1^o du I de l'article L. 162-14-1 du présent code et aux rémunérations de nature forfaitaire fixées par les conventions ».

¹⁷⁸⁶ Dans son rapport de 2017, la Cour des comptes fait notamment état des ARS Ile de France, Champagne-Ardenne et Franche-Comté qui avaient critiqué le découpage en bassins de vie, non adaptés à leur territoire ou jugés artificiels par les professionnels et peu compréhensibles pour les instances locales de démocratie sanitaire. *in* COUR DES COMPTES, « La sécurité sociale. Rapport 2017 sur l'application des lois de financement et de la sécurité sociale », *op.cit.*

¹⁷⁸⁷ COUR DES COMPTES, « La sécurité sociale. Rapport 2017 sur l'application des lois de financement et de la sécurité sociale », *op.cit.*, p. 59.

¹⁷⁸⁸ *ibid.*

¹⁷⁸⁹ BENAMOZIG Daniel « Réinventons notre système de santé, au-delà de l'individualisme et des corporatismes. Rapport de recherche », Terra Nova, Paris, 2012, , p. 97.

¹⁷⁹⁰ *ibid.*

construction de parcours de soins, en redonnant une marge de négociation et de nouveaux leviers aux décideurs régionaux. A cet égard, le CNOM, assez critique vis-à-vis de la place de plus en plus importante qu'occupent aujourd'hui les groupements hospitaliers de territoire, considère qu'une redistribution des cartes régionales « permettra [...] d'intégrer enfin la médecine de ville dans l'organisation des soins sur le territoire »¹⁷⁹¹. Cela pourrait se faire autour d'une ARS détenant les clés pour organiser et piloter l'organisation hospitalière comme ambulatoire, et libre d'organiser de véritables discussions avec l'ensemble des acteurs. Dans cette optique, il pourrait être pertinent, sans modifier globalement les articulations actuelles entre ARS et hôpitaux, de laisser plus de marge de manœuvre aux agences pour organiser la politique hospitalière régionale. Car celle-ci, « censée être pensée localement est au final standardisée ». De plus grandes latitudes sur la négociation des CPOM, afin d'aménager localement la T2A, souvent décriée¹⁷⁹², permettraient notamment, dans le cadre d'une réflexion régionale, de contourner les effets de sélection qu'elle induit entre établissements de santé, tout en permettant d'adapter les tarifs aux réalités du territoire.

816. De plus, augmenter les marges de manœuvre régionales, loin de réduire les marges de négociation des partenaires conventionnels, pourraient conduire à renforcer le paritarisme en l'orientant vers la résolution de difficultés constatées localement sur une base négociée et discutée autorisant une plus grande souplesse d'adaptation. Cela permettrait également, face à « la réactivité souvent lente »¹⁷⁹³ des partenaires nationaux, d'offrir plus rapidement un cadre aux innovations locales proposées par les professionnels de santé eux-mêmes.

817. Les URPS pourraient ainsi revenir de véritables instances opérationnelles permettant une articulation interprofessionnelle et une discussion partenariale avec l'ARS.

¹⁷⁹¹ CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS, « Construire l'avenir à partir des territoires. La réforme voulue par les médecins », CNOM, 2017, *op.cit.*, p. 10.

¹⁷⁹² Voir à ce titre : LE MONDE, « Qu'est-ce que la T2A, qui cristallise les tensions à l'hôpital ? », 13 février 2018.

Source :

http://www.lemonde.fr/sante/article/2018/02/13/qu-est-ce-que-la-t2a-qui-cristallise-les-tensions-a-l-hopital_5256264_1651302.html

Consulté le 07/04/2018

¹⁷⁹³ LEICHER Claude, « Médecine générale et sécurité sociale : une rupture progressive ? », Les Tribunes de la santé, n°50, 2016, p. 45.

En matière de lutte contre la désertification, la très relative efficacité des mesures incitatives invite à repenser l'action locale, en autorisant des limitations locales d'installation en zones surdotées, ainsi que la négociation régionale autour de contrats spécifiques permettant d'envisager de manière plus souple le contournement du statut libéral au profit de structures ambulatoires de premiers recours portées par les ARS.

Pour autant, afin de limiter les concurrences interrégionales et d'éviter une « course à l'armement », un quota médical maximum, calculé en fonction d'indicateurs socio-sanitaires, et limitant dans les régions le nombre de professionnels de santé par type, pourrait être pensé et mis en œuvre. Le CNP aurait alors à sa charge d'alerter les Régions, et, le cas échéant de proposer des pénalités financières aux Régions dépassant ces quotas.

Autoriser les expérimentations régionales permettrait de plus d'offrir des terrains d'expérimentations. L'évaluation et la concertation opérées au niveau national, par le CNP et par le Parlement, permettront de dégager des pistes d'amélioration du dispositif national de cadrage conventionnel. Sur la valorisation de certaines activités aujourd'hui peu valorisées, comme celles relatives à la prévention, multiplier les expérimentations permettra de trouver plus rapidement des solutions généralisables dans un second temps.

818. Augmenter les leviers régionaux en matière de soins ambulatoires, pour être pleinement efficaces, devrait s'accompagner d'une réflexion régionale en matière de formation.

ii. La formation

819. Une régionalisation accrue s'appuyant sur une appréciation plus fine des besoins locaux conduira mécaniquement à ouvrir le débat sur la formation, qui est une des compétences de la Région¹⁷⁹⁴. Plus particulièrement, le mécanisme de *numerus clausus* qui, selon le CNOM, « a fait la preuve de son inefficacité »¹⁷⁹⁵, se trouve « contourné »¹⁷⁹⁶ et donc, « ne régule pas la démographie médicale »¹⁷⁹⁷, pourrait être revu. Sur la base des

¹⁷⁹⁴ Déjà responsable des formations sanitaires et sociales.

¹⁷⁹⁵ CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS, « Construire l'avenir à partir des territoires. La réforme voulue par les médecins », *op.cit.*, p. 19.

¹⁷⁹⁶ *ibid.*

¹⁷⁹⁷ *ibid.*

besoins identifiés dans les territoires, chaque région pourrait ainsi fixer le nombre de places disponibles, réparties ensuite entre les étudiants à l'issue d'une épreuve classante régionale¹⁷⁹⁸.

En plus de provoquer un débat prospectif sur les besoins régionaux en termes de professionnels de santé, une telle approche permettrait de légitimer les éventuelles limitations à la liberté d'installation qui découleraient des conventionnements régionaux, en les inscrivant dans une politique réfléchie, raisonnée, et rendue compréhensible pour des acteurs territoriaux associés à son élaboration. Cela encouragerait également les acteurs régionaux de la formation à dynamiser le cadre et le contenu des formations dispensées.

820. Ainsi, la décentralisation telle que présentée ici ne bouleversera pas les grands équilibres institutionnels de la France. Notre République décentralisée n'en deviendra pas une République fédérale. Pour autant, les phénomènes de glocalisation observés et présentés précédemment, invitent, de manière prospective, à réfléchir à la manière dont ils pourraient trouver à s'incarner dans l'Hexagone.

¹⁷⁹⁸ En lieu et place de l'épreuve classante nationale clôturant le second cycle des études de médecine. Le CNOM propose de définir 5 inter-régions, et d'organiser dans ce cadre l'épreuve de classement permettant de répartir les places entre les différentes spécialités. Une telle articulation nous semble compliquer encore le dispositif, en ajoutant un nouvel échelon territorial. De plus, la procédure de fusions régionales issues de la loi NOTRe, a conduit à augmenter la taille des Régions et à leur conférer une taille critique suffisante pour prendre en charge cet aspect.

A ce propos v. CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS, « Construire l'avenir à partir des territoires. La réforme voulue par les médecins », *op.cit.*

§3. Vers une glocalisation de la santé ?

821. La glocalisation invite à repenser l'action publique, et surtout, celle de l'Etat, à la lumière du double mouvement de globalisation et de localisation qui le taraude de l'intérieur comme de l'extérieur. En matière sanitaire, il impliquerait notamment une montée en puissance de l'Europe dans le champ sanitaire (B). Sur le plan interne, le cas de la Nouvelle-Calédonie nous permet d'entrevoir ce que pourrait être une totale décentralisation sanitaire (A).

A. Le cas de la Nouvelle-Calédonie : Une perspective pour les Régions françaises ?

822. Si le Conseil d'Etat, dans un arrêt du 15 mai 1995¹⁷⁹⁹, a ouvert la voie à une différenciation territoriale en matière sanitaire, il faut rappeler qu'il existe déjà un cas, au sein de la République française, de décentralisation totale de la compétence santé.

En effet, l'article 22 de la loi organique du 19 mars 1999 attribue à la Nouvelle-Calédonie les compétences en matière de protection sociale et d'hygiène publique et de santé¹⁸⁰⁰.

La santé est administrée en Nouvelle-Calédonie par une direction de la santé. Cette direction¹⁸⁰¹ constitue un service de l'administration de la collectivité placé sous la tutelle du ministre du gouvernement calédonien en charge de la santé. Le financement du système de santé est principalement assuré par des cotisations¹⁸⁰², gérées par la caisse de compensation des prestations familiales, des accidents du travail et de prévoyance des travailleurs de Nouvelle-Calédonie, en charge de la gestion du régime unifié d'assurance maladie-maternité.

¹⁷⁹⁹ CE 15 Mai 1995, Syndicat des pharmaciens de Guyane, n° 140898, mentionné aux tables du rec. Lebon.

Par cet arrêt, les juges avaient annulé un arrêté ministériel fixant des quotas démographiques identiques en Métropole et en Guyane pour servir de fondement à l'attribution des licences d'exploitation d'officines pharmaceutiques. Les juges ont considéré qu'« en retenant pour la création d'officine en Guyane des chiffres identiques à ceux applicables en Métropole sans avoir pris en compte les caractéristiques de ce département, notamment en ce qui concerne sa situation démographique et l'état de la consommation médicale et pharmaceutique, le ministre [avait] commis une erreur manifeste d'appréciation ».

¹⁸⁰⁰ Loi organique n° 99-209 du 19 mars 1999 organique relative à la Nouvelle-Calédonie, JORF n°0068 du 21 mars 1999, p. 4197.

Seule la santé scolaire demeure de compétence étatique.

¹⁸⁰¹ L'une des plus importantes du Pays.

¹⁸⁰² Environ 90%, le reste étant financé par des impôts prélevés et fixés par la Nouvelle-Calédonie.

Ainsi si le système, et ses grands principes, sont similaires, pour bonne part, à ceux observables en Métropole, il n'en reste pas moins, que l'organisation sanitaire est régie et pilotée par le gouvernement calédonien, en association avec les partenaires sociaux locaux, dans le cadre des lois et règlements du Pays. Pour autant, les dispositions et principes constitutionnels français s'appliquent à la Nouvelle-Calédonie comme aux autres territoires de la République. Ainsi, par analogie, le cas calédonien montre, même en l'état actuel du droit, qu'il n'y a pas d'obstacles constitutionnels fondamentaux à une décentralisation quasiment totale de la santé et de la protection sociale.

823. Mais même si les Calédoniens administrent eux-mêmes leur santé, il n'en demeure pas moins que certains domaines nécessitent parfois de s'organiser, ou de s'appuyer sur des compétences présentes à un échelon territorial supérieur. Par exemple, la Nouvelle-Calédonie conventionne avec l'ANSP afin de bénéficier d'un appui scientifique et d'une expertise de qualité. De la même façon, la Nouvelle-Calédonie ne dispose pas d'une agence spécialisée sur les médicaments, et s'appuie pour cela sur la compétence de l'ANSM.

824. On le voit, certaines compétences, et ce même dans un cadre très décentralisé, gagneront à être maintenues à un niveau supra-régional. Mais peut-être qu'à l'avenir d'autres acteurs que l'Etat seront mieux à même de les assumer.

B. Vers une Europe sanitaire ?

825. L'Union européenne est aujourd'hui un marché commun, et la totalité des pays européens veillent, ou tentent de veiller, à la sécurité des produits auxquels sont exposés les populations, et présentent pour ce faire, en matière de santé, de nombreux principes et préoccupations identiques, même si leurs déclinaisons nationales peuvent varier. De fait, « les conceptions de l'homme, de ses droits dans la relation médicale et biomédicale, se rejoignent souvent »¹⁸⁰³ et « protection de la dignité humaine, droit à l'autonomie personnelle, respect de

¹⁸⁰³ BROSSET Estelle, « Droit(s) européen(s) de la santé : mettre en ordre ? », in, BROSSET Elisabeth (ss. la dir. de), « Droit européen et protection de la santé. Bilans et perspectives », *op.cit.*, p. 5.

l'intégrité physique sont des principes communs »¹⁸⁰⁴ guidant les dispositions juridiques prises en matière de santé.

Dès lors, qu'est ce qui justifie que soit organisée au niveau étatique la délivrance des autorisations de mise sur le marché ? Pareillement, la gestion des crises sanitaires, qui, d'autant plus dans un contexte de libre circulation des personnes, ne peut pas s'inscrire uniquement dans les limites des frontières de chaque pays, doit-elle être organisée par les seuls Etats ? En application du principe de subsidiarité, peut-être conviendrait-il de confier à l'Europe ces missions. Et, de fait, les Etats européens ont peu à peu fait le choix d'organiser les réponses à ces sujets dans le cadre d'instances supra-étatiques ; des institutions communautaires ont ainsi peu à peu fait leur apparition sur ces champs d'action publique, dépossédant les Etats de missions à coloration régaliennne. Dès le début des années 1990, les Etats européens ont en effet vu apparaître des agences communautaires concurrençant leurs organes internes. En 1993, tout d'abord, l'agence européenne du médicament¹⁸⁰⁵ a été instituée, suivie, l'année suivante par la constitution de l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail. Au début des années 2000, une deuxième vague est apparue, avec, tout d'abord, l'Autorité européenne de sécurité des aliments créée en 2002¹⁸⁰⁶, puis le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies installé en 2005¹⁸⁰⁷. La commission européenne a également développé des organes dédiés¹⁸⁰⁸, comme l'agence exécutive pour les consommateurs, la santé et l'alimentation¹⁸⁰⁹.

826. Et même si la santé demeure une compétence des Etats membres, la législation afférente est de plus en plus régie et conditionnée par le droit européen ; plus particulièrement, ce sont les principes directeurs des systèmes de santé, et les fonctions

¹⁸⁰⁴ *ibid.*

¹⁸⁰⁵ Règlement (CEE) n° 2309/93 du Conseil, du 22 juillet 1993, établissant des procédures communautaires pour l'autorisation et la surveillance des médicaments à usage humain et à usage vétérinaire et instituant une agence européenne pour l'évaluation des médicaments, JOUE L n° 214 du 24 août 1993, p. 1.

¹⁸⁰⁶ Règlement (CE) n° 178/2002 du Parlement européen et du Conseil établissant les principes généraux et les prescriptions générales de la législation alimentaire, instituant l'Autorité européenne de sécurité des aliments et fixant des procédures relatives à la sécurité des denrées alimentaires, 32002R0178, adopté le 28 janvier 2002, JOUE, 21 février 2002, p. 1, L 031.

¹⁸⁰⁷ Règlement (CE) n° 851/2004 du Parlement européen et du Conseil instituant un Centre européen de prévention et de contrôle des maladies, adopté le 21 avril 2004, JOUE, 30 avril 2004, L 142/1.

¹⁸⁰⁸ Elle y est autorisée en vertu du Règlement (CE) n° 58/2003 du Conseil du 19 décembre 2002 portant statut des agences exécutives chargées de certaines tâches relatives à la gestion de programmes communautaires, JOUE n° L 011 du 16 janvier 2003, p. 1.

¹⁸⁰⁹ Qui a succédé à l'Agence exécutive pour la santé et les consommateurs en 2014.

régaliennes de protection et de sécurité sanitaire¹⁸¹⁰ ainsi que la gestion et la prévention des crises¹⁸¹¹, qui sont de plus en plus influencés par le droit européen. Concernant l'expertise, l'Europe prend également une place de plus en plus importante ; c'est notamment le cas en matière de toxicomanie, via l'instauration en 1993 d'un observatoire européen des drogues et des toxicomanies¹⁸¹².

Les textes européens ont d'ores et déjà un impact direct sur les décisions en matière sanitaire des pays européens. A titre d'exemple, la Lituanie s'est vue condamnée par la CJUE¹⁸¹³ en 2010 pour violation du code communautaire relatif aux médicaments à usage humain¹⁸¹⁴ après avoir maintenu l'autorisation nationale de mise sur le marché d'un médicament, octroyée avant l'adhésion du pays à l'UE, et contrevenant ainsi aux dispositions communautaires¹⁸¹⁵. Mais d'autres champs pouvant devenir de la responsabilité de l'échelon national dans le cadre d'un système de santé décentralisé pourraient être transférés au niveau européen. La question de la transposition des droits d'une Région à l'autre, garantissant l'accès aux soins,

¹⁸¹⁰ L'UE occupe une place de plus en plus importante dans la réglementation liée aux prélèvements et à l'utilisation de tissus ou d'organes humains.

A titre d'exemple, nous citerons la Directive 2010/45/UE du Parlement européen et du Conseil du 7 juillet 2010 relative aux normes de qualité et de sécurité des organes humains destinés à la transplantation, JOUE, n° L 207/14 du 6 août 2010 ainsi que la Directive 2004/23/CE du Parlement européen et du Conseil du 31 mars 2004 relative à l'établissement de normes de qualité et de sécurité pour le don, l'obtention, le contrôle, la transformation, la conservation, le stockage et la distribution des tissus et cellules humains, JOUE Journal officiel n° L 102 du 07 avril 2004, p. 48.

¹⁸¹¹ En matière de gestion des crises sanitaires, on citera notamment le Règlement (CE) n° 999/2001 du Parlement européen et du Conseil du 22 mai 2001 fixant les règles pour la prévention, le contrôle et l'éradication de certaines encéphalopathies spongiformes transmissibles, JOUE, n° L 147 du 31 mai 2001, p. 1.

La gestion des menaces transfrontalières est également réglementée : Décision n° 1082/2013/UE du Parlement européen et du Conseil du 22 octobre 2013 relative aux menaces transfrontières graves sur la santé et abrogeant la décision n° 2119/98/CE Texte présentant de l'intérêt pour l'EEE, JOUE, n° L 293/1 du 5 novembre 2013, qui « établit les règles relatives à la surveillance épidémiologique, à la surveillance des menaces transfrontières graves sur la santé, à l'alerte précoce en cas de telles menaces et à la lutte contre celles-ci, y compris en ce qui concerne la planification de la préparation et de la réaction liées à ces activités, afin de coordonner et de compléter les politiques nationales ».

¹⁸¹² Règlement (CEE) n° 302/93 du Conseil, du 8 février 1993, portant création d'un observatoire européen des drogues et des toxicomanies, JOUE n° L 036 du 12 février 1993, p. 1.

¹⁸¹³ Mais ce n'est pas le seul pays ayant eu à pâtir des décisions de la Cour. Parfois, les décisions de la Cour, prises en application des principes européens de la concurrence, peuvent également avoir un impact indirect sur les décisions des Etats justifiées par la protection de la santé publique, comme ce fut le cas de la France en 2010. En l'espèce, selon la Cour, la France, en mettant en place un système de prix minimal pour la vente au détail des cigarettes et en interdisant la fixation de prix de natures promotionnelles jugés contraires aux objectifs de santé publique, avait contrevenu aux obligations qui lui incombait en vertu de la directive 95/59/CE du Conseil, du 27 novembre 1995, concernant les impôts autres que les taxes sur le chiffre d'affaires frappant la consommation des tabacs manufacturés.

CJUE, Affaire C-197/08 Commission européenne contre République française, arrêt du 4 mars 2010, Rec. 2010 I-01599.

¹⁸¹⁴ Directive 2001/83/CE du Parlement européen et du Conseil du 6 novembre 2001 instituant un code communautaire relatif aux médicaments à usage humain, JOUE, n° L 311 du 28/ novembre 2001, p. 67.

¹⁸¹⁵ Arrêt de la Cour (première chambre) du 28 octobre 2010 — Commission européenne/République de Lituanie, Affaire C-350/08), 2010/C 346/07, JOUE du 18 février 2010, C 346/5.

serait certainement aussi efficacement gérée par l'Europe que par l'Etat, d'autant qu'elle assure déjà ce type de mission entre les Etats, notamment par le biais d'une directive de 2011¹⁸¹⁶ sur les soins de santé transfrontaliers, qui, de l'aveu de Vincent Hourdy, alors conseiller santé auprès de la représentation permanente de la France auprès de l'Union européenne, « a donné l'opportunité à la Commission de s'immiscer dans l'organisation des systèmes de soins des Etats membres »¹⁸¹⁷.

827. Pour conclure sur cette question nous citerons Louis Dubouis, qui résume assez bien les évolutions actuellement à l'œuvre : « le dynamisme du droit européen de la santé a pourtant été tel qu'aujourd'hui peu de domaines échappent à son emprise et que dans certains d'entre eux, par exemple la libre circulation des médicaments ou la recherche médicale, c'est le droit national qui apparaît comme subsidiaire au droit européen. Et si l'on essaie de se projeter dans le futur, il y a toutes raisons de croire que ce dynamisme continuera à se manifester aussi longtemps que se poursuivra l'unification européenne, car l'Europe de la santé est le fruit non du hasard, mais de la nécessité. L'Europe de la santé est inhérente au développement de l'intégration économique et sociale. L'ouverture des frontières à la libre circulation des personnes et des marchandises n'est praticable, acceptable, qu'à la condition de ne porter atteinte ni à la sécurité, ni à la santé »¹⁸¹⁸.

¹⁸¹⁶ Par le biais, notamment de la Directive 2011/24/UE du Parlement européen et du Conseil du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers, JOUE n° L 88/45 du 4 avril 2011, qui a notamment pour but « d'établir des règles visant à faciliter l'accès à des soins de santé transfrontaliers sûrs et de qualité élevée dans l'Union, et à garantir la mobilité des patients conformément aux principes établis par la Cour de justice et à promouvoir la coopération en matière de soins de santé entre les États membres, dans le plein respect des responsabilités des États membres en matière de définition des prestations de sécurité sociale liées à la santé et en matière d'organisation et de prestation de soins de santé, de soins médicaux et de prestations de sécurité sociale, en particulier pour la maladie ».

¹⁸¹⁷ HOURDY Vincent, « La France et l'action de l'Union en matière de santé. Interview », in BROSSET Elisabeth (ss. la dir. de), « Droit européen et protection de la santé. Bilans et perspectives », *op.cit.*, p. 79.

¹⁸¹⁸ DUBOUIS Louis, « Conclusions générales », in BROSSET Elisabeth (ss. la dir. de), « Droit européen et protection de la santé. Bilans et perspectives », *op.cit.*, p. 434.

CONCLUSION DU CHAPITRE 2

828. Les propositions ici formulées dessinent ainsi les contours que pourrait avoir une décentralisation sanitaire portant en elle un double objectif. Elle permettrait tout d'abord de réaliser une authentique régionalisation de la régulation sanitaire, associant pleinement les organes élus aux décisions en matière

829. Ainsi, si une telle modification n'est pas sans constituer quelques risques il s'agirait néanmoins d'une opportunité réelle d'inscrire les questions sanitaires dans le débat public local. En procédant de manière incrémentale, évolutive, le processus pourrait être contrôlé, évalué, et réajusté. Cela autoriserait de donner corps à la volonté affichée d'opérer une démocratisation du système de santé, que les limites de la démocratie sanitaire et les faiblesses actuelles du paritarisme ne parviennent pas totalement à incarner. Cela permettrait également de mettre en cohérence le constat de la pertinence du niveau régional pour organiser la régulation du système de santé avec l'esprit du principe de subsidiarité.

830. Les voies proposées dans ces lignes ne cherchent pas à exclure le niveau central du pilotage sanitaire. Celui-ci doit seulement reconfigurer son intervention en se concentrant sur ce qui relève de sa responsabilité, et laisser aux territoires le soin d'apporter leurs réponses aux problèmes que pose la régulation sanitaire régionale.

CONCLUSION DU TITRE 2

831. Les expériences étrangères présentées dans ces lignes, au prix d'un détour un peu fastidieux dans l'organisation interne de chacun des pays étudiés, ont permis de dresser quelques constats sur la décentralisation sanitaire. D'abord, nous avons pu mettre en évidence que la décentralisation sanitaire reste une voie possible d'organisation du système, et ce quelle que soit la situation constitutionnelle propre des Etats. Ensuite, il faut considérer qu'il n'existe pas en la matière une décentralisation, mais *des* décentralisations ; ou, tout au moins, des façons différentes d'envisager la décentralisation.

Les différentes manières dont la décentralisation a pu être menée ont également permis de nous éclairer sur les risques potentiels et les écueils à éviter, mais aussi sur les opportunités que constitue ce type d'organisation. La démocratisation du système en est certainement la principale. Mais elle est également une piste d'amélioration de l'efficacité du système en ce qu'elle constitue, sous certaines précautions, une chance de mieux adapter les systèmes aux réalités locales, et, au final, de dégager de nouvelles pistes d'améliorations pour l'ensemble du système.

832. Nous avons ensuite pu proposer une articulation s'inspirant des constats forgés par l'analyse de ces expériences diverses. Bien entendu, les « *recettes* » étrangères ne peuvent pas être transposées telles quelles en France. Il s'agit plus de dégager des idées qui alimenteront la réforme du système français.

Par ailleurs, la décentralisation ne se fera pas du jour au lendemain. Ce type de changement nécessite de s'installer dans un processus progressif, autorisant un contrôle sur la manière dont il est mené. Car finalement, en matière d'action publique, la seule boussole pertinente est celle de l'efficacité. Mais cette efficacité doit être mesurée à l'aune d'indicateurs multiples.

La performance du système, bien entendu, en est un. L'égalité, l'accès de tous à des services de santé de qualité et la faculté des citoyens et usagers à opérer un contrôle démocratique sur la manière dont ceux-ci sont organisés, en sont d'autres, différents, mais tout aussi importants.

CONCLUSION DE LA PARTIE 2

833. La décentralisation est-elle l'avenir de la santé ? C'est à cette question que nous avons essayé de répondre dans cette partie. Pour ce faire nous avons été amenés à nous interroger sur ce qu'était la décentralisation, et la manière dont elle pouvait se mettre en œuvre dans un Etat unitaire tel que la France. Cette approche théorique, s'appuyant notamment sur les travaux menés par Eisenmann en la matière, nous a permis d'apporter un nouvel éclairage sur la décentralisation. Nous avons ainsi pu proposer une lecture évolutive du phénomène décentralisateur. L'Etat unitaire, afin de moderniser et d'adapter au mieux son action, se voit, de ce point de vue, engagé dans un processus consistant, dans un premier temps, à déconcentrer son organisation, puis, dans un second temps, à associer au pilotage de l'action publique des organes élus : les collectivités territoriales. Le territoire local, au fur et à mesure, s'émancipe du centre.

Les autres déterminants de ce phénomène résident dans l'impact de la globalisation, et dans son lien avec la décentralisation. Associés, ces deux phénomènes, invitent à reconsidérer le rôle de l'Etat et les attributions de chacun des différents échelons.

Le droit encadrant la décentralisation se construit sur ces deux dynamiques parallèles, et contribue à les renforcer par les outils qu'il crée.

834. Si la santé semble avoir été pour l'instant exclue de la décentralisation, rien ne permet d'expliquer que cela continue d'être le cas. Dès lors, esquisser les contours d'une potentielle décentralisation sanitaire pourrait permettre d'anticiper ces changements futurs. C'est ce que nous avons tenté de faire dans nos derniers développements.

CONCLUSION GENERALE

835. Dans un travail de recherche, il peut être délicat de convoquer la notion de « *laboratoire* », tant elle apparaît galvaudée. Pour autant, c'est bien ce que nous avons voulu faire dans ces lignes, en traitant de la régionalisation sanitaire.

En effet, de notre point de vue, les mécanismes ayant présidé à la réforme de l'administration de la régulation sanitaire, témoignent assez bien des tendances façonnant la réforme de l'action publique.

La santé, secteur particulier présentant un grand nombre d'intervenants divers, a été longtemps délaissée par l'Etat. Cela n'est aujourd'hui plus le cas. La prise en main étatique a certainement trouvé son aboutissement dans la mise en place des ARS.

La création de ces entités originales – mais dont la structure est peu étonnante pour qui a observé *l'agencification* de l'Etat, dont elles constituent l'aboutissement – est venue clôturer une séquence assez récente de structuration de l'administration de la santé, sous contrôle étatique, véritablement entamée dans les années 1990. D'ailleurs, c'est peut-être la rapidité de ces modifications, réalisées sur une période relativement condensée, qui permet de révéler les lignes de fuite de ces évolutions plus facilement que dans d'autres secteurs.

836. Mécaniquement se pencher sur la santé et sur la régionalisation invite à envisager de nouveau les rôles attribués aux différents échelons territoriaux. Par conséquent cela conduit, forcément, à s'interroger sur la décentralisation.

Si les cadres théoriques permettent de mieux comprendre les mécanismes à l'œuvre, il n'est cependant pas possible de s'en contenter. Etudier la décentralisation nécessite de « privilégier

le dynamique sur le statique, les mouvements sur les modèles »¹⁸¹⁹. Pour Kelsen « la décentralisation, entendue au sens dynamique, atteint son degré le plus élevé lorsque toutes les fonctions peuvent être remplies indistinctement par tous les sujets de l'ordre juridique. Mais les deux situations [...] ne sont en vérité que des cas-limites idéaux : dans la réalité sociale jamais elles ne se rencontrent. Dans les ordres juridiques historiques, jamais les fonctions qu'ils instituent ne peuvent être remplies par n'importe quel individu, comme jamais elles ne peuvent l'être – à l'extrême opposé – toutes par un seul et unique individu »¹⁸²⁰. Mais en pratique, cette question est celle de la gouvernance.

837. Dès lors, avant de se demander *qui fait quoi*, peut-être est-il nécessaire de se demander *qui devrait le faire, comment le faire*, et donc, ensuite, *comment l'organiser*. C'est là que le droit retrouve sa place. S'il ne règle pas tout, il permet de créer un cadre propice ou non, efficient ou non, et doit surtout porter des concepts et être mis en œuvre au service de principes. L'égalité en est un, la liberté en est un autre.

Ce jeu de balancier entre ces deux principes essentiels et fondateurs de notre droit rythme le débat permanent sur la décentralisation. Pour autant, l'observation des processus par lesquels elle se met en œuvre et se développe permet de dépasser ce débat.

Selon Marc Joyau, « l'adaptation du principe d'égalité aux réalités peut conduire à une inégalité de traitement, à la condition que celle-ci soit justifiée en droit par l'un ou l'autre des motifs suivants : soit l'existence de différences de situations appréciables, soit la présence d'une nécessité d'intérêt général »¹⁸²¹. La différenciation territoriale peut donc autoriser la reconnaissance de différences de situations fondant la remise en cause formelle du principe d'égalité, afin de garantir, *in fine*, l'effectivité même de ce principe. Le mariage de l'égalité et de la liberté, moteur de la différenciation territoriale, peut dès lors être consacré.

¹⁸¹⁹ DELMAS-MARTY Mireille, « Le pluralisme ordonné et les interactions entre ensembles juridiques », *Rec. Dalloz*, 2006, p. 951.

¹⁸²⁰ KELSEN Hans, « Théorie pure du droit », *op.cit.*, p. 308.

¹⁸²¹ JOYAU Marc, « Egalité et outre-mer », in BENETTI Julie (ss la dir. de), « Les collectivités territoriales et le principe d'égalité », L'Harmattan, Paris, 2016, p. 180.

838. Naviguant ainsi à distance raisonnable de Charybde et Scylla, nous avons ici voulu proposer une lecture de la décentralisation se fondant sur des dynamiques construites et alimentées par la vie publique, mais également par le droit lui-même. Venant au service de la décentralisation, le droit la fondant lui permet de s'émanciper de la volonté de l'échelon central.

839. Dès lors, il ne s'agit plus, selon nous, de se positionner pour ou contre la décentralisation, mais de se demander comment la mettre en œuvre. Au fond le débat se déplace ainsi de la légitimité, vers la méthode choisie. Ainsi, c'est bien à un débat sur le rôle de chacun des échelons que la décentralisation invite. Il faut également noter que la décentralisation ne chasse pas la centralisation. L'apparition *des territoires* dans l'Etat ne fait pas disparaître *le territoire* de l'Etat.

La décentralisation invite cependant à repenser le rôle de chacun « à l'heure de la *crise de l'État*, qui est avant tout une crise de l'efficacité de ses interventions, il pourrait être porteur d'inciter les pouvoirs publics à élaborer les cadres d'un *État pragmatique* »¹⁸²² prenant la mesure des principes juridiques qu'il reconnaît, et qui le construisent.

840. Nous avons ici tenté de mieux cerner et analyser les soubresauts de la décentralisation, envisagés comme les crises de croissance d'un corps qui, inexorablement, poursuit sa croissance. Et des Actes qui se jouent, l'on entrevoit le dénouement.

Il en va de même concernant la santé. Et si ce domaine particulier de l'action publique nous a conduit à mieux comprendre la réforme de l'action publique, réciproquement, l'étude de la régionalisation et de la décentralisation nous permet de mieux appréhender les changements que nous pourrions voir se dessiner dans le futur. La régionalisation de la santé n'a pas encore été menée à terme. Elle devra tôt ou tard, selon nous, entamer sa mue.

¹⁸²² BARRAUD Boris, « Le pragmatisme juridique », *op.cit.*, p. 195.

BIBLIOGRAPHIE

I/ Ouvrages, manuels et thèses

A. Ouvrages et manuels généraux

- AUBY Jean-Bernard, AUBY Jean-François, NOGUELLOU Rozen, « Droit des collectivités locales », 6ème éd. Puf, Thémis droit, Paris, 2015, 416 p.
- AQUILINO Morelle, TABUTEAU Didier, « La santé publique », Que sais-je ? , Puf, Paris, 2010, 126 p.
- BOBBIO Norbert, « Essais de théorie du droit », préface de Riccardo Guastini, Bruylant, LGDJ, Paris, 1998, 286 p.
- BONNICI Bernard, « La politique de santé en France », PUF, coll. Que sais-je, Paris, 2011, 125 p.
- BRAS, PIERRE-LOUIS ; DE POUVOURVILLE, GERARD ; TABUTEAU, DIDIER. « Traité d'économie et de gestion de la santé », éd. de Santé, Paris, 2009, 564 p.
- CARBONNIER Jean « Sociologie juridique », Puf, Quadrige, 3ème éd, 2016, Paris, 415 p.
- CORNU Gérard (ss. la dir. de), « Vocabulaire juridique », Puf, Quadrige, 12ème éd., Paris, 1103 p.
- DIEDERICHS Olivier, LUBEN Ivan, « La déconcentration », PUF, Paris, 1995, 127 p.
- DOCKES Emmanuel, « Valeurs de la démocratie », Méthodes du droit, Dalloz, Paris, 2005, 183 p.

- EISENMANN Charles, « Ecrits de droit administratif », Dalloz, 2013, Millau, 655 p.
- EISENMANN Charles, « Cours de droit administratif », deux Tomes, coll. Anthologie du droit, LGDJ, Lextenso, IEDP, Mayenne, 2014, 1794 p.
- FRIER Pierre-Laurent, PETIT Jacques, « Droit administratif », LGDJ, éd Lextenso, 9ème éd., Mayenne, 2014, 628 p.
- GOHIN Olivier, « Les institutions administratives » 5ème éd, LGDJ, Paris, 2006, 854 p.
- KADA Nicolas, PASQUIER Romain, COURTECUISSÉ Claire, AUBELLE Vincent (ss. la dir. de), « Dictionnaire encyclopédique de la décentralisation », Berger Levrault, Domont, 2017, 1096 p.
- KAUFFMAN Pascal, YVARS Bernard (ss. la dir. de), « Intégration européenne et régionalisme et régionalisme dans les pays en développement », L'Harmattan, Condé-sur-Noireau, 2004, 344 p.
- LAUDE Anne, MATHIEU Bertrand, TABUTEAU Didier, « Droit de la santé », 2ème éd., Puf, Thémis droit, Paris, 2009, 726 p.
- LECA Antoine, LUNEL Alexandre, SANCHEZ Samuel, « Histoire du droit de la santé », LEH, Coll. Intempora, Paris, 2014, 320 p.
- MAGNON Xavier, « Théorie(s) du droit », Ellipses, 2008, 167 p.
- PALIER Bruno, « La réforme des systèmes de santé », PUF, coll. Que sais-je, 8ème éd, Paris, 2017, 127p.
- PELET Rémi, SKRZYERBAK Arnaud, « Leçons de droit social et de droit de la santé » Sirey, Manuel, 2ème éd, 2008, Lonrai, 642 p.
- RIALS Stéphane, ALLAND Denis (ss.la dir.de), « Dictionnaire de la culture juridique », PUF, coll. Quadriga, Paris, 2003, 1649 p.
- TERRE François (ss. la dir. de), « Regards sur le droit », Dalloz, Paris, 2010, 401 p.

- TRUCHET Didier, « Droit administratif », Puf, Thémis droit, 5ème éd., Lonrai, 2013, 476 p., p.198

B. Ouvrages spéciaux

- ALAM Thomas, GURRUCHAGA Marion (ss. la dir. de), « Collectivités, territoires et santé : regards croisés sur les frontières de la santé. Actes du colloque GRALE – CERAPS – Université de Lille du 13 au 15 décembre 2012», L’Harmattan, Condé-sur-Noireau, 2015, 404 p.

- ALLEMAND Roselyne (ss. la dir. de), « Les effets du droit de l’Union européenne sur les collectivités territoriales », L’Harmattan, Paris, 2011, 415 p.

- AMSELEK Paul (ss. la dir.), « Théorie du droit et science », PUF, Leviathan, 1994, 328p.

- BARRAUD Boris, « Le pragmatisme juridique », L’Harmattan, BibliothèqueS de droit, Paris, 2017, 331 p.

- ANDERSEN Robert, DEOM Diane, LEURQUIN-DE-VISSCHER Françoise, RASSON-ROLAND Anne, RENDERS David, VERDUSEN Marc (ss. la dir. de), « Itinéraires d’un constitutionnaliste. Mélanges en hommage à Francis Delpérée », Bruylant, LGDJ, 2007, Bruxelles, 1790 p.

- AUBY Jean-Bernard, RENAUDIE Olivier (ss. la dir.), « Réforme territoriale et différenciation(s) », Berger Levrault, Sc. po. coll. Au fil du débat, Domont, 2016, 134 p.

- AUBY Jean-Bernard, « La globalisation, le droit et l’Etat », LGDJ, Lextenso, 2ème éd., Paris, 2010, 264 p.

- AUDOIT Chrystelle, ROTURIER Laurent, « L’acte III de la décentralisation. Une nouvelle donne pour les territoires », Les essentiels, Territorial éd., Paris, 2017, 85 p.

- BADIE Bertrand, « La fin des territoires », CNRS, Biblis éd., 2013, 273 p.

- BARTHELEMY Joseph, « Provinces pour construire la France de demain », Grasset, 1941, 94 p.
- BAZOCHE Maud, « Département ou Région, les réformes territoriales de Fénélon à Jacques Attali », L'Harmattan Paris, 2002, 366 p.
- BENETTI Julie (ss. la dir. de), « Les collectivités territoriales et le principe d'égalité », L'Harmattan, Paris, 2016, 234 p.
- BLONDIAUX Loïc, MARCOU Gérard, RANGEON François, (ss. la dir. de), « La démocratie locale. Représentations, participation et espace public. Colloque organisé par le Centre de recherches administratives publiques et sociales, et le Centre universitaire de recherches administratives et politiques de Picardie », PUF, Paris, 1999, 424 p.
- BŒUF Jean-Luc, MAGNAN Manuela, « Les collectivités territoriales et la décentralisation », Découvertes de la vie publique, 4ème éd., La Doc. française, Paris, 2008, 164 p.
- BOUTHILLIER Yves, « Le drame de Vichy. Tome 2. », Plon, 1951, 552 p.
- BOUTIN Christophe, ROUVILLOIS Frédéric (ss. la dir. de), « Décentraliser en France. Idéologies et prospective. Colloque du Centre, 28 et 29 novembre 2002 », François-Xavier de Guibert, 2003, 308 p.
- BRISSON Jean-François (ss. la dir. de), « Les transferts de compétences de l'État aux collectivités locales : actes des journées de l'Association française de droit des collectivités locales organisées les 19 et 20 septembre 2007 à Bordeaux et à Agen / par le CERDARE (Université Montesquieu Bordeaux IV), l'Association française des collectivités locales, le Centre universitaire d'Agen », L'Harmattan, Paris, 2009, 593 p.
- BRUAULT Philippe, RENAUDINEAU Guillaume, SICARD François, « Le principe de subsidiarité », La Doc. française, Paris, 2005, 111 p.
- BURDEAU François, « Liberté Libertés locales chéries ! », éd. Cujas, Vendôme, 1983, 277 p.

- CADEU Emmanuel (textes réunis par), « Perspectives du droit public : Mélanges offerts à Jean-Claude Hélin », Lexis-Nexis, Litec, éd. du Juris-Classeur, 2004, Fontenay-le-Comte, 564 p.
- CALMES-BRUNET Sylvia, SAGAR Arun (ss. la dir. de), « Fédéralisme, décentralisation et régionalisation de l'Europe . Perspectives comparatives. Actes du colloque de Rouen », Lextenso, L'Epitoge, Condé-sur-Noireau, 2017, 256p.
- CARBONNIER Jean, « Flexible droit. Pour une sociologie du droit sans rigueur », LGDJ, 8ème éd., Paris, 1995, 496 p.
- CAROMELLE Eliane, « Le « projet de Nancy » et la question de la décentralisation administrative à la fin du Second Empire », Mémoire de Maîtrise, Nancy II, UFR Histoire, 1968, 96 p.
- CASTAING Cécile (ss. la dir. de), « La territorialisation des politiques de santé, Actes de la journée d'étude organisée le 22 novembre 2011 par le Centre d'étude et de recherche sur le droit administratif et la réforme de l'État de l'université Montesquieu-Bordeaux IV », LeH, 2012, Sofia, 197 p.
- CHATFIELD Christopher, « Les Régions et la santé », LEH éd., Bordeaux, 2011, 68 p.
- CHAVRIER Géraldine, « Le pouvoir normatif local : enjeux et débats », LGDJ, , Lextenso éd., Paris, 182 p.
- CHEMILLIER-GENDREAU Monique, « Finances publiques et santé publique », études offertes par Paul-Maire Gaudement, LGDJ, Paris, 1988, 360 p.
- CHICOT Pierre-Yves, ETIEN Robert, TEISSERENC Pierre (ss. la dir. de), « L'influence des régimes juridiques des collectivités territoriales d'outre-mer sur l'évolution de l'Etat français », Actes du colloque des 3 et 4 novembre 2011, éd CUJAS, Paris, 2013, 269 p.
- CLEMENT Jean-Marie, « Panorama critique des réformes hospitalières de 1789 à nos jours », LEH, Coll.Essentiel, Paris, 2007, 96 p.
- CLERY Marc-olivier, « Les CPOM : De l'organisation décrétée à la planification concertée», LEH, Bordeaux, 2002, 304 p.

- CONAC Gérard, Herbert MAISL Herbert, VAUDIAUX Jacques (textes réunis par), « Itinéraires: études en l'honneur de Léo Hamon », Economica Coll. Pol. Comparée, Paris, 1982, 685 p.
- COUTY Edouard, KOUCHNER Camille, LAUDE Anne, TABUTEAU Didier (ss. la dir.), « La loi HPST. Regards sur la réforme du système de santé », Presses de l'EHESP, Coll. Droit et Santé, Rennes, 2009, 394 p.
- DABIN Jean, « Théorie générale du droit », Dalloz, coll. Philosophie du droit, Paris, 1969, 424 p.
- DAMAREY Stéphanie, « La loi organique du 1er août 2001 relative aux lois de finances », Ellipses, 2ème éd., Paris, 2016, 128 p.
- DAWSON Georges, « L'évolution des structures de l'administration locale déconcentrée en France », thèse pour le doctorat en droit, 1968, librairie générale de droit et de jurisprudence, Paris, 566 p.
- DEBBASCH Charles (ss. la dir. de), « La décentralisation pour la rénovation de l'Etat : colloque organisé par la faculté d'Aix-Marseille les 23 et 24 mai 1975 », PUF, Paris, 1976, 247 p.
- DEBRE Michel, « La mort de l'État républicain », Gallimard, Paris, 1947, 244 p.
- DELORS Jacques, « Mémoires », Plon, Paris, 2003, 511 p.
- De TOCQUEVILLE Alexis « Œuvres complètes », Vol. 4, M. Lévy, 7e éd, 1856
- DUMONT Gérard-François, « Les régions et la régionalisation en France », Ellipses, coll. Transversales, Paris, 175 p.
- DREVET Jean-François, « Histoire de la politique régionale européenne », Belin, Lassay-les-Châteaux, 2008, 285 p.
- DULONG Renaud, « La question bretonne », Anthropos, Paris, 1975, 196 p.
- GARBAR Christian-Albert (textes réunis par), « Les mutations contemporaines du droit public. Mélanges en l'honneur de Benoît Jeanneau », Dalloz-Sirey, Paris, 720 p.

- FANTINO Bruno (ss. la dir. de), « ARS, mode d'emploi », Dunod, coll. santé social, Paris, 2014, 293 p.
- FATOME Etienne, FRESSOZ Pierre, GONOD Pascal (textes réunis par), « Terres du droit. Mélanges en l'honneur d'Yves Jégouzo », Dalloz, 2009, Saint-Just-la-Pendue, 826 p.
- FAURE Alain (ss. la dir. de), « Territoires et subsidiarité. L'action publique à la lumière d'un principe controversé », L'Harmattan, Paris, 1997, 307 p.
- FORTIN Yves (ss. la dir. de), « La contractualisation dans le secteur public des pays industrialisés depuis 1980 », L'Harmattan, Paris, 1999, 423 p,
- GENY François, « Méthodes d'interprétation et sources du droit positif », LGDJ, 2 vol, Paris, 1919, 910 p.
- KADA Nicolas
- (ss. la dir. de), « Les tabous de la décentralisation », ss. la dir. de Nicolas Kada, Berger Levrault, 2015, Domont, 398 p.
 - (ss. la dir. de), « De la réforme territoriale à la réforme de l'Etat », Ouvrage issu du colloque sur la réforme de l'État organisé à Grenoble en novembre 2010 par le CERDHAP et le GRALE, Grenoble, 2011, 296 p.
 - « Les collectivités territoriales dans l'Union européenne. Vers une Europe décentralisée ? », Presses Universitaires de Grenoble, Grenoble, 2010, 190 p.
 - (ss. la dir. de), « L'intérêt public local. Regards croisés sur une notion juridique incertaine », PUG, Péronnas, 2009, 224 p.
- KELSEN Hans, « Théorie pure du droit », Traduction de la 2ème éd., Bruylant, LGDJ, Paris, 1962, 367 p.
- LA SALLE DE ROCHEMAURE Felix, « Régionalisme et Félibrige », Imprimerie Moderne, Aurillac, 1911, 82 p.
- LABASSE Jean, « L'Europe des régions », 1991 Flammarion, Paris, 432 p.

- LAPOINTE Benoît, « La mondialisation et les collectivités territoriale. Une relation étroite », Berger-Levrault, coll. Au fil du débat, Boulogne-Billancourt, 2017, 321 p.
- LE FAOU Anne-Laurence, « Les systèmes de santé en questions. Allemagne, France, Royaume-Uni, Etats-Unis et Canada », Ellipses, Tours, 224 p.
- LE FUR Louis, « Etat fédéral et confédération d'Etats », Panthéon Assas, LGDJ, Les Introuvables, Paris, 2000, 839 p.
- LE GALES Patrick, VEZINAT Nadège, « L'Etat recomposé », Puf, coll. La vie des idées, Mayenne, 2014, 107 p.
- LEROUSSEAU Nicole (textes réunis par), « La décentralisation à la croisée des chemins : actes du colloque du 16 février 2007 / organisé par le Laboratoire d'études des réformes administratives et la décentralisation, Université François Rabelais, Tours », L'Harmattan, Paris, 2007, 252 p.
- LOPEZ Alain, « Réguler la santé », Presses de l'EHESP, 2013, Rennes, 415 p.
- MARTIN Henri, « Histoire de la France populaire », Librairie Furne, T.3, Paris ; 1890, 395 p.
- MARTINAT Patrick, « Les Régions, clefs de la décentralisation ». LGDJ, Lextenso éditions, Paris, 2010, 215 p.
- MARCOU Gérard « La régionalisation en Europe, rapport du Groupement de Recherches sur l'Administration Locale », Univ. Paris I, Paris, 1999, 175 p.
- MARTIN-PAPINEAU, NATHALIE. « Les territoires de la santé : actes du colloque de l'Institut de droit social et sanitaire », LGDJ, 2009, 136 p.
- MATHIEU Bertrand (ss. la dir. de), « 1958-2008. Cinquantième anniversaire de la Constitution française », AFDC, Dalloz, 2008, Paris, 802 p.
- MIOSSEC Jean-Marie, « Géohistoire de la régionalisation en France », Puf, coll. Quadrige, 2009, Paris, 640 p.

- MOCKLE Daniel, « La gouvernance, le droit et l'Etat : la question du droit dans la gouvernance publique », Bruylant, Bruxelles, 2007, 299 p.
- NEGRIER Emmanuel, JOUVE Bernard (ss. la dir. de) , « Que gouvernent les Régions d'Europe ? Echanges politiques et mobilisations régionales », L'Harmattan, Clamecy, 1998, 335 p.
- OHNET Jean-Marc, « Histoire de la décentralisation française », Librairie générale française, La flèche, 1996, 351 p.
- OST François, « A quoi sert le droit ? Usages, fonctions, finalités », Bruylant, Bruxelles, 2016, 570 p.
- PASQUIER Romain, SIMOULIN Vincent, WEISBEIN Julien, « La gouvernance territoriale . Pratiques, discours et théories », Postface de Patrick Le Galès, LGDJ, Lextenso éditions, Paris, 2013, 330 p.,
- PASQUIER Romain, « Le pouvoir régional. Mobilisations, décentralisation et gouvernance en France », Presses de Sc.Po., Condé-sur-Noireau, 2012, 379 p.
- PELLET Rémi, « Les finances sociales : économie, droit et politique », LGDJ, coll. Systèmes, 2001, 211 p.
- PERROT Danielle (ss. la dir. de) « Collectivités territoriales et organisations régionales. De l'indifférence à l'interaction », L'Harmattan, Paris, 2014, 680 p.
- PETIT Jacques (textes réunis par), « Les collectivités locales. Mélanges en l'honneur de Jacques Moreau », Economica, 2003, Paris, 491 p.
- PHILIP-GAY Mathilde (ss. la dir. de), « Les études d'impact accompagnant les projets de loi », LGDJ, Paris, 2012, 178 p.
- PLASSERAUD Yves, « l'Europe et ses minorités », PUG, Grenoble, 2012, 320 p.
- POLESE Mario, SHEARMUR Richard, TERRAL, Laurent. « La France avantagée : Paris et la nouvelle économie des régions », Odile Jacob, 2014, 224 p.

- PONDAVEN Philippe, « Contrôle de légalité et collectivités territoriales », Berger-Levrault, Paris, 2011, 266 p.
- PONTIER Jean-Marie, « L'Etat et les collectivités locales. La répartition des compétences », LGDJ, 1978, 630 p.
- PORTELLI Hugues, DE LARA Philippe (ss. la dir. de) « La décentralisation en France. L'état des politiques publiques, la dynamique des réformes locales, la dimension européenne », La découverte, Paris, 1996, 432 p.
- REGAD Caroline (ss. la dir. de), « Aux limites du droit », Préface de Jacques Commaille, mare & martin, Paris, 2016, 378 p.
- ROKKAN Stein, URWIN Derek, « The politics of territoriality identity. Studies in european regionalism, Sage, Londres, 1983, 448 p.
- RONDINELLI Donizetti Herculano, « Decentralization in developing countries : a review of recent experiences », World Bank staff working paper, n°581, World Bank, 1983, 99 p.
- SUPIOT Alain (ss. la dir. de), « La solidarité, enquête sur un principe juridique », Éd. Odile Jacob, Paris, 2015, 368 p.
- TARTOUR Laurence, BOUVIER Michel, « L'autonomie financière des collectivités territoriales en droit français », LGDJ Lextenso, Paris, 2012, 413 p.
- THOUMELOU Marc, « Collectivités territoriales, quel avenir ? », La Doc. française, Paris, 2011, 230 p.
- TO-BIN Im, « Le préfet dans la décentralisation », L'Harmattan, Paris, 1997, 364 p.
- TROPER Michel « La théorie du droit, le droit, l'Etat », PUF, Leviathan, Paris, 2001, 352 p.
- VANDENDRIESSCHE Xavier (textes réunis pas) « Etudes en l'honneur de Pierre Sandevor. Service public, services publics », L'Harmattan, 2000, Alès, 310 p.
- VERCLYTTE Stéphane, « La déconcentration en France : histoire et actualité », La Doc. française, Paris, 1997, 137 p.

- VIDAL DE LA BLACHE Paul, « Tableau de la géographie de la France (1903) », La Table ronde, Paris, 1995, 235p.
- WAKOTE Reine, « Les nouvelles compétences régionales. Quel(s) renforcement(s), quelle(s) orientation(s) », postface de Michel Fromont, L'Harmattan, Paris, 2017, 280 p.
- WALINE Marcel (préf), « Recueil d'études en hommage à Charles Eisenmann », Cujas, Paris, 1975, 467p.
- « Comparer les systèmes de protection sociale en Europe du Nord et en France », Rencontres et recherche, Mire, Rencontres d'Oxford, Vol.4, 2 t. 1999, Paris, 750 p.
- « Comparer les systèmes de protection sociale en Europe », Rencontres et recherche, Mire, Rencontres d'Oxford, Vol.1, 1998, Paris, 619 p.
- « Comparer les systèmes de protection sociale en Europe du Sud », Rencontres et recherche, Mire, Rencontres de Florence, Vol.3, 1997, Paris, 611 p.
- « Comparer les systèmes de protection sociale en Europe », Rencontres et recherche, Mire, Rencontres de Berlin, Vol.2, 1996, Paris, 510 p.
- « La profondeur du droit local. Mélanges en l'honneur de Jean-Claude Douence », Dalloz, Paris, 2006, 501 p.
- « Le droit administratif : permanences et convergences, Mélanges en l'honneur de Jean-François Lachaume, Dalloz, 2007, Saint-Just-la-Pendue, 1122 p.
- « Le dialogue des juges : Mélanges en l'honneur du président Bruno Genevois », Dalloz-Sirey, Saint-Just-la-Pendue, 2009, 1166 p.
- « Recherches et réalisations. Mélanges en l'honneur de Pierre Vellas », Pedone, Paris, 1995, 949 p.
- « Renouveau du droit constitutionnel. Mélanges en l'honneur de Louis Favoreu », Dalloz, 2007, Saint-Just-la-Pendue, 1783 p.

C. Thèses

- DE BRIANT Vincent, « L'action commune en droit des collectivités territoriales. Contribution à l'étude des compétences exercées en commun par l'Etat et les collectivités territoriales », Préface de Jean-Bernard Auby, Logiques juridiques, L'Harmattan, Paris, 2009, 557 p.
- DEPUSSAY Laurent, « La régionalisation des Etats unitaires », Thèse pour le doctorat en droit, Paris XI, 2005, 538p.
- DUCLOS Laurent, « Paritarisme(s) et institution(s). La représentation du rapport Capital-Travail dans la gestion de services établis dans l'intérêt général : les cas de l'électricité et des allocations familiales », Thèse pour le doctorat de l'Institut d'Études Politiques de Paris, Fondation nationale des sciences politiques, Paris, 2006, 567 p.
- DURANTHON Arnaud, « Subsidiarité et collectivités territoriales. Etudes sur la subsidiarisation des rapports entre Etat et collectivités territoriales en droit public français », Dalloz, Lonrai, 2017, 1012p.
- FOURNIE François, « Recherches sur la décentralisation dans l'œuvre de Maurice Hauriou », LGDJ, Condé-sur-Noireau, 2005, 629 p.
- JOYAU Marc, « De l'autonomie des collectivités territoriale françaises », Préface de Jean-Yves Vincent, Thèse de doctorat soutenue à l'Université de Nantes, LGDJ, Paris, 1998, 362 p.
- JOYE Jean-François, « L'action économique territoriale », Logiques individuelles, Texte remanié de thèse de doctorat soutenue à l'Université de Chambéry, L'Harmattan, Paris, 2000, 500 p.
- GORGE Anne-Sophie, « Le principe d'égalité entre les collectivités territoriales », Dalloz, Saint-Herblain, 2011, 692 p.
- GUENOUN Marcel. Le management de la performance publique locale. Etude de l'utilisation des outils de gestion dans deux organisations intercommunales », Sciences de l'Homme et Société, Université Paul Cézanne - Aix-Marseille III, 2009, 688 p.

- LEO-COMBRADE Bertrand, « L'obligation d'étude d'impact des projets de loi », Thèse de doctorat en droit public soutenue à Paris 1 le 8 décembre 2015, Préface de Michel Verpeaux, Nouvelle bibliothèque de thèses, Dalloz, Paris, 2017, 520 p.
- MAESTRE Philippe, « Les agences sanitaires nationales », Thèse de droit, P.U. d'Aix Marseille, 2006, 712 p.
- MASSON Jean-Louis, « Provinces, départements, régions, l'évolution des circonscriptions administratives de la fin de l'Ancien Régime à nos jours », Thèse de droit public, éd Fernand Lanore, Paris, 1984, 550 p.
- ROMBAUTS-CHABROL Tiphaine, « L'intérêt public local », Dalloz, Lonrai, 558 p.

II/ Articles et doctrines

- AMILHAT Mathias, « Contractualisation, négociation, consensualisme : nouvelles approches du droit public », RFDA, 2018, p. 1.

- AMIEL Philippe, DELANDE Guy, « Les agences régionales de santé : un colosse aux pieds d'argile », Revue droit & santé n° 34, p. 194.

- ANELL Anders, GLENNGARD Anna, MERKUR Sherry, « Sweden health system review », Health system in translation, European observatory on health systems and policies, Vol.14, n°5, 2012, 187p.

- ANTOINE Serge,, « L'aménagement du territoire et l'expansion régionale », Etudes et documents, 5, 1958, p. 1.

- APOLLIS Benoît

- « Le financement du service public hospitalier », RDSS, 2017, p. 657.
- « Autorités de régulation : retour sur la nature juridique des ARS », RGDM, n°55, 2015, p. 361.
- « Quel hôpital public au début du XXIe siècle ? », RDSS, 2015, p. 7.
- « La dualité fonctionnelle du directeur général de l'ARS », RDS n°53, 2013, p. 377.
- « Les préfets et la santé après la loi du 21 juillet 2009 », RGDM, n° spé., 2011, p.59.

- APOLLIS Benoît, TERRIER Emmanuel, « La réforme de la planification hospitalière », AJDA, n°8, 2006, p. 422.

- AUBELLE Vincent

- « La péréquation, une mécanique en trompe l'œil devenue obsolète », RLCT, n°94, 2014, p. 11.
- « Réflexions préliminaires sur la loi « MAPAM » », RLCT, n., 2014, n°97, 2014, p. 59.

- BARILARI André, « La définition traditionnelle des cotisations sociales ou l'arbre qui cache la forêt », RFFP, n° 128, 2014, p. 217.
- BELLOTTI Alexandre, RENEAU Raphaël, « Rapport de synthèse : Des collectivités territoriales en mutation », RLCT, n°97, 2014, p. 77.
- BLANC Yannick, « L'État survivra-t-il à la prolifération des normes ? Point de vue », AJCT, 2014, p. 313.
- BÉUF Jean-Luc, « L'autonomie financière des collectivités locales existe-t-elle ? », RLCT, n°56, 2010, p. 57.
- BOLGHERINI Silvia, ROUX Christophe, « Les régions d'Europe et l'enjeu des coopérations », Pôle Sud, , n° 29, 2008, p. 111.
- BONICOT Catherine, FROMENT Etienne, « L'exercice du contrôle de légalité », JCP N, n°11, 2001, p. 584.
- BONNET-PINEAU Elisabeth, « La réforme régionale en France : une occasion manquée ? », EchoGéo, 2016, n°35, 2016, 12 p.
- BORDELOUP Jean, « Les agences régionales de l'hospitalisation : clarifications ou nouvelles ambiguïtés ? », Droit social, 1996, p. 878.
- BORGETTO Michel, « Action sociale : la nouvelle donne territoriale », RDSS, 2011, p. 3.
- BOTTINI Fabien, « L'impact du New public management sur la réforme de la fonction publique territoriale », RLCT, n°97, 2014, p.18
- BOURDOISSEAU Julien, « La « généralisation » de la complémentaire santé : un bilan », RDSS, 2017, p.436
- BOUVIER Michel, « La réforme de la taxe professionnelle et les transformations de l'autonomie financière », RFDA, 2011, p. 267.
- BRACONNIER Stéphane, « Le fantôme de la métropole », AJDA 2011, p. 65.

- BRECHAT Pierre-Henri, « Naissance et histoire de la régionalisation des politiques de santé », Adsp, n°46, Paris, 2014, p. 15.
- BRECHAT Pierre-Henri, LOPEZ Alain, « Pour une planification en santé adaptée à notre temps », RDSS, 2016, p. 612.
- BRISSON Jean-François, « Les transferts de compétences de l'Etat aux collectivités locales », Droit Administratif, n°4, 2008, p. 8.
- BRONDEL Séverine, « Le retour du service public hospitalier », AJDA, 2012, p. 1826.
- BROSSET Estelle, « L'impossibilité pour les collectivités territoriales françaises d'exercer le pouvoir législatif à l'épreuve de la révision constitutionnelle sur l'organisation décentralisée de la République », RFDC, n° 60, 2004, p. 695.
- CALMETTE Jean-François, « Loi organique relative aux lois de finances (LOLF) : un texte, un esprit, une pratique », RFAP, n°117, 2006, p. 43.
- CAILLOSSE Jacques
 - « Quel droit administratif enseigner aujourd'hui ? », La Rev. adm., n°329, 2002, p. 351.
 - « La révision générale des politiques publiques et la question de l'« usager » », RFDA, 2013, p. 499.
- CAMBY Jean-Pierre, « La décision du conseil constitutionnel sur la loi de finances pour 2006 : "LOLF, AN I" », Les Petites Affiches, n°95, 2006, p. 6.
- CASTAING Cécile, « Les agences régionales de santé : outil d'une gestion rénovée ou simple relais du pouvoir central ? », AJDA, 2009, p. 2212.
- CAVE Isabelle, « Les inégalités de santé dans le discours politique (1848-1902) », Les Tribunes de la santé, n° 43, 2014, p. 79.
- CEPRE Ludovic, « Rivalités, territoire et santé : enjeux et constats pour une vraie démocratie sanitaire », Hérodote, 2011, n° 143, p. 65.

- CHAMBARETAUD Sandrine, LEQUET-SLAMA Sandrine, « Les systèmes de santé dans les pays nordiques de l'Union européenne. Suède, un système géré librement par les comtés », Adsp, n°46, 2004, p. 9.
- CHADELAT Jean-François, « Les enjeux du financement de la santé », RFAP, n°113, 2005, p. 65.
- CHASSANG Michel, Martial OLIVIER-KOEHRET, « Le syndicalisme médical, entre contestation et cogestion », Les Tribunes de la santé, 2010, n° 26, p. 61.
- CHAUVEAU Sophie, « Quelle histoire de l'hôpital aux XXe et XXIe siècles ? », Les Tribunes de la santé, n° 33, 2011, p. 81.
- CHEVALLIER Jacques, « Le regard de Jacques Chevallier », RIEJ, 2013, n° 70, p. 60
- CHICOT Pierre-Yves, « Le principe de libre administration des collectivités territoriales : la déconcentration contre la décentralisation », RLCT, 2014, n°102, 2014, p. 53.
- CLEMENT Jean-Marie, « La loi HPST : rupture ou continuité », in Le volet hospitalier de la loi HSPT : enjeux, premier bilan et perspectives, RGDM, numéro spécial, 2011, p. 14.
- COMBEAU Pascal, « Les nouveaux visages territoriaux de la déconcentration », RFDA, 2010, p. 1011.
- CORMIER Maxime
 - « Régulation(s) de l'hôpital public », RDSS, 2015, p. 131.
 - « Le phénomène contractuel en droit de la santé », RGDM, n° spécial « Le contrat en droit de la santé », 2007, p. 21.
 - « Déconcentration de la compétence en matière de planification et d'autorisation de certains équipements matériels lourds, notamment en matière d'imagerie », RDSS, 2002, p. 520.
- COURREGES Cécile, LOPEZ Alain, « L'Agence Nationale de Santé : le défi d'un pilotage national unifié, refusant technocratie et centralisation », Santé Publique, Vol. 24, 2012, p. 229.

- DAMAREY Stéphanie, « Les chambres régionales des comptes : quelle efficacité du contrôle de la gestion ? » BJCL, n° 11/13, 2013, p. 734.
- DAMON Julien, « Le paritarisme : quelles partitions ? », RDSS, 2017, p. 525.
- DE BERRANGER Thibaut, « Les compétences des régions en matière de santé dans les quinze Etats membres de l'Union européenne, approche comparative pour contribuer à la réflexion sur une éventuelle décentralisation du système de santé français », RDSS, n° 2, 2006, p. 2.
- DE BRIANT Vincent, « La réforme territoriale française : une réforme italienne ? », AJCT, 2014, p. 397.
- DE MONTECLER Marie-Christine
 - « Le projet de loi de décentralisation se précise », AJDA, 2013, p. 597.
 - « Lancement du « pacte territoire-santé » contre les déserts médicaux », AJDA, 2012, p. 2413.
- DEGOMMIER Sébastien, « La responsabilité de l'État du fait du contrôle de légalité et du contrôle budgétaire », AJDA, n°1, 2010, p. 39.
- DELANDE Guy, « Les agences régionales de santé : un colosse aux pieds d'argile », RDS n°34, 2010, p. 197.
- DELAUNAY Bénédicte, « Les réformes tendant à améliorer les relations des citoyens avec les administrations », AJDA, 2011, p. 1180.
- DESJOURDY Alain, « Les réformes de la santé en Suède : quelles leçons pour le Québec », Cahiers de recherche en politique appliquée, Vol. II, n° 3, 2009, p. 17.
- DOMIN Jean-Paul, « De la démocratie sociale à la démocratie sanitaire : une évolution paradigmatique ? », Les Tribunes de la santé, n° HS 3, 2014, p. 21.
- DONIER Virginie, ALBERT Jean-Luc, « La solidarité à la charge des départements », AJDA, 2013, p. 272.

- DONIER Virginie

- « Les partenariats entre ARS et départements », RDSS, n°3, p. 451.
- « Les clairs-obscur de la nouvelle répartition des compétences », AJDA, 2011, p. 92.

- DOUENCE Jean-Claude, « Les métropoles », RFDA, 2011, p. 258.

- DURAN Patrice, « Légitimité, droit et action publique », L'Année sociologique 2009, vol.59, p. 303

- EL GHOZI Laurent, « Les politiques municipales de santé publique », Les Tribunes de la santé, n° 34, 2012, p. 19.

- EVIN Claude, « Les nouveaux outils d'une politique territoriale de santé : un mille-feuille qui a besoin d'une mise en cohérence », RDSS, 2017, p. 107.

- FAURE Bertrand

- « L'épisode constitutionnel de la réforme des collectivités territoriales », RDP, n°5, 2015, p. 1173.
- « Le Conseil d'Etat et le pouvoir réglementaire des collectivités territoriales : L'heure de vérité ? », AJDA, 2013, p. 2240.
- « La nouvelle compétence générale des départements et des régions », RFDA, 2011, p. 240.
- « Le regroupement départements-région: Remède ou problème ? », AJDA, 2011, p. 86.
- « Le problème réglementaire du pouvoir réglementaire des autorités administratives secondaires », Cahiers du Conseil constitutionnel, n°19, 2006, p. 119.

- FARGION Valeria, « Le système de santé italien : évolution de la répartition des compétences et du mode de financement », RFAS, n°2-3, 2006, p. 296.

- FERREIRA Nelly

- « L'acte III de la décentralisation aura-t-il (enfin) lieu ? », RLCT, n°92, 2013, p. 10.

- « Chef de filât et conférence territoriale et l'action publique », JCP A, n° 8, 2014, p. 2048.
- FROMENTIN Rémy, « L'assurance maladie régionalisée ? », Les Tribunes de la santé, n°12, 2006, p. 65.
- GAUDIN Jean-Pierre, DUBOIS Jérôme, « L'action publique par convention : les politiques contractuelles aujourd'hui », Cahiers de l'Institut de la décentralisation n° 3, 2003.
- GHEBALI-BAILLY Marguerite, « Les agences régionales de l'hospitalisation, ou l'Etat éclaté », RDSS, 1997, p. 571.
- GILLES William, « Le département financeur », AJDA, 2011, p. 1842.
- GINON Anne-Sophie, « Le glissement de l'assurance maladie obligatoire vers les complémentaires : vers une autre conception des dépenses de santé ? », RDSS, 2017, p. 91.
- GINON Anne-Sophie, « L'Ondam peut-il s'imposer comme outil de régulation des dépenses d'assurance maladie ? », RDSS, 2008, p. 1096.
- GLASER Emmanuel, « Contrôle de la légalité des actes des collectivités territoriales », RLCT, n°4, 2005, p. 17.
- GOHIN Olivier, « La loi MAPAM du 27 janvier 2014 : un ajout régulier au mille-feuilles territorial. Note sous arrêt », JCP A, n° 9, p. 285.
- GOUTAL Yvon, DESPRAIRIES Armand, « Loi MAPAM - Régionalisation des fonds européens : la médaille a son revers », AJCT, 2014, p. 300.
- GRAZIANI Paul, « Ce qu'écrivait le fondateur de l'Institut de la décentralisation...Extraits », Pouvoirs locaux, n°92 I, 2012, p. 45.
- GUENGANT Alain, « La constitution peut-elle garantir l'autonomie financière des collectivités territoriales ? », Revue d'Économie Régionale & Urbaine, 2004, n°5, p. 653.
- GUETTIER Christophe, « Quel avenir pour les contrats de plan Etat-régions ? », RLCT, n°1, 2005, p. 43.

- GUILLAUME Marc, « La concurrence en économie de la santé : une liaison difficile mais légitime », Les Tribunes de la santé, n° 15, 2007, p. 23.

- GUILLOU Morgane, « Finances locales : la rupture entre l'État et les collectivités est-elle consommée ? », AJCT, 2014, p. 224.

- GUILLOU Morgane, DEMUNCK Claire, « La loi MAPAM, et après ? Libres propos d'Yves Krattinger, Sénateur, président du conseil général de Haute-Saône, rapporteur de la mission commune d'information sur l'avenir de l'organisation décentralisée de la République », AJCT, 2014, p. 306.

- HALLEY DES FONTAINES Virginie, JABOT Françoise, « Santé et territoires : les enjeux des politiques locales », Santé publique, 2005, n° 51, 2005, p. 8.

- HAQUET Arnaud « Les études d'impact des projets de loi : espérances, scepticisme et compromis », AJDA 2009, p. 1986.

- HARDY Jacques, « Le contrat dans la réforme hospitalière du 24 avril 1996 », Dr. Soc., 1997, p. 949.

- HASSENTEUFEL Patrick

- « Syndicalisme et médecine libérale : le poids de l'histoire », Les Tribunes de la santé, n° 18, 2008, p. 21.
- « L'évolution des rapports de pouvoir dans un système bismarckien : le cas de la France », Santé, société et solidarité, 2008, p.63.
- « De la comparaison internationale à la comparaison transnationale, Les déplacements de la construction d'objets comparatifs en matière de politiques publiques ». Revue française de science politique, vol. 56, 2005, p.113.
- « Les trompe-l'œil de la gouvernance de l'assurance maladie. Contrastes franco-allemands », RFAP, n°113, 2005, p. 13.
- « Les réformes de l'assurance maladie en Allemagne », Les tribunes de la santé, n°4, 2004, p. 81.
- « Territorialisation n'est pas décentralisation. Les politiques sanitaires et sociales sous tension », Pouvoirs locaux, n°58, 2003, p. 49.

- « Le plan Juppé : fin ou renouveau d'une régulation paritaire de l'assurance maladie ? », La revue de l'IRES, n°24, 1997, p. 177.
- HASTINGS-MARCHADIER Antoinette, « La péréquation financière horizontale et la Constitution », AJDA, 2013, p. 2294.
- HENRIET Dominique, « Assurance maladie : intervention publique et rôle de la concurrence », Revue d'économie politique, Vol. 114, 2004, p. 587.
- HOUSER Matthieu, « La péréquation entre départements », RFDA, 2011, p. 157.
- JAICOT Laetitia
- « Les collectivités territoriales, une définition doctrinale menacée ? », RFDA, 2011, p. 227.
 - « La rationalisation manquée des groupements d'intérêt public », AJDA 2011, p. 1194.
 - « Les collectivités territoriales, une définition doctrinale menacée ? », RFDA, 2011, p. 227.
- JEGOUZO Yves
- « L'administration du territoire au péril de la RGPP ? », AJDA, 2011, p.1401
 - «L'étude d'impact: formalité ou garantie de la qualité des lois?», AJDA, 2012, p. 1425.
- JOHANET Gilles, « Mythes et réalités de la démocratie sociale », Les Tribunes de la santé, n°50, 2016, p. 55.
- KADOCH Avi, « La délégation de gestion du service public hospitalier », Paris I, 2004, p. 119.
- KASTLER Florian, « La mutation des institutions internationales en matière de santé », Les Tribunes de la santé, n° 51, 2016, p. 65.
- LAFAILLE Franck, « Etat et territoire(s) en Italie », RDP, n°5, 2015, p. 1205.

- LAFORCADE Michel, « Les partenariats entre ARS et régions », RDSS, 2016, p. 443.
- LAFORE Robert, « Les « territoires » de l'action sociale : l'effacement du modèle « départementaliste » ? », RDSS, 2011, p. 5.
- LAROQUE Pierre, « De l'assurance à la Sécurité sociale, l'expérience française », Revue internationale de droit du travail, vol. LVII, n°6, 1948, p. 643.
- LASCOMBE Michel, VANDENDRIESSCHE Xavier, « La loi organique relative aux lois de finances (LOLF) et le contrôle des finances publiques », RFAP, 2006, n°117, p. 238.
- Le CHATELIER Gilles, « La Constitution et les relations entre les collectivités », Les nouveaux Cahiers du Conseil Constit., 2014, n°4, p. 53.
- Le LIDEC Patrick, « Le jeu du compromis : l'Etat et les collectivités territoriales dans la décentralisation en France », RFAP, n° 121-122, 2007, p. 111.
- LEICHER Claude, « Médecine générale et sécurité sociale : une rupture progressive ? », Les Tribunes de la santé, n°50, 2016, p. 45.
- LEMORTON Catherine, « Le législateur et la sécurité sociale », Les Tribunes de la santé, n°50, 2016, p. 37.
- LESOBRE Olivier, « Quel avenir pour le déféré préfectoral sur demande ? », JCP G, n°13, 2001, p. 641.
- LEVOYER, LOÏC, « Nouvelle gouvernance de la santé : quelle place pour les collectivités territoriales ? ». AJDA, 2009, p. 2219.
- LIBAULT Dominique, « L'assurance maladie obligatoire au prisme du droit européen », Les Tribunes de la santé, n°50, 2016, p. 59.
- LIGNEAU, PHILIPPE, « Les régions, nouveaux acteurs dans le secteur social et la santé », RDSS, 1996, p. 485.
- LONG Martine, RIHAL Hervé, « La vocation sociale du département », AJDA, 2011, p. 1835.

- LOPEZ Alain, BRECHAT Pierre-Henri, « La planification en santé : un essai à transformer », Les Tribunes de la santé, n° 50, 2016, p. 93.

- MADIOT Yves, « Vers une territorialisation du droit », RFDA, 1995, p. 950.

- MARCHAND Bernard, « La haine de la ville : « Paris et le désert français » de Jean-François Gravier », L'information géographique, vol. 65, n°3, 2001, p. 234.

- MARIE Romain, « Vers un basculement du système français de sécurité sociale dans le modèle beveridgien ? », RDSS, 2011, p. 727.

- MARCOU Gérard
 - « Le département et les communes : complémentarité et concurrence », AJDA, 2011, p. 1830.
 - « Les collectivités locales dans les constitutions des Etats unitaires en Europe », Les nouveaux Cahiers du Conseil Constit., n°4, 2014, p. 63.
 - « Le Conseil constitutionnel et la réforme des collectivités territoriales », AJDA 2011, p. 129.
 - « La réforme territoriale : ambition et défaut de perspective », RFDA, 2010, p. 357.

- MARTIN Sébastien, L'identité de l'État dans l'Union européenne : entre « identité nationale » et « identité constitutionnelle », RFDC, n° 91, 2012, p. 13.

- MARTIN-PAPINEAU Nathalie, « Entre confirmation et réorientation de la santé en France », RDSS, n° 2, § 2005, p. 253.

- MAULIN Eric, « La décentralisation du pouvoir normatif : Le pouvoir législatif des régions », AJCT, 2014, p. 309.

- MAUPIN Emmanuelle, « La Cour des comptes veut soigner l'assurance maladie », AJDA, 2017, p. 2336.

- MAURY, Suzanne, « La LOLF est-elle un bon moyen d'évaluer les politiques publiques ? », AJDA, n°25, 2008, p. 1366.

- MAYEUR-CARPENTIER Coralie, « Le statut des collectivités infra-étatiques devant les institutions de l'Union européenne », RFDA, 2010, p. 1035.
- MONJAL Pierre-Yves, « « Le niveau local » dans le traité de Lisbonne ou la reconnaissance du rôle européen des collectivités territoriales », AJDA, 2011, p. 1069.
- MONTECLER Marie-Christine, « Vers une protection universelle maladie », AJDA, 2015, p. 1834.
- MOQUET-ANGER Marie-Laure, « Les aspects de la nouvelle organisation territoriale de la santé », JCP A, n°2224, 2009, p. 20.
- MORDELET Patrick, « Les contrats d'objectifs et de moyens des établissements de santé », Rev. gén. de droit médical, 2007, p. 151.
- MOREAU Jacques, « Esquisse d'une théorie juridique de la territorialisation », RDSS, 2009, p. 16.
- MURARD Lion, ZYLBERMANN Patrick
 - « Mi-ignoré, mi-méprisé : le ministère de la santé publique, 1920-1945 », Les Tribunes de la santé, n°1, 2003, p. 19.
 - « Les fondations indestructibles : la santé publique en France et la Fondation Rockefeller », Médecine/Sciences n°18, 2002, p. 625.
- NAVARO Marion, ZUCMAN Gabriel, « Quel avenir pour le financement de la protection sociale ? », Regards croisés sur l'économie, 2007, n°1, p. 157.
- NEGRIER Emmanuel, « Eloge du serpent à la crème : le bon niveau de gouvernement », Pouvoirs locaux, n°92 I, 2012, p. 81.
- OBERDORFF Henri, « Territoires, collectivités et Union européenne », RDP, 2015, n°5, p. 1217.
- OLSSON Jan, ASTRÖM Joachim, « Régionalisation et régionalisme en Suède », Annuaire des collectivités locales, t.24, 200, Réforme de la décentralisation, réforme de l'État, Régions et villes en Europe, 2004, p. 335.

PAULIAT Hélène

- « Le pays est mort... vive le pôle d'équilibre territorial et rural ! » JCP A, n° 8, 2014, p. 2051.
- « La Cour des comptes et la désorganisation territoriale de l'Etat », JCP A, n°30, 2013, p. 5.
- « Quels sont les pouvoirs des préfets sur les agences ? JCP A, n°27, 2013, p. 2205.
- « Réfléchir aux agences, c'est réfléchir à l'organisation de l'Etat », JCP G, n°39, 2012, p. 1004.
- « Appréciation de la RGPP : la France doit aller plus loin ! - Rapport de l'OCDE, Une perspective internationale de la RGPP, févr. 2012 », JCP A, n°10-11, 2012, p. 4.

- PASQUIER Romain

- « Gouvernance territoriale : paramètres et scénarios de changement », Revue Lamy des Coll. terr., 2013, n°92, p. 67.
- « La régionalisation française revisitée : fédéralisme, mouvement régional et élites modernisatrices (1950-1964) », Revue française de science politique, Vol. 53, 2003, p. 101.

- PASTOR Jean-Marc

- « Les incidences de la loi de finances pour 2018 sur les collectivités », AJDA, 2018, p. 4.
- « Dotation globale de fonctionnement : les remèdes d'abord, la réforme ensuite », AJDA, 2016, p. 1480.
- « L'Etat concentre sa nouvelle politique de la ville sur les quartiers prioritaires », AJDA, 2013, p. 1654.

- PELISSIER Gilles, « Pour un développement maîtrisé du procédé contractuel », JCP A, n°27, 2008, p. 5.

- PELLET Rémi

- « La place du secteur privé dans les systèmes de santé », Les Tribunes de la santé, n° 51, 2016, p. 47.
- « Les assurances sociales sont-elles solubles dans la fiscalité ? Mise en perspective historique de la décision Cons. Constit. n°2014-698 DC, 6 août 2014, Journal de droit de l'Assurance Maladie, n°1, 2015, p. 9.
- « Politique de santé et crise des finances publiques », JDSAM, n°3, p. 9.
- « La cour des comptes et les lois de financement de la Sécurité sociale », Droit social, 1996, p. 774.

- PERRIN Bernard

- « L'ère des métropoles », AJDA, 2013, p. 433.
- « Fonction publique territoriale: Contrôle de légalité », Cahiers de la Fonction Publique et de l'Administration, n°118, 1993, p. 26.

- PHILIP Olivier, « Les conséquences humaines et pratiques d'une politique de déconcentration administrative », Administration, n°54, 1980, p. 106.

- POLTON Dominique, « Décentralisation des systèmes de santé. Quelques réflexions à partir d'expériences étrangères », Questions d'économie de la santé, Bulletin d'information en économie de la santé, CreDES, 2003, n°72.

- PONTIER Jean-Marie

- « Qu'est-ce que le local ? », AJDA, 2017, p. 1093.
- « La redéfinition des compétences : à la recherche de la cohérence », RDP, 2015, n°5, p. 1241.
- « Les contrats de plan Etat-régions 2014-2020 », JCP A, n°16, 2014, p. 2118.
- « La simplification des relations entre l'administration et les citoyens », JCP A, n° 50, 2013, p. 2355.
- « Modernisation de l'action publique. A propos des décisions du CIMAP du 2 avril 2013 », JCP A, n°17, 2013, p. 4.

- « Les transmutations du contrôle sur les collectivités territoriales », JCP A, n°44-45, 2012, p. 2348.
- « Une réforme de l'hôpital sous le signe de la modernisation et de l'efficacité », AJDA, 2009, p. 2205.
- « Le financement des transferts de compétences », Rev. adm., 2007, n°357, p. 284.
- « Les contrats urbains de cohésion sociale », Rev. adm., novembre 2006, n°354, p. 629.
- « La République décentralisée de J-P Raffarin », Rev. adm., 2003, p. 187.
- « L'administration territoriale : le crépuscule de l'uniformité ? », Rev. adm., n°330, 2002, p. 628.
- « La régionalisation au milieu du gué: achever le processus de transfert des compétences régionales (lycées, formation professionnelle, transport ferroviaire des voyageurs ...) », RGCT, n°19, p. 1033.
- « La décentralisation, une construction inachevée », Rev. adm., n°296, p. 182.

- PORTIER Nicolas, « La coopération intercommunale dans la réforme des collectivités », AJDA, 2011, p. 80.

- POUPEAU Diane, « Les sénateurs rejettent le projet de loi de réforme des élections locales », AJDA, 2013, p. 140.

- RENAUDIE Olivier, « La représentation des territoires », RLCT, 2013, n°92, p. 56.

- RIBOT Catherine

- « L'État, garant du lien entre les territoires ? », RLCT, 2014, n°103, p. 62.
- « La simplification du droit applicable aux collectivités territoriales : une incantation inquiétante à défaut d'un défi enthousiasmant », RLCT, 2013, n°94, p. 44.

- RICAN Stéphane, VAILLANT Zoé, BOCHATON Audrey, SALEM Gérard, « Inégalités géographiques de santé en France », Les Tribunes de la santé, n° 43, 2014, p. 39.

- RIHAL Hervé,

- « Nouvel échec des départements pour obtenir le financement par l'Etat de dépenses sociales », AJDA, 2013, p. 1764
- « Nature de l'avenant tarifaire du CPOM », AJDA, 2008, p. 1893.

- RIVIERE Dominique, « Les Régions entre Nations et Europe : l'Italie », Rives nord-méditerranéennes, 2006, 12 p.

- ROLLAND Christine, PIERRU Frédéric, « Les Agences Régionales de Santé deux ans après : une autonomie de façade », Santé Publique, Vol. 25, 2013, p. 411.

- ROUZEAU Michel, « Le coût de la décentralisation - Le débat sur la dépense publique locale : un net changement de prisme depuis les temps héroïques de l'Acte I de la décentralisation », JCP A, n°44-45, 2012, p. 2353.

- SAISON-DEMARS Johanne

- « Modernisation du système de santé : une gouvernance hospitalière à géométrie variable », RDSS , n°4, 2016, p. 633.
- « La nouvelle répartition des pouvoirs au sein de la réforme de l'administration territoriale de l'Etat », RLCT, n°58, 2010, p. 45.
- « Un patron dans l'hôpital : mythe ou réalité ? », AJDA, 2010, p. 888.

- SAOUT Christian, « La régionalisation de la santé : une chance pour la démocratie sanitaire ? », Santé Publique, Vol. 22, 2010, p. 107.

- SCHNÄBELE Philippe, « RGPP et modification de l'organisation et de l'action d'un service déconcentré régional », RFAP, ENA, 2010, n°136, p. 999

- SEILER Daniel-Louis, « Les partis régionalistes », Actes sud/La pensée de midi, n° 21, 2007, p.49

- SOAZIC Marie, « La décentralisation à l'épreuve des évolutions récentes en droit de l'urbanisme », RFDA, 2012, p. 854.

- SOULIE Bruno, « Les conventions d'objectifs et de gestion : le nouveau cadre d'exercice des responsabilités respectives de l'Etat et de la Sécurité sociale », *Droit social*, 1996, p. 794.
- STANKIEWICZ Lukasz, « L'autonomie financière locale en Europe », *RLCT*, 2006, p. 34.
- STAHL Jacques-Henri, « L'expérimentation en droit français : une curiosité en mal d'acclimatation », *RJEP* n° 681, 2010, étude n° 11.
- STUSSI Pierre, ZELLER Adrien, « La France enfin forte de ses régions », *Pouvoirs locaux*, n°92 I, 2012, p. 48.
- TABUTEAU Didier
 - « La stratégie nationale de santé, un défi pour la démocratie sanitaire », *JDSAM*, n°18, 2018, p. 40.
 - « Les agences régionales de santé (ARS) : cadre et limites juridiques d'une nouvelle autorité sanitaire », *RDSS*, 2017, p. 1056.
 - « « Déserts médicaux » : un révélateur des contradictions des politiques de santé », *JDSAM*, n°2, 2015, p. 46.
 - « Politiques de santé et territoire », *RDSS*, 2009, p. 7.
 - « La privatisation nolens volens de la protection sociale contre la maladie », *RDSS*, 2016, p. 24.
 - « Éditorial », *Les Tribunes de la santé*, n°51, 2016, p. 3.
 - « Les pouvoirs de la santé : la complexité d'un système en quête de régulation », *Les Tribunes de la santé*, n° 41, 2013, p. 37.
 - « Politiques de santé et territoire », *RDSS*, 2009, p. 7.
 - « Les agences sanitaires : balkanisation d'une administration défaillante ou retour de l'Etat hygiéniste ? », *Les Tribunes de la santé*, n°1, 2003, p. 34
 - « La régionalisation du système de santé en questions », *Droit Social*, n° 7-8, 2002, p. 745.
- TESSIER Jacques, « Les comités régionaux d'expansion économique et leur conférence nationale », *La Rev. adm.*, PUF, Paris, 1955, p. 593.
- TRAORE Seydou, « L'autre réforme, la réforme de l'Etat », *AJCT*, 2016, p. 76.

- TROSA Sylvie, « La LOLF, les RGPP et l'évaluation des politiques publiques : bilan et perspectives », RFFP, 2013, n° 121, 2013, p. 243.

- TROUSSET Jean-Pierre, « Le patrimoine génétique de la décentralisation », Pouvoirs locaux, n°92 I, 2012, p. 44.

- TRUCHET Didier, « Le contrat dans la loi HPST » in « Le volet territorial de la loi HPST », RGDM num. spé., 2011, p. 137.

- VERPEAUX Michel

- « La loi NOTRe », RFDA, n°4, 2016, p. 645.
- « Les délimitations des nouvelles régions : décret, loi, convention et Constitution », JCP G, n°52, 2015, p. 2419.
- « L'occasion manquée. A propos de la ratification de la Charte européenne des langues régionales ou minoritaires », JCP A, n°51, 2015, p. 2.
- « L'unité et la diversité dans la République », Les nouveaux Cahiers du Conseil constit., 2014, n°42, p. 7.
- « La jupe-culotte et le chemin de croix... La réforme des collectivités territoriales », AJDA, 2013, p. 1321.
- « Des ambitions aux lois ou du comité Balladur à la loi du 16 décembre 2010 », AJDA, 2011, p. 74.
- « « Une » réforme ou « la » réforme des collectivités territoriales ? », RFDA, 2011, p. 225.
- « La réforme territoriale et les nouveaux élus », RFDA, 2011, p. 246.
- « Vous avez dit « clause générale de compétence » ? », Commentaire, 2010, n° 129, p. 87.
- « La réforme des collectivités territoriales : les avancées et les reculs », RLCT, n°57, 2010, p.48

- VICHARD Philippe, « La loi hospitalière du 21 décembre 1941 origines, conséquences », Histoire des sciences médicales, Tome XLI, n°1, 2007, p. 61.

- VIDANA Jean-Louis, « Les agences régionales de santé : de l'usage du mythe du préfet sanitaire », RDSS, 2012, p. 267.

- VIER Charles-Louis, « Du plan dans le discours juridique », AJDA, 2011, p. 641.
- VIGNERON Emmanuel, « Inégalités de santé, inégalités de soins dans les territoires français », Les Tribunes de la santé, 2013, n° 38, 2013, p. 41.
- VILLENEUVE Pierre,
- « Une nouvelle régionalisation ? Le discours et la méthode ; A propos du projet de loi portant nouvelle organisation territoriale de la République », AJCT, 2014, p. 418.
 - « La mutation de l'Etat à la lumière de la modernisation de l'action publique ; A propos des circulaires du 9 janvier 2013 relative à la modernisation de l'action publique et du 14 janvier 2013 relative aux règles pour une gestion responsable des dépenses publiques », JCP A, n°9, 2013, p. 5.
 - « Les compétences sanitaires des collectivités territoriales », RDSS, 2009, p. 86.
- VINCENT Gérard, « Les réformes hospitalières », RFAP, 2005, n°113, p. 49.
- VIOUJAS Vincent
- « L'autonomie des agences régionales de santé : premières précisions jurisprudentielles », JCP A, n°5, 2013, p. 2022.
 - « Le financement des établissements de santé par la tarification à l'activité après la LFSS pour 2013 : stop ou encore ? », RDSS, 2013, p. 462.
 - « L'hôpital et l'assurance maladie : les stratégies d'un aveugle pour recouvrer la vue », RDSS, 2010, p. 677.
- WALINE Charles, DESROUSSEAUX Pascal, « La LOLF et l'amélioration de la gestion publique », RJEP, n°669, 2009, p. 3.
- WINSLOW Charles-Edouard, «The untilled fields of Public Health », Science, 1920, p. 23.

III/ Rapports, études et documents

- ARF, « 8 propositions pour conforter et poursuivre la régionalisation dans notre pays. Plateforme à l'attention des candidats à l'élection présidentielle », ARF, Paris, 2017, 23 p.
- BALLADUR Edouard, « Comité pour la réforme des collectivités locales. Il est temps de décider. Rapport au Président de la République », La doc. fr., Paris, 2009, 174 p.
- BAPT Gérard, « Rapport d'information déposé en application de l'article 146 du règlement par la commission des finances, de l'économie générale et du Plan sur la pertinence du modèle de santé nordique : le Danemark et la Suède », Ass. Nat., n°2784, 2007, 27 p.
- BARNOUIN Timothée DOMPS Aurore, « 55 ans de diversification des financements de la protection sociale », Drees, Etudes et résultats, 2017, n°1002, 4 p.
- BELLON Christophe, « Étienne Clémentel et l'organisation administrative de la France (1903) . Rapport parlementaire sur le budget du ministère de l'Intérieur, Parlement[s] », Revue d'histoire politique, L'Harmattan, n° 20, 2013, p. 127.
- BENAMOUZIG Daniel, « Réinventons notre système de santé, au-delà de l'individualisme et des corporatismes », Terra Nova, Paris, 2012, 107 p.
- BUR Yves, « Rapport d'information n°3627 déposé par la commission des affaires sociales en conclusion des travaux de la mission sur les agences sanitaires », Ass. Nat., 2011, 85 p.
- BUR Gérard, « Rapport d'information déposé en application de l'article 145 du règlement, par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, en conclusion des travaux de la mission sur les agences régionales de santé », Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 6 février 2008, Ass. Nat., n°697, 168 p.
- BRICQ Nicole, « Rapport d'information n°355 fait au nom de la commission des finances. Les agences en matière de sécurité sanitaire : de la réactivité à la stratégie », Sénat, 2007, 88 p.

- CAE, « Avis du CAE sur le projet d'élargissement de l'assiette des cotisations sociales employeurs (27 juillet 2006), synthèse de MM. Christian de Boissieu et Roger Guesnerie », CAE, 2006, 5 p.
- CAUSSAT Laurent, FENINA Annie, GEFFROY Yves, « Quarante années de dépenses de santé. Une rétopolation des comptes de la santé de 1960 à 2001 », Drees, Résultats, n°243, 2003, 12 p.
- CE, « Les agences, une nouvelle gestion publique ? », Les rapports du CE, 2012, 289 p.
- CHONE Philippe, EVAIN Franck, WILNER Lionel, YILMAZ Engin, « Réforme du financement des hôpitaux publics : quel impact sur leur niveau d'activité ? », Etudes et résultats, n°862, Drees, Insee, Paris, 2014, 4 p.
- CNSA, « Bilan national de la première génération des SROMS 2012-2016 », CNSA,
- COMITE DES REGIONS,
 - « Le Comité des régions dans la mise en œuvre et le contrôle des principes de subsidiarité et de proportionnalité à la lumière de la Constitution pour l'Europe », Comm. euro. , Luxembourg, 2006, 334 p.
 - « La coopération transeuropéenne entre collectivités territoriales » Etudes CdR, 2002, Bruxelles, 2001
- COMMISSARIAT GENERAL DU PLAN, « Pour une régionalisation du système de santé en 2025. Offre, régulation et acteurs : essai de prospective », Le Plan, Paris, 2005, 124 p.
- COMMISSARIAT GENERAL AU PLAN, « Santé 2010 : Rapport du groupe de Prospective du système de santé », La Documentation française, Paris, 1993.
- CONSEIL D'ETAT, SECRETARIAT GENERAL DU GOUVERNEMENT,, « Guide de légistique », 3ème éd., La doc. Française, Paris, 2017, 721p
- CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS, « Construire l'avenir à partir des territoires. La réforme voulue par les médecins », CNOM, 2017, 23 p.

- COUR DES COMPTES

- « L'avenir de l'assurance maladie », Paris, 2017, 287 p.
- « La sécurité sociale. Rapport 2017 sur l'application des lois de financement et de la sécurité sociale », Paris, 2017, 729 p.
- « La sécurité sociale. Rapport 2016 sur l'application des lois de financement et de la sécurité sociale », Paris, 2016, 712 p.
- « L'imagerie médicale », Communication à la commission des affaires sociales du Sénat, Paris, 2016, 163 p.
- « La sécurité sociale. Rapport 2015 sur l'application des lois de financement et de la sécurité sociale », Paris, 2015, 756 p.
- « La sécurité sociale. Rapport 2014 sur l'application des lois de financement et de la sécurité sociale », Paris, 2014, 663 p.
- « Les finances publiques locales », Paris, 2014, 402 p.
- « La sécurité sociale, Rapport 2014 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale », Paris, 2014, 673 p.
- « Les relations conventionnelles entre l'assurance maladie et les professionnels de santé », Communication à la commission des affaires sociales du Sénat, Paris, 190 p.
- « L'organisation territoriale de l'Etat », Paris, 2013, 294 p.
- « La sécurité sociale. Rapport 2012 sur l'application des lois de financement et de la sécurité sociale », Cour des comptes, Paris, 2012, 608 p.

- DE KERVASDOUE Jean (ss. la dir. de), « Analyse et Propositions du Cercle Santé Innovation », SPH Conseil, 2013, 46 p.

- DELCAMP Alain, LOUGHLIN John, « La décentralisation dans les Etats de l'Union européenne », La. Doc. française, Paris, 2003, 33 p.

- DELEBARRE Michel, « Rapport fait au nom de la commission spéciale du sur le projet de loi relatif à la délimitation des régions, aux élections régionales et départementales et modifiant le calendrier électoral », Sénat, n°658, 2014, 179 p.

- DIACT, « Les contrats de projets Etat-Régions », coll. Territoires en mouvement, la Doc. française, Paris, 2007, 112 p.

- DJAIZ David, GUEYDAN Geneviève, MARTIN Hélène, « Mission finances locales. Les enjeux d'une refonte de la fiscalité locale. Note de problématique », Note, 32p.

- DONEDDU Jacqueline, « Quelles missions et quelle organisation de l'Etat dans les territoires », Les rapports du Cese, Cese, 2011, 127 p.

- DOOR Jean-Pierre, « Rapport au nom de la commission des lois constitutionnelles de la législation et de l'administration générale de la République sur la proposition de loi organique (n°13), de MM. Patrice MARTIN-LALANDE, Gilles CARREZ, Jean-Pierre DOOR, Denis JACQUAT, Maurice LEROY, Bernard PERRUT et Bérengère POLETTI créant des ORDAM », enregistré à la présidence le 12 février 2014, Ass. Nat., n°1790, 53 p.

- DREES, « La protection sociale en France et en Europe en 2015. Résultats des comptes de la protection sociale », Drees social, Panoramas, 2017, 178 p.

ENA, « Les politiques de santé », séminaire, promotion 2002-2004 Léopold Sédar Senghor, ENA, Strasbourg, 2004.

- FOURCADE Jean-Pierre, « Rapport au Parlement. Comité d'évaluation de la réforme de la gouvernance des établissements publics de santé Institué par l'article 35 de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires », Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, Paris, 2011, 75 p.

- HCAAM, « L'assurance maladie face à la crise », Paris, 2011, 184 p.

- HCSP

- « Les politiques régionales de santé publique », La doc. française, 2008, p.16
- « Avis relatif à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé - Place des Ateliers santé ville », 20 mars 2013, p. 2

- HUMBERT René, « Une décentralisation du système de santé », La Doc. française, Paris, 1986, 161 p.

- IGA, IGF, IGAS

- « L'évolution de l'organisation régionale de l'Etat consécutive à la nouvelle délimitation des régions », Paris, 2015, 148 p.
- « Bilan de la RGPP et conditions de réussite d'une nouvelle politique de réforme de l'Etat », Paris, 2012, 366 p.

- IGA, IGF, IGAS, LANDRAIN Edouard, « Rapport d'information par la délégation de l'Assemblée nationale pour l'Union européenne sur les réformes de l'assurance maladie en Europe », Ass. Nat., 2016, n°1672, 118 p.

- LE MENN Jacky, MILON Alain, « Rapport d'information fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale et de la commission des affaires sociales sur les agences régionales de santé », Sénat, Enregistré à la Présidence du Sénat le 26 février 2014, n°400, 292 p.

- LIBAULT Dominique, « Les parcours professionnels des agents de droit privé au sein des agences régionales de santé : pour une action partenariale renforcée des ARS et des organismes de sécurité sociale », IGAS, 2015, p. 3.

- MARINI Philippe, « Rapport d'information au nom de la commission des Finances, du contrôle budgétaire et des comptes économiques de la Nation (1) sur les prélèvements obligatoires et leur évolution », Sénat, n°41, Session ordinaire 2006-2007, 2006, 103 p.

- MAUSS Huguette, « Evaluation du pilotage de la démocratie sanitaire au sein des ministères sociaux », IGAS, Paris, 2016, 111 p.

- MERCIER Michel, «Pour une République territoriale : l'unité dans la diversité », Rapport d'information, Sénat, 2000, p .46.

- MICHEAU Frédéric, « Les Français et l'action des Régions », Opinionway, Paris, 2017, 16 p.

- MICHELE André, « Rapport d'information fait au nom de la commission des finances sur les préfetures et la réorganisation territoriale de l'État, par Mme Michèle André, sénatrice », Sénat, n°77, 2013, 77 p..

- MILON Alain, LE MENN Jacky, « Rapport d'information fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale de la commission des affaires sociales sur le financement des établissements de santé », n°703, Sénat, 2012, 341 p.

- MINISTERE DE L'INTERIEUR DE LA SECURITE INTERIEURE ET DES LIBERTES LOCALES

- « Rapport sur l'audit du contrôle de légalité, du contrôle budgétaire et du pouvoir de substitution », Paris, 2003, 85 p.
- « Les collectivités territoriales et l'expérimentation : perspectives nationales et européennes », Les travaux du centre d'étude et de prospective, La doc. Française, 2004, Paris, 278 p.

- MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, « Renforcer l'accès territorial aux soins. Dossier de presse », Paris, 2017, 18 p.

- OBSERVATOIRE SENATORIAL DE LA DECENTRALISATION, « La Charte européenne de l'autonomie locale : une nouvelle chance pour la décentralisation à la française ? », Paris, 2007, 75 p.

- OIP, « Enquêtes interrégionales des phénomènes politiques », CDSP, 1999.

- OMS,

- « The changing national role in health system governance. A case-based study of 11 european countries and Australia », Observatory studies series, OMS, n°29, 2013, 74 p.
- « La décentralisation des systèmes de santé. Concepts, problèmes et expérience de quelques pays », OMS, Genève, 1991, 80 p.

- OPUS LINE, « Systèmes de santé : Existe-t-il un modèle suédois ? », Opus Line, 2017, 7 p.

- OP Zeynep, RENAUD Thomas, « Principes et enjeux de la T2A. Enseignements de la théorie économique et des expériences étrangères », Irdes, DT n°23, Paris, 2009, 29 p.

- ORS, « Les intercommunalités et la santé », 50/51°, Les petits dossiers de l'ORS NPDC, ORS NPDC, 2010, n°23
- PETKANTCHIN Valentin, « Les limites des systèmes de santé étatisés : l'exemple suédois », Institut économique Molinari, 2012, 4 p.
- PICQ Jean, « L'État en France : servir une nation ouverte sur le monde », rapport au Premier ministre, 1995, 218 p.
- RICHARD Arnaud, GERMAIN Jean-Marc, « Rapport d'information par la mission d'information sur le paritarisme », Ass. Nationale, 14ème législature, n°3829, 2016, 356 p.
- ROLLAND Jean-Marie, MILON Alain, « Rapport fait au nom de la commission mixte paritaire chargée de proposer un texte sur les dispositions restant en discussion du projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires », Ass. nat., n° 1739, Sénat, n°463, juin 2009, 458 p.
- ROLLAND Jean-Marie, « Rapport fait au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales sur le projet de loi n°1210 portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires – Tome 1 », Ass. nat., n° 1441, enregistré à la présidence le 5 février 2009, 272 p.
- RUELLAN Rolande, « Rapport sur les relations entre l'Etat et l'Assurance maladie », Groupe de travail de la Commission des comptes de la sécurité sociale, 2002, 24 p.
- SALTMAN Richard, BANKAUSKAITE Vaida, VRANGBAEK Karsten, « Decentralization in health care », European observatory on health systems and policies series, Glasgow, 2007, 297 p.
- SECRETARIAT GENERAL DES MINISTERES DES AFFAIRES SOCIALES, « Fonds d'intervention régional. Rapport d'activité 2016 », Min. des solidarités et de la santé, Paris, 67 p.
- SECURITE SOCIALE « Les comptes de la sécurité sociale. Rapport à la commission des comptes de la Sécurité sociale. Résultats 2017 – Prévisions 2017 », Min. des solidarités et de la santé, Min. de l'action et des comptes publics, 2017, 213 p.

- SONNETTE Catherine, VAZEILLE Olivier, « Dépenses sociales, premières dépenses publiques », Division Synthèse générale des comptes, Insee Première, Insee, n°1102, 2006, 4 p.
- UNIOPSS, « Réforme de l'Etat et des collectivités territoriales. Préoccupations prioritaires et de mandes de l'UNIOPSS 2007-2012 », UNIOPSS, 2007, Paris, 11 p.
- VANDIERENDONCK René., « Rapport sur le projet de loi de modernisation de l'action publique territoriale », Sénat, Rapport n°239, 2013, 200 p.
- VERGIER Noémie, CHAPUT Hélène, « Déserts médicaux : comment les définir ? comment les mesurer ? », Les dossiers de la Drees, Drees, 2017, n°17, Paris, 62 p.

IV/ Décisions commentées

- CROUZATIER-DURAND Florence, « Réflexions sur le concept d'expérimentation législative (à propos de la loi constitutionnelle du 28 mars 2003 relative à l'organisation décentralisée de la République) », RFDC, n°56, 2003, p. 675.
- ETIEN Robert, « Frein ou coup d'arrêt au développement d'universités à statut dérogatoire ? Décision numéro 93-322 DC du 28 juillet 1993 », Rev. adm., n° 275, 1993, p. 443.
- GICQUEL Jean-Eric, « Commentaire de la décision CC numéro 2009-584 DC, 16 juillet 2009, loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires : Un regard de droit constitutionnel », RGDM, n° spé., 2011, p. 31.
- LE MOIGNE Marthe, « Bloc de constitutionnalité et " droit post moderne ". Conseil constitutionnel, décision numéro 2004-503 DC du 12 août 2004 », RGCT, n°34, 2005, p. 175.
- PONTIER Jean-Marie, « Mort ou survie de la clause générale de compétence ? Loi numéro 2010-1563 du 16 décembre 2010 de réforme des collectivités territoriales, Décision numéro 2010-618 DC du 09 décembre 2010», BJCL, n°1, p. 11.
- SABETE Wagdi, « L'exception de la loi de programme (2 ème partie). A propos des décisions numéros 2005-512 DC du 21 avril 2005 et numéro 2005-516 DC du 7 juillet 2005 », RFDA, n°5, p. 930.
- SAVOLE Henri, « L'aide des collectivités territoriales aux investissements des établissements d'enseignement privé. Décision numéro 93-329 DC du 13 janvier 1994 », RFDA, n°1, 1996, p. 79.
- PRETOT Xavier, « La conformité à la Constitution de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2001. Loi numéro 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la Sécurité sociale pour 2001 et décision du Conseil constitutionnel numéro 2000-437 DC du 19 décembre 2000 », Droit social, n°3, 2001, p. 270.

- VERPEAUX Michel, FAURE Bertrand, VIOLA André, « Le nouveau statut de la Corse ;
Décision du conseil constitutionnel numéro 2001 454 DC du 17 janvier 2002 », RFDA, n°3,
2002, p. 459.

INDEX ALPHABETIQUE

Les numéros renvoient aux paragraphes

A

Action commune : 25, 163, 447, 532, 585, 587, 623

Agence régionale de l'hospitalisation : 207 et s., 239 et s., 250, 265, 277, 336, 424 et s., 448 et s., 525, 657

Agence régionale de santé : 8, 245 et s., 360 et s., 448 et s., 511, 752 et s., 805 et s., 835

Agencification : 11, 217, 235 et s.

C

Clause générale de compétence : 162, 171, 323, 331 et s., 337, 453, 475, 479, 574 et s.

Contrat local de santé : 259, 379, 393 et s.

Conseil national de pilotage : 288 et s., 760 et s., 795, 817

Conseil de surveillance : 251, 272, 277, 342 et s., 361, 373, 377, 408, 752 et s., 787, 805, 810

Contrat de projet Etat-Région : 108, 146 et s., 380, 388 et s., 432 et s., 525

Contribution sociale généralisée : 641 et s., 807, 810

Conventionnement : 796, 812 et s., 819

Conférence régionale de la santé et de l'autonomie : 251, 259, 364, 368, 377

Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens : 229 et s., 282 et s., 441 et s., 764, 780, 815

D

Délégation territoriale : 296 et s.

Directeur général de l'ARS : 271 et s., 377, 758 et s., 805 et s.

E

Europe : 16, 84 et s., 349 et s., 555 et s., 609 et s., 659, 821 et s.

Expérimentation : 91, 116 et s., 175, 239, 254, 311, 321, 336, 381, 425, 431, 433 et s., 447 et s., 475, 525, 532, 570, 657, 735, 740 et s., 798, 809 et s.

F

Fonds 'intervention régional : 290, 767 et s.

Formation : 111, 329, 334, 407 et s., 415, 802, 818 et s.

G

Glocalisation : 547 et s., 610, 662, 789, 820 et s.

Groupement régional de santé publique : 208, 250, 456 et s.

Groupement régional de promotion de la santé : 419, 457

Groupement hospitalier de territoire : 343 et s.

I

Intérêt public local : 162, 323 et s., 565, 575, 581 et s.

L

Loi de financement de la sécurité sociale : 214, 220, 223 et s., 246, 256, 290, 767 et s., 785 et s.

N

New public management : 11, 20, 156 et s., 215 et s., 235, 262 et s., 273, 354, 655 et s., 693, 702, 748, 805

O

Objectif national de dépenses d'Assurance maladie : 219 et s., 772 et s., 780, 785 et s., 793 et s.

Objectif régional de dépenses d'Assurance maladie : 222, 766, 787 et s., 807.

P

Paritarisme : 192, 361, 465, 474, 635 et s., 650 et s., 755, 802, 816, 829

Péréquation : 87, 149, 214, 290, 625, 660, 702, 414, 773, 782 et s., 807

Planification : 61, 67 , 82, 108, 147 et s., 176, 186 et s., 234, 242, 248 et s., 328, 388 et s., 452, 682, 693, 723, 793

Principe d'égalité : 64, 120, 582, 615 et s., 837

Projet régional de santé : 253 et s., 346, 432, 810 et s.

R

Régalien : 593 et s., 790, 799 et s.

Régionalisme : 64 et s., 80, 93, 715

S

Semi-décentralisation : 490, 504 et s., 520 et s., 587, 663, 757 et s., 788 et s.

Subsidiarité : 19, 93 et s., 120, 135, 351 et s., 532, 552, 560 et s., 575, 587, 609, 636, 677, 721, 754 , 788 et s., 801 et s., 825

T

Tarifification à l'activité : 226 et s., 815

TABLE DES MATIERES

SOMMAIRE	5
PRINCIPALES ABREVIATIONS	7
INTRODUCTION GENERALE.....	15
§1.Délimitation du sujet	18
§2.Cadre théorique de notre étude.....	31
§3.Précisions méthodologiques	38
§4.Annonce et justification du plan.....	39
PARTIE 1. LES COLLECTIVITES TERRITORIALES FACE A LA REGIONALISATION DE L'ADMINISTRATION SANITAIRE	41
TITRE 1. LA REGIONALISATION DE L'ADMINISTRATION SANITAIRE : UN ABOUTISSEMENT LOGIQUE POUR UN SECTEUR ORIGINAL	43
<i>Chapitre 1. La région : cadre naturel d'une action publique rénovée</i>	<i>45</i>
Section 1. Les piliers de la régionalisation	46
§1. Les facteurs endogènes	46
A.Le régionalisme : l'identité comme vecteur de revendication politique.....	47
B.L'aménagement du territoire : le choix d'un cadre de référence régional.....	55
§2.Les facteurs exogènes : l'Europe comme vecteur de développement	63
A.Un phénomène de régionalisation accompagné par la montée en puissance de la politique régionale européenne	63
.....	63
B.La Région : un partenaire pour l'Europe ?	70
Section 2. La régionalisation dans un Etat unitaire centralisé : dynamique française en période de crise	78

§1. Une région, deux facettes	79
A. La Région, une collectivité égale aux autres	79
B. La région : circonscription administrative de référence	91
1. La déconcentration, « élément majeur de la réforme de l'Etat ».....	92
§2. La régionalisation dans un Etat unitaire en rénovation.....	98
A. Des collectivités contrôlées	98
1. Les vestiges de la tutelle.....	99
2. Les mécanismes de contrôle indirect.....	103
3. L'affirmation de la prééminence de la circonscription régionale et de son préfet .	108
B. La rénovation de l'appareil administratif	110
1. Moderniser l'appareil administratif.....	111
2. Simplifier l'appareil administratif.....	116
CONCLUSION DU CHAPITRE 1	129

Chapitre 2. La régionalisation de l'administration sanitaire..... 131

Section 1. L'administration sanitaire : des méthodes classiques pour un secteur original.....	132
§1. La prise en main étatique du secteur sanitaire	132
A. La lente socialisation de la santé	132
B. Le régime de Vichy : dirigisme et planification	136
1. L'administration hospitalière	136
2. <i>Ordem e planifico</i>	136
§2. L'Etat administrateur : recettes générales pour un secteur particulier.....	138
A. Un secteur planifié.....	139
1. La réactivation de l'effort planificateur.....	139
2. Le SROS : une planification renforcée et régionalisée	141
3. L'élargissement de la planification : le Plan régional de santé publique	143
B. Un secteur régionalisé	144
1. La région : le bon échelon d'administration.....	145
2. Régionaliser pour démocratiser.....	146
3. Régionaliser pour rationaliser	147
C. Un secteur modernisé : <i>New public management</i> et santé.....	149
1. La rationalisation comptable	149
a. Des outils de contrôle nationaux	150
b. Des outils locaux, au sein des établissements.....	152
2. Le développement de la contractualisation	155

3.L'agencification	158
a.Décryptage du phénomène	158
b.Un mouvement territorialisé.....	160
Section 2. L'ARS : clé de voûte de l'administration sanitaire	162
§1.L'ARS : un aboutissement logique.....	164
A.L'ARS : outil de planification et de rationalisation régionales	164
1.L'ARS : outil de rationalisation régionale	164
2.Le Projet Régional de Santé : et un plan pour les gouverner tous.....	166
B.L'ARS : l'administration « autrement »	170
1.Une structuration juridique sur-mesure	170
2.Le directeur général de l'ARS : un préfet à côté du préfet.....	173
§2.Ce que n'est pas l'ARS : carences et limites de cette régionalisation de la santé	176
A....une structure facilement administrable.....	177
B....une véritable territorialisation de la régulation sanitaire	179
1.Un double verrouillage : le conseil national de pilotage, et les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens	180
a.Le conseil national de pilotage : incarnation de la tutelle ministérielle	180
b.Le CPOM	183
2.L'ARS : une recentralisation locale	186
a.Le rôle des délégations territoriales	186
b.Des ARS aux « GARS ».....	189
CONCLUSION DU CHAPITRE 2.....	193
CONCLUSION DU TITRE 1	195
TITRE 2. LA PLACE DES COLLECTIVITES TERRITORIALES DANS LA REGIONALISATION DE LA SANTE : UNE OPPORTUNITE DE PASSER DU STRAPONTIN AUX LOGES ?	197
Chapitre 1. Des collectivités partenaires des politiques de santé, mais dépourvues de réelles compétences	199
Section 1. Des compétences résiduelles	199
§1.Des compétences liées à leurs attributions.....	
.....	200

A. Le niveau communal et la santé	201
1. Les compétences optionnelles : le maire premier préventeur de France	201
2. Les compétences facultatives	202
B. Le niveau départemental.....	205
1. Les compétences d'attribution.....	205
2. La survivance des compétences facultatives du Département.....	207
C. Le niveau régional	208
1. Les compétences d'attribution.....	209
2. Les compétences facultatives	210
§2. La <i>recentralisation</i> de la santé.....	212
A. Une tendance générale : la perte d'influence de chaque niveau territorial.....	212
1. La Commune et l'Hôpital : chronique d'une perte d'influence.....	212
2. Les pertes des compétences du Département	216
3. Une régionalisation <i>recentralisatrice</i> par omission	218
B. L'Europe, un frein à la recentralisation ?	219
1. La santé et l'Europe.....	219
2. L'Europe, la santé, et les Régions	223
Section 2. Des collectivités partenaires de l'action locale	225
§1. La place des collectivités : une association formelle, à l'intérêt relatif	225
A. La place accordée aux collectivités	226
1. Les collectivités au sein de l'ARS.....	226
a. La place des collectivités dans les organes de direction de l'ARS.....	226
b. La place des collectivités dans les instances de démocratie sanitaire.....	228
2. La participation des collectivités aux autres instances d'administration de la santé....	
.....	230
a. Au niveau national	230
b. Au niveau local.....	232
B. Une participation, pour quelle influence ?.....	234
§2. Les collectivités : soutiens de l'action sanitaire locale aux marges de manœuvre	
encadrées	236
A. Le contrat « Etat-collectivités », un outil au service du soutien aux actions de santé	
.....	236
1. Les outils contractuels d'encadrement de l'action communale : les ateliers santé-	
ville	237
2. Les outils contractuels d'encadrement de l'action régionale: les CPER	239
B. Les contrats locaux de santé : entre partenariat et contrôle des collectivités par	
l'ARS	242

CONCLUSION DU CHAPITRE 1	247
---------------------------------------	------------

Chapitre 2. L'action sanitaire de la Région NPDC : les prémisses d'une décentralisation de la santé ?	249
--	------------

Section 1. Un effort particulier inscrit dans un cadre juridique original **250**

§1. Raisons d'être et matérialisation de l'investissement régional	250
A. Prendre la compétence santé : matérialisation d'un intérêt régional	251
1. Des indicateurs santé au rouge	251
2. Une approche holistique de la santé	254
B. La mise en œuvre de la compétence santé	256
1. Les efforts particuliers de la Région NPDC	257
a. Un effort financier	257
b. Un effort institutionnel	258
2. Les actions de la Région : entre originalité et classicisme	260
a. Une intervention « classique » : la prévention	260
b. Une intervention originale : le soutien aux équipements hospitaliers	263
§2. Le cadre juridique de l'intervention régionale : la contractualisation	266
A. Une démarche de contractualisation à destination de l'Etat et de ses satellites	267
1. La contractualisation avec l'Etat : le CPER	267
2. L'expérimentation avec l'ARH	268
B. Une démarche de contractualisation à destination des acteurs associatifs et des collectivités territoriales.....	272

Section 2. La Région Nord-Pas de Calais et la régionalisation de la santé : reconfiguration de l'intervention et espoirs déçus..... **274**

§1. Une intervention régionale au défi de la régionalisation de la santé	275
A. La Région et l'ARS : la reconfiguration des modalités de l'action commune	275
1. Le changement de donne institutionnelle	276
2. Une logique contractuelle mise à mal... mais renouvelée	278
B. De la difficulté d'imposer un cadre juridique nouveau	281
§2. La santé comme vecteur de revendications régionales différenciatrices	284
A. La Région et la santé : une voix particulière	285
1. Une action entre partenariat et défiance à l'égard de l'Etat	285
2. Une voix différente : une voix d'élus	286
B. La santé : théâtre d'un bouleversement de la tectonique des plaques politiques... 288	
1. La santé, une cause commune	289
2. La compétence santé : vecteur de revendication différenciatrice	292

CONCLUSION DU CHAPITRE 2	295
CONCLUSION DU TITRE 2	297
CONCLUSION DE LA PARTIE 1	299
PARTIE 2. LA REGIONALISATION SANITAIRE FACE A LA DECENTRALISATION ...	301
TITRE 1. LA DECENTRALISATION : UNE PERSPECTIVE POUR LA SANTE ?	303
<i>Chapitre 1. La décentralisation : une perspective pour la République française ?</i>	<i>305</i>
Section 1. La décentralisation comme avenir de l'Etat unitaire : une analyse évolutionniste	306
§1.L'Etat et la mue territoriale : l'âge de la proto-décentralisation.....	307
A.Etat, année 0 : unitarisme et centralisation	308
B.La progressive prise en compte du territoire par l'Etat	311
§2.L'Etat et les collectivités territoriales: l'âge de la semi-décentralisation	313
A.La décentralisation dans un Etat unitaire : une volonté de démocratisation.....	313
1.L'apparition de <i>l'Autre</i> dans l'Etat.....	314
2.Décentraliser pour démocratiser.....	317
B.Une démocratisation sous contrôle : la semi-décentralisation.....	319
§3.L'âge adulte : la décentralisation...au détriment de l'Etat?.....	323
A.La constitutionnalisation du phénomène décentralisateur : la fin de l'unité de l'Etat ?.....	323
B.La décentralisation dans l'unité : la fin de l'uniformité.....	328
Section 2. Les facteurs endogènes et exogènes de soutien à la dynamique décentralisatrice.....	333
§1.Les facteurs exogènes	334
A.La « <i>glocalisation</i> »	334
B.La construction européenne comme soutien à la décentralisation.....	337
§2.Les facteurs endogènes	344

A.Un principe au service des collectivités : la subsidiarité	344
B.L'impossible répartition des compétences.....	349
CONCLUSION DU CHAPITRE 1	361
Chapitre 2. A la recherche d'une légitimité supérieure de l'Etat à l'égard de l'administration de la santé	363
Section 1. Une légitimité juridique de l'Etat dans l'administration de la santé ? ...	364
§1.La santé, un domaine régalien ?	365
A.La qualification de compétence régaliennne	365
B.La santé, une compétence régaliennne ?.....	368
C.Le régalien, un réel monopole d'Etat ?.....	370
§2.Les autres obstacles juridiques à une décentralisation de la santé.....	375
A.Les potentiels obstacles constitutionnels à une décentralisation de la santé	375
B.Le respect du principe d'égalité : une limite à la décentralisation de la santé.....	377
C.Les limites législatives à une décentralisation de la santé	381
Section 2. Une légitimité politique supérieure de l'intervention de l'Etat en santé ? ...	385
§1.L'Etat face à l'Assurance maladie : la conquête d'une légitimité par le financement....	385
§2.Une légitimité politique plus démocratique qu'étatique.....	398
CONCLUSION DU CHAPITRE 2	403
CONCLUSION DU TITRE 1	405
TITRE 2. ANALYSE PROSPECTIVE POUR UNE DECENTRALISATION SANITAIRE	407
Chapitre 1. Décentralisation et santé : éclairages internationaux	409
Section 1. Les modèles étrangers de décentralisation sanitaire	410
§1.Décentralisation et santé dans les Etats unitaires : le cas des pays scandinaves.....	411
A.L'organisation territoriale.....	411
1.L'organisation territoriale suédoise.....	412
2.L'organisation territoriale finlandaise	412

3.L'organisation territoriale danoise	413
4.L'organisation territoriale norvégienne.....	414
B.L'organisation des systèmes de santé	414
1.L'organisation du système de santé suédois.....	415
2.L'organisation du système de santé finlandais.....	417
3.L'organisation du système de santé danois	418
4.L'organisation du système de santé norvégien.....	420
§2.Décentralisation et santé dans les Etats régionalisés : les cas italien et espagnol.....	421
A.L'organisation territoriale.....	421
1.L'organisation territoriale espagnole.....	422
2.L'organisation territoriale italienne.....	422
B.L'organisation des systèmes de santé	424
1.L'organisation du système de santé espagnol	424
2.L'organisation du système de santé italien.....	426
§3.Décentralisation et santé dans les Etats fédéraux : les cas allemand et canadien	429
A.L'organisation territoriale.....	429
1.L'organisation territoriale allemande	429
2.Les organisations territoriales canadienne et québécoise	430
B.L'organisation des systèmes de santé	432
1.L'organisation du système de santé allemand	432
2.L'organisation du système de santé canadien	435
a.La santé et le niveau fédéral.....	435
b.La santé et le niveau provincial : l'exemple Québécois	437
Section 2. La décentralisation sanitaire : enseignements des expériences étrangères ..	
.....	438
§1.Idées reçues et observations empiriques.....	439
A.Idées reçues sur la décentralisation de la santé.....	439
1.L'unitarisme, un frein à la décentralisation du système de santé ?	440
2.Décentraliser rime avec privatiser ?	440
3.Le nomadisme sanitaire, une fatalité ?	443
B.Décentralisation et santé : quelques constats.....	444
1.L'efficacité des systèmes décentralisés	444
2.Le niveau territorial pour la régulation : la recherche de la « taille critique »	445
3.Une nécessaire coordination.....	446
4.Une décentralisation ou des décentralisations ?	447
§2.La décentralisation sanitaire : risques et opportunités	448
A.Les risques d'un pilotage centrifuge.....	449

1.La connexion entre les systèmes locaux.....	449
2.L'opposition entre le centre et les territoires.....	450
3.Le découplage entre la gestion des dépenses et la responsabilité du financement .	451
4.La nécessaire et périlleuse péréquation	453
B.Une opportunité : s'appuyer sur des outils nouveaux pour renforcer la démocratisation du système	455
1.La décentralisation : un moyen de renforcer la démocratisation de la gestion système	456
2.L'expérimentation : un outil au service de la démocratisation et de l'optimisation du système	457
3.Le développement d'une approche négociée des questions sanitaires comme processus de démocratisation	459
CONCLUSION DU CHAPITRE 1	463

Chapitre 2. Pour une décentralisation incrémentale de la régulation sanitaire régionale..... 465

Section 1. Etape 1 : Une régulation régionale semi-décentralisée 466

§1.L'amorce d'un pilotage moins centralisé des ARS	467
A.Réformer le pilotage régional des ARS.....	467
1.Revoir la composition du conseil de surveillance	467
2.Un DGARS moins soumis à l'échelon central.....	470
B.Réformer le Conseil national de pilotage des ARS	471
1.Une composition revue.....	472
2.Un rôle réadapté	473
§2.Renforcer les moyens de la régulation régionale.....	474
A.Déverrouiller le fonds d'intervention régional	475
1.Le FIR, état des lieux : une libéralisation progressive malgré un triple verrouillage...	475
a.Le triple verrouillage du FIR.....	475
b.La progressive libéralisation du FIR	477
2.La poursuite de la libéralisation : vers un déverrouillage du FIR	481
a.Elargir les mécanismes de fongibilité	481
b.Renforcer la péréquation	482
c.Augmenter le volume du FIR.....	484
B.L'amorce de constitution d'ORDAM.....	484

Section 2. Etape 2 : Une régulation régionale décentralisée..... 490

§1.Un Etat stratège et régalien.....	491
--------------------------------------	-----

A. Les fonctions de l'Etat stratège	491
1. L'Etat stratège : le maintien d'un pilotage central et démocratique.....	492
a. Surveiller les équilibres généraux du système : le maintien du vote de la LFSS et d'un ONDAM.....	492
b. La surveillance des grands principes : garantir le droit à la protection de la santé de chacun	493
c. Définir un cadre commun : le maintien d'un conventionnement national entre l'assurance maladie et les professionnels de santé.....	494
2. Accompagner les acteurs locaux : produire évaluations et expertise	495
B. Le maintien des missions régaliennes sanitaires de l'Etat	495
§2. Une régulation régionale autonome et démocratisée.....	496
A. Responsabiliser la Région pour démocratiser la régulation	497
B. Les moyens d'une régulation décentralisée	499
1. Des ARS sous contrôle régional.....	499
2. Un niveau de financement en partie décidé par la Région	501
3. Des marges de manœuvre nouvelles	502
a. Le vote du PRS par la Région, moment de débat démocratique	502
b. Renforcer le contrôle régional sur l'offre de soins	503
i. Un rôle renforcé dans le conventionnement avec les professionnels de santé et les établissements de soins	504
ii. La formation	507
§3. Vers une glocalisation de la santé ?	509
A. Le cas de la Nouvelle-Calédonie : Une perspective pour les Régions françaises ?.....	509
B. Vers une Europe sanitaire ?	510
CONCLUSION DU CHAPITRE 2.....	515

CONCLUSION DU TITRE 2..... 517

CONCLUSION DE LA PARTIE 2..... 519

CONCLUSION GENERALE..... 521

BIBLIOGRAPHIE	525
I/ OUVRAGES, MANUELS ET THESES	525
A. Ouvrages et manuels généraux	525
B. Ouvrages spéciaux.....	527
C. Thèses	536
II/ ARTICLES ET DOCTRINES	538
III/ RAPPORTS, ETUDES ET DOCUMENTS.....	557
IV/ DECISIONS COMMENTEES	565
INDEX ALPHABETIQUE.....	567
TABLE DES MATIERES	571

La régionalisation sanitaire : réflexions sur un processus inabouti

Résumé

A partir des années 1990 l'administration sanitaire s'est inscrite dans un mouvement de régionalisation ayant conduit à l'installation des agences régionales de santé. Ces structures, ainsi que les méthodes choisies pour réorganiser le pilotage régional des affaires sanitaires, marquent l'importation dans le secteur de la santé des tendances ayant touché la rénovation de l'appareil administratif français.

Tout au long du XXème siècle, la territorialisation des politiques publiques a suivi le tempo d'une valse à deux temps, mêlant déconcentration et décentralisation. Dès lors, il est possible de se questionner sur la place accordée aux collectivités territoriales dans le pilotage sanitaire régional. L'investissement particulier de certaines collectivités, comme l'ancienne Région Nord-Pas de Calais, alimente d'ailleurs ces interrogations.

Après avoir observé la place accordée aux collectivités dans l'architecture sanitaire, nous nous interrogerons sur les raisons pouvant expliquer celle-ci, tout particulièrement en ce qui concerne la Région. A bien des égards les choix opérés apparaissent à contre temps des dynamiques juridiques et politiques sur lesquelles s'appuie aujourd'hui la décentralisation, envisagée globalement. Nous essaierons de comprendre les raisons pouvant expliquer un traitement différencié des questions de la santé, avant d'envisager ce que pourrait être une décentralisation sanitaire ; c'est-à-dire, en somme, un aboutissement de la régionalisation sanitaire.

Mots clés français : Régionalisation – Décentralisation – Déconcentration – Santé – Agence régionale de santé – Collectivité territoriale – Différenciation

Health sector regionalization : thoughts on an unfinished process

Abstract

From the 1990's health administration became part of a regionalization movement resulting in the setting up of the regional health agencies. These structures, and the methods adopted to reorganize the regional steering of health matters, marked the importing into the health sector of the trends involved in the renovation of the French administrative machinery.

Throughout the 20th century, the « territorialization » of the public policies followed the tempo of a two-step waltz, with a mix of « deconcentration » and decentralization. It is therefore possible to question the place given to the local authorities in the steering of regional health matters. The specific investment made by some authorities, such as the former Nord-Pas de Calais Region, raises further questions.

After having observed the place given to the local authorities in the health architecture, we will look into the reasons for this, especially as regards the "Region". In many respects the choices made do not appear to be in step with the legal and political dynamics on which decentralization, seen from a global standpoint, is based. We will try to understand the reasons behind this differential treatment of health issues, before looking ahead to what health sector decentralization might be; i.e. in short, the completion of the health regionalization process.

Keywords : Regionalization – Decentralization – Deconcentration – Health – Regional Health Agency – Local Authority – Differentiation

Unité de recherche/Research unit : *Centre Droits et perspectives du droit – CRDP – EA n°4487*, <http://crdp.univ-lille2.fr/>

Ecole doctorale/Doctoral school : *Ecole doctorale des sciences juridiques, politiques et de gestion, n° 74, 1 place Déliot, 59000 Lille, ecodoc.univ-lille2.fr*, <http://edoc74.univ-lille2.fr>

Université/University : *Université de Lille, Droit et Santé, 42 rue Paul Duez, 59000 Lille*, <http://www.univ-lille.fr>