

Gouverner notre système de santé

Plaidoyer pour davantage de décentralisation et de participation citoyenne dans le champ de la santé.

Dr Laurent El Ghazi
Président de l'Association nationale des villes pour le développement de la santé publique,
«Élus, santé publique & territoires»

Je ne parlerai pas du contexte socio-économique et politique largement déterminant et qui, depuis dix ans, dégrade la santé de la population vivant en France, mais plutôt de la nécessité, dans ce contexte, d'approfondir la décentralisation dans le domaine de la santé.

La réforme de la gouvernance du système de santé doit permettre de passer d'une logique de soins individuels à une logique de santé publique, beaucoup plus complexe en ce qu'elle implique la participation active d'une multitude d'acteurs, de services, d'institutions agissant sur tous les déterminants de la santé, dont les premiers sont d'ordre social.

Elle doit avoir comme première priorité la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, qui ne cessent de croître et qui constituent une injustice intolérable pour tous.

Elle doit permettre de rendre visible un projet collectif de protection accrue de la population, redonnant à chaque individu un peu plus d'écoute et de pouvoir sur ce qui le concerne au premier chef.

Elle doit être portée clairement par des responsables élus, identifiés et proches.

Elle ne peut réussir que si elle repose sur plus de démocratie, plus de proximité, plus de transversalité : pas de gouvernance républicaine sans démocratie, à la fois représentative mais aussi participative, pas de réduction des inégalités de santé sans service public de santé, clairement piloté et dans lequel les professionnels libéraux doivent naturellement prendre toute leur place, comme acteurs de santé et plus seulement comme distributeurs de soins.

Agir sur les déterminants, rapprocher la

décision des besoins, rendre les citoyens acteurs de leur santé et de la santé publique impose d'approfondir la démocratie sanitaire, de redonner du pouvoir aux acteurs de proximité, bref, de territorialiser les politiques de santé, car rien ne peut changer sans la participation des citoyens et de leurs représentants locaux légitimes que sont les élus des villes et des agglomérations.

Chargés du bien-être de leurs concitoyens, de la cohésion sociale, du respect de l'égalité entre tous et du pacte républicain – dont la protection sociale et de la santé sont des piliers fondateurs –, mais aussi du développement social local, les maires disposent de multiples services pour faire – ou pas! – de la santé, au plus près des besoins des habitants, en collaboration étroite avec tous les acteurs locaux. Chacune des politiques thématiques conduites par les maires contribue – ou pas! – à l'amélioration de la santé physique, psychique, sociale et environnementale de leurs habitants, mais aussi à l'attractivité du territoire, y compris pour les professionnels de santé que chacun cherche à attirer dans sa commune.

Leurs responsabilités et pouvoirs en matière de santé sont donc considérables, même si beaucoup d'entre eux l'ignorent encore! Leur capacité à donner sens à la politique, garante de l'adhésion de la population, est incontestable.

Au niveau régional

La création des ARS répond à la nécessité, maintes fois soulignée, d'une plus grande transversalité entre la prévention, la promotion de la santé, le soin, le médico-social et d'une autorité reconnue pour mettre en cohérence



ces différents secteurs jusqu'alors éclatés, voire étanches. L'élaboration du programme régional de santé, composé des trois schémas –, prévention et promotion de la santé, organisation des soins et médico-social – va dans ce sens, sous réserve d'une articulation effective entre eux, encore difficile à réaliser.

De plus, les ARS ont été construites dans une logique de recentralisation autoritaire et leurs instances de démocratie sanitaire (CRSA, CC, CT...) ne sont dotées d'aucun pouvoir réel : il faut, à ce niveau, établir de véritables contre-pouvoirs démocratiques à la toute-puissance du directeur général, en y associant plus largement les élus des trois niveaux de collectivités et les représentants des usagers-citoyens. Cette démocratie sanitaire a cependant un coût et demande quelques moyens : disponibilité et formation des représentants, pédagogie, travail d'appropriation et de propositions, outils pour faire partager les informations et réflexions par leurs mandants doivent être imaginés et pris en charge, sinon elle restera une coquille vide ou une affaire de spécialistes.

Il faut aussi limiter le fonctionnement descendant, « *top-down* » des ARS : les plans et schémas régionaux doivent être enrichis par la connaissance fine des réalités locales et trouver à s'incarner sur les territoires, là où vivent, travaillent, souffrent et meurent les gens, avec eux, de manière adaptée à chaque contexte local, aux besoins particuliers de chaque population et aux ressources présentes – ou absentes –, en particulier les professionnels de santé.

Au niveau local

Le contrat local de santé, qu'ESPT a contribué à faire inscrire dans la loi HPST, est une avancée réelle mais il reste totalement optionnel, sans exigence de contenu et surtout sans financement. Il doit, au regard de notre expérience, devenir l'outil privilégié de la mise en œuvre, adaptée à chacun de nos territoires, des schémas régionaux. Le maire (ou président du groupement de communes), parce qu'il connaît sa population, parce qu'il est informé de ses besoins, parce qu'il détient de nombreux leviers d'action sur les déterminants de la santé – urbanisme, logement, action sociale, éducation, restauration scolaire, politique culturelle et sportive, aménagement global du territoire, etc. –, parce que, enfin, il a, seul, le pouvoir de rassembler autour de lui tous les acteurs de la santé, habitants compris, doit devenir le pilote naturel de l'élaboration et de la mise en œuvre de ces CLS et contribuer

ainsi à construire le volet local d'un service public de santé.

Je rappelle que les ateliers santé ville – volet santé de la politique de la ville créés en 2000 par le gouvernement Jospin et depuis inscrits dans les contrats urbains de cohésion sociale – ont fait la preuve de leur efficacité pour réduire les inégalités sociales et territoriales dans l'accès aux soins et à la prévention, en mobilisant autour d'objectifs prioritaires définis en commun, à partir d'un diagnostic local participatif, tous les acteurs de santé et les habitants, dans une logique transversale et globale. Par leur articulation – dans une volonté de transversalité et d'inscription de la santé dans toutes les politiques – avec les quatre autres axes du Cucs : éducation, logement, emploi-formation et tranquillité publique qui sont des déterminants incontestables de la santé, les ASV ont montré toute leur pertinence, sous réserve d'une application territoriale des actions et d'un engagement résolu et durable du maire et de l'État. Là où ils existent, ils deviennent le pivot et la principale ressource des CLS ; partout ailleurs, ils en demeurent le modèle. Les travaux universitaires, en particulier en géographie de la santé conduits avec ESPT, ont bien mis en évidence les enjeux d'inégalités territoriales, et les freins et leviers pour y remédier.

C'est, en effet, à partir de cette méthodologie – transversalité, participation, proximité –, dans cette logique d'adaptation aux besoins et réalités locaux et avec la même ambition de réduction des inégalités que doivent aujourd'hui se développer les futurs contrats locaux de santé, conclus entre le maire, le directeur général de l'ARS et le représentant de l'État, responsables des autres services de l'État, tout aussi indispensables à l'amélioration de la santé de chacun : logement, éducation, emploi, cohésion sociale... Le conseil général doit y être associé, dans le cadre de ses compétences propres.

Sur la base des besoins en santé identifiés de la population de chaque territoire et en fonction des ressources existantes, des moyens adaptés doivent être alors attribués par l'ARS et l'assurance maladie, permettant la mise en œuvre effective des mesures inscrites dans le contrat, allocation de financement différenciée, facteur de redistribution et de plus grande égalité entre les territoires.

Dans la même logique d'approfondissement de la décentralisation et de la citoyenneté de tous, les conseils locaux de santé mentale, prolongement de la politique

de secteur de psychiatrie inaugurée depuis plus de cinquante ans et toujours inachevée, doivent, sous l'autorité du maire, faire partie du contrat local et apporter, parce que ce sont des nouveaux lieux de partenariats, des solutions plus adaptées aux souffrances et aux difficultés d'intégration sociale des personnes vivant avec des troubles psychiques.

Ces enjeux et ces évolutions récentes, la place qu'y prennent les communes et leurs élus, bien au-delà de leurs compétences réglementaires actuelles, imposent de réfléchir à la place de la santé dans l'acte III de la décentralisation. Il s'agit en effet de construire aujourd'hui, au-delà de l'étape ARS, une nouvelle compétence partagée pour les communes et leurs groupements, dans un champ essentiel à la vie individuelle et collective, facteur majeur de cohésion sociale et de développement du territoire, mais aussi de nouvelles possibilités données à chacun d'agir sur sa propre vie.

Évidemment, comme toute nouvelle responsabilité confiée par la loi aux collectivités locales, elle doit s'accompagner du transfert de financements suffisants et pérennes pour assurer le diagnostic local, le pilotage de la politique territoriale de santé et l'animation de ces nouvelles instances de coordination. Cela suppose la mise en œuvre effective de la « fongibilité asymétrique » des enveloppes et le transfert des personnels correspondant de l'État vers les collectivités locales.

Pour conclure

Pour améliorer la santé de tous et réduire les inégalités de santé, au niveau local comme au niveau national, le but à atteindre est le pilotage démocratique d'un service public de santé mettant en cohérence prévention, soins, médico-social, et capable de mobiliser tous les déterminants et tous les acteurs, dans une dynamique transversale, « interministérielle ». Cette intersectorialité est tout aussi difficile à réaliser au niveau municipal qu'au niveau gouvernemental : elle réclame, comme au niveau régional avec les ARS, le regroupement de l'ensemble des services de la santé dans une future organisation type Agence nationale de santé, fusionnant services de l'État organisés aujourd'hui en tuyaux d'orgue non communicants et assurance maladie unifiée, sous l'autorité d'un ministre d'État. ✚

Voir aussi les actes des Journées nationales d'étude de l'Association ESPT, www.espt.asso.fr