

La loi santé décryptée

La loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (LMNSS) est l'aboutissement d'un long processus qui a été initié par la ministre le 23 septembre 2013. Il aura donc fallu plus de trois ans pour faire adopter un texte qui compte 227 articles. Mais si le débat est terminé, le processus continue en fait puisque la loi doit être prolongée par une série d'ordonnances sur une cinquantaine de sujets.

Une fois de plus, le débat médiatique s'est focalisé sur quelques mesures « spectaculaires » comme la généralisation du tiers payant, le paquet neutre ou les « salles de shoot », en occultant totalement d'une part les dispositions visant à restructurer le système de santé qui figurent dans le texte et d'autre part celles qui n'y figurent pas concernant les problèmes de fond tels que la progression de la désertification médicale, l'inflation des maladies chroniques ou l'articulation entre la médecine de ville et l'hôpital toujours prônée jamais réalisée.

L'objet du présent article est de présenter les principales mesures du texte, de donner un coup de projecteur sur les dispositions qui impactent les agences régionales de santé et de répondre aux questions de fond posées par la loi : cette loi est-elle de nature à répondre aux enjeux de la période ? Comment s'inscrit-elle dans le processus de « réformes » - c'est-à-dire de restructuration libérale du système de santé- engagé depuis plusieurs décennies ? Vers où nous entraîne-t-elle ?

Une loi qui s'inscrit dans la continuité

Au moment des discussions autour de la loi HPST de 2009, la loi Bachelot, l'heure était au consensus. Même si des critiques avaient été émises, il y avait consensus nous disait-on sur les principales mesures, notamment la création des agences régionales de santé (ARS) et la gouvernance des hôpitaux.

Force est de constater d'abord que la LMNSS ne constitue en rien une remise en cause de la loi HPST. Bien au contraire, elle la prolonge et l'amplifie. Le deuxième constat, c'est que l'action menée est plus que jamais marquée par le consensus. Le titre liminaire à lui seul dit tout : « *Rassembler les acteurs de la santé autour d'une stratégie partagée* ». Appelons les choses par leur nom : on est dans le registre de la pensée unique, avec une stratégie assumée et théorisée sur ce point.

L'Etat veut voir tout le monde derrière lui. Cette unité nationale à la sauce sanitaire vise avant tout la Sécurité sociale. « *Dans le cadre de leurs compétences et dans le respect des conventions les liant à l'Etat, les organismes gestionnaires des régimes d'assurance maladie concourent à la mise en œuvre de la politique de santé et des plans et programmes de santé qui en résultent. Ils poursuivent les objectifs, définis par l'Etat et déclinés par les agences régionales de santé visant à garantir la continuité, la coordination et la qualité des soins*

offerts aux assurés, ainsi qu'une répartition territoriale homogène de l'offre de services de prévention et de soins ».(L1411-1-1 du code de la santé publique). C'est la poursuite logique des ordonnances Juppé de 1996 et de la loi HPST de 2009 visant à mettre la Sécurité sociale sous tutelle de l'Etat.

Mais l'Etat ne s'arrête pas là. Ce sont bien tous les acteurs qui sont visés. Passons sur les établissements, institutions et professionnels divers qui sont déjà liés par des contrats et des contraintes financières et qui n'ont pas d'autre choix que de se conformer aux directives gouvernementales. Là où l'ombre portée de l'Etat devient singulièrement envahissante, c'est lorsqu'elle en vient à toucher les associations, y compris les associations d'usagers. Cela fait très longtemps que les agents des services concernés savent quelle considération les directions font des avis des instances consultatives d'usagers et ainsi ce que vaut la prétendue « démocratie en santé » mise en place avec les ARS. Mais c'est un ancien responsable du secrétariat général de la Conférence nationale de santé qui le dit tout haut : « *La démocratie en santé n'est qu'une vaste mascarade montée par les hommes et les femmes politiques pour faire croire à une certaine horizontalité de la décision publique en santé – alors qu'elle n'a jamais été aussi verticale. Et tout ceci au détriment des citoyens, dont on utilise les deniers pour mettre sur pied des instances consultatives qui, comble du cynisme, ne doivent à aucun prix remplir le rôle qui leur a été assigné par la loi* » (Thomas Dietrich, qui décrit dans « *Démocratie en santé : les illusions perdues* » les pressions subies).

L'Etat veut donc tout le monde derrière lui, mais pour faire quoi ? L'Etat est naturellement légitime pour déterminer et conduire une politique nationale de santé publique. Mais si on enlève le mot « publique » à la fin, comme c'est le cas dans la LMNSS notamment au II de l'article 1, on change tout. La LMNSS n'a évidemment pas pour but de mettre sous la coupe de l'Etat, sans même parler d'étatiser, tout ce qui relève de la santé. L'objectif recherché par les auteurs de la loi, c'est plutôt l'inverse en tendant à faire disparaître la notion de santé publique. Outre le fait que tout ce qui est public aujourd'hui sent le souffre, ce qui est en cause dans la notion de santé publique c'est son approche globale des populations avec la prise en compte des déterminants sociologiques et environnementaux de santé. La loi de 2009 avait coupé le cordon entre le sanitaire et le social. Il s'agit aujourd'hui d'aller plus loin.

Certes, l'identification des déterminants de santé est présente dans le passage de la loi qui pose le principe que « *la politique de santé relève de la responsabilité de l'Etat* », mais l'identification seulement avec ce magnifique concept « *d'exposome* », entendu comme « *l'intégration sur la vie entière de l'ensemble des expositions qui peuvent influencer la santé humaine* ». Seulement voilà, on identifie, très bien, et on fait quoi ensuite ? Rien. Aucun moyen n'est mis en face de cette belle idée. Pire : les crédits de prévention et de promotion de la santé sont en chute libre depuis des années. Quant aux services de santé environnementale, on envisageait purement et simplement de s'en débarrasser à l'occasion de la revue générale des missions initiée récemment.

Il est bien d'identifier, il serait mieux d'agir. Mais on l'aura compris, l'Etat entend être le chef d'orchestre d'une politique essentiellement axée sur l'offre et le curatif dans un cadre comptable maîtrisé (ou plutôt censé être maîtrisé). Et aucun son dissonant ne saurait être toléré.

Les diverses mesures de la loi seront examinées d'abord sous l'angle du patient et de la prévention, puis de l'hôpital qui constitue en fait le cœur de la loi et enfin des agences régionales de santé, dont le rôle est encore renforcé.

Quelques avancées pour les patients en guise de vitrine

Certaines mesures, plutôt positives, ont défrayé la chronique. Ainsi la question du **tiers payant généralisé** a été au centre d'un tapage médiatique déclenché par les médecins libéraux hostiles au projet pour des raisons corporatistes à base de gros sous et de volonté d'autonomie par rapport à la Sécurité sociale. Le Conseil constitutionnel, toujours présent quand il s'agit de bloquer une mesure progressiste, est allé dans le sens de la corporation en censurant la mesure pour la part complémentaire mais le dispositif a été maintenu pour la part du régime obligatoire. Le dispositif sera mis en œuvre par étapes. Le tiers payant sera un droit pour les patients pris en charge à 100% à la fin de l'année 2016 et pour tous les patients au 30 novembre 2017. La loi a prévu une garantie de paiement des médecins dans un délai de 7 jours.

Si de nombreux problèmes restent – tels que les franchises, les dépassements d'honoraires, la part croissante des complémentaires -, il s'agit là néanmoins d'une mesure favorable aux assurés sociaux dans un contexte d'explosion de la précarité, qui va dans le sens d'une simplification du système. Et au-delà de la simplification apportée, l'enjeu est la mise à contribution des moyens modernes pour que le temps médical ne se dissolve pas dans la gestion administrative et le suivi de la comptabilité.

Le délai de réflexion pour une **interruption volontaire de grossesse** entre la première et la deuxième visite médicale est supprimé. Les femmes n'auront plus à patienter sept jours avant de se faire avorter.

Toute personne prise en charge par un professionnel de santé ou un établissement a droit au respect de sa vie privée et au **secret des informations** la concernant. La personne est dûment informée de son droit d'exercer une opposition à l'échange et au partage d'informations la concernant. Elle peut exercer ce droit à tout moment.

Il est créé un service public sous l'autorité du ministre chargé de la santé ayant pour mission la **diffusion gratuite et la plus large des informations** relatives à la santé et aux produits de santé, notamment à l'offre sanitaire, médico-sociale et sociale auprès du public.

On ne peut qu'approuver des mesures visant à améliorer l'information de la population. En revanche, les dispositions prises pour **informer le patient du coût de son hospitalisation** à sa sortie de l'hôpital relèvent plus de la culpabilisation que de l'information. Voudrait-on nous dire que les dépenses de santé déraperaient parce que la population se soigne « trop » ? Ou bien nous faire accepter par avance les augmentations à venir sur les restes à charge des patients ?

Suite aux scandales sanitaires tels que l'affaire du Mediator ou des prothèses mammaires « PIP », l'instauration des **actions de groupe** pour les patients victimes de dommages médicaux dus à leur traitement, à l'instar des « class actions » à l'américaine, était très attendue. La LMNSS permet effectivement aux associations d'usagers du système de santé d'engager une action de groupe, calquée en partie sur la procédure mise en place dans le domaine de la consommation en 2014, Mais le champ de l'action est restreint aux produits de santé et l'action ne pourra porter que sur la réparation des préjudices résultant de dommages corporels. Et dans les affaires les plus complexes, l'action de groupe ne simplifie en rien le parcours d'obstacles des patients, à tel point que certains avocats spécialisés estiment plus simple pour ces cas d'aller en justice individuellement (cf. par exemple Thomas Baudesson, cité dans La Tribune du 3 juillet 2016). Quoi qu'on pense d'une part du droit des victimes à être justement indemnisées, d'autre part de l'évolution du droit et de la judiciarisation à outrance des relations sociales, force est de constater qu'on est loin de l'« *avancée démocratique majeure* » annoncée par la ministre.

Enfin, la notion de « **parcours de santé** » est devenue une véritable tarte à la crème : plus on l'épate, moins on voit d'effet. Il serait pourtant indispensable de parvenir à fluidifier les parcours des personnes entre les différents professionnels, services et établissements. L'enkystement dans des structures inadaptées ou mal adaptées ou à l'inverse des ruptures de prise en charge créent des dommages considérables. La LMNSS adopte une série de mesures de nature à faciliter les parcours, comme la constitution d'équipes de soins primaires autour de médecins généralistes de premier recours ou de communautés professionnelles territoriales de santé. Mais l'injonction de travailler ensemble ne saurait tenir lieu de politique. La question des parcours nécessite d'une part une approche concrète, basée sur les cas qui se posent dans la pratique - c'est le cas notamment des maladies chroniques, qui ne sont pas abordées -, et d'autre part des mesures institutionnelles pour casser les clivages. Comment faire en effet avec des enveloppes distinctes et non fongibles, des prescripteurs différents, de multiples financeurs, le manque de places disponibles – notamment dans le domaine du handicap -, des retards dans les prises en charge liés aux délais d'attente, des pathologies évolutives, des établissements spécialisés, des seuils liés à l'âge etc. ? La balkanisation du monde de la santé et la recherche d'économies à courte vue tendent à rendre cette problématique insoluble dans les conditions actuelles.

Des objectifs limités pour la vie quotidienne et pas de moyens

Evidemment les mesures sont présentées avec les mots devenus traditionnels pour ce genre de texte : il s'agit de « moderniser », « rassembler », « renforcer », « protéger », « garantir »... Mais que trouve-t-on réellement derrière les mots ? Essentiellement les sempiternelles déclarations d'intention qu'on nous serine depuis des années, quelques mesures ciblées, mais rien qui soit de nature à changer la donne sur le fond.

Tout cela donne un texte fourre-tout plutôt qu'une loi apportant des solutions globales, qui se traduit par un catalogue à la Prévert de mesures portant sur une grande diversité de sujets. Il en va ainsi des dispositions sur les conduites à risque, les addictions, la consommation d'alcool, le tabagisme, le surpoids et la minceur excessive, le bronzage artificiel... On traite les effets, souvent avec des interdits et de la répression (l'introduction des salles de consommation à moindre risque, les « salles de shoot », est l'exception qui confirme la règle), jamais les causes. Et concrètement les moyens humains et financiers manquent pour la mise en œuvre.

Comment peut-on parler sérieusement de « *soutenir les services de santé au travail* » alors qu'il ne s'agit que de donner la possibilité de pouvoir recruter des médecins non spécialistes en médecine du travail ? L'absence de dispositions pour combattre la souffrance et le stress liés au travail est criante. D'après l'INRS, selon une étude réalisée en 2007, le coût social du stress en France atteindrait au minimum 2 milliards d'euros par an et cette estimation se situerait très vraisemblablement bien en-deça du coût réel. Et il y a tout lieu de croire que le phénomène s'est sensiblement aggravé depuis.

Bien que ce soit un point d'entrée important en matière de **politique de santé publique**, le sujet de la **santé scolaire** est à peine effleuré, idem pour la protection maternelle et infantile. Il convient de rappeler que la première relève de l'Education Nationale et la seconde des conseils départementaux. Emettre l'injonction de se conformer à la stratégie nationale de santé définie par le gouvernement et recevoir des informations, c'est un peu court. Quand fera-t-on le constat que lorsque l'administration qui édicte les règles et celles qui les mettent en œuvre ne sont pas les mêmes, tout est plus compliqué ? Et quand en tirera-t-on les conséquences ?

Le domaine de la **santé mentale** est abordé de manière spécifique, sans lien avec les autres secteurs et les autres dispositifs. On y trouve la boîte à outils désormais classique : projet territorial, diagnostic territorial partagé, contrat territorial, communauté psychiatrique de territoire. Mais où sont les moyens ? Et quelle est la place de la psychiatrie dans l'offre de santé ? On nous dit bien que « *la politique de santé mentale comprend des actions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale* ». Mais on ne nous dit pas comment ! Et qui pourrait nier que la conduite d'actions coordonnées en la matière était plus simple du temps où un même service de l'Etat était en charge de l'ensemble ?

En matière **de veille et de sécurité sanitaire**, il est créé par ordonnance une agence nationale de santé publique, appelée « Santé Publique France », reprenant les missions de trois établissements publics : l'Institut national de veille sanitaire (InVS), l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) et l'Etablissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS). Cette fusion de trois établissements en un seul va dans le bon sens puisqu'elle revient quelque peu sur la dispersion des moyens du ministère en une nuée d'agences satellites. Au passage, cela invalide la thèse selon laquelle des agences spécifiques autonomes seraient plus performantes que des services ministériels : une fois qu'on a organisé le découpage en rondelles des missions, il apparaît qu'il faut s'occuper de la coordination desdites missions... Les cellules inter-régionales d'épidémiologie (CIRE), qui étaient placées sous l'autorité administrative des ARS et sous l'autorité scientifique de l'InVS, sont rattachées à l'agence nationale de santé publique. Mais les agents de catégorie B des CIRE ont été exclus du transfert – une première dans l'histoire des transferts de compétences !- et les modalités du transfert ont été renvoyées à des conventions à passer entre la nouvelle agence et les ARS, sans les garanties nécessaires pour les agents concernés.

En matière de **santé environnementale**, l'action va essentiellement consister à fixer des objectifs, informer, communiquer, fixer des valeurs-guide... C'est tout à fait insuffisant. Pour prendre la mesure de l'importance des effets sur la santé dus à l'environnement, voici quelques rappels. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estime à environ 15 % la part des pertes de santé liées aux facteurs environnementaux. Concernant la seule pollution atmosphérique, l'OMS a estimé qu'elle est la cause de trois millions de décès chaque année, soit 5 % de tous les décès dans le monde. Une étude américaine a montré récemment le lien entre DDT et cancer du sein.

L'interdiction des jouets contenant une dose de bisphénol A supérieure à la concentration autorisée va dans le bon sens. Mais on est loin du compte. Selon le président du Réseau Environnement santé (RES), « *le bisphénol A imprègne toute la population mondiale et induit toutes les maladies chroniques comme le cancer de du sein et de la prostate, mais aussi les troubles du métabolisme, de la reproduction et du comportement... On est passé d'un million de tonnes en 1930 à plus de 500 millions de tonnes aujourd'hui* » (Espace social européen, Analyses et perspectives, n°1084). Alors à quand une vraie politique de santé environnementale, avec de vraies mesures à la clé et les moyens pour les faire appliquer ?

Des hôpitaux sous contrôle en pré-fusion

La notion de service public hospitalier avait disparu avec la loi HPST de 2009. Elle réapparaît avec la LMNSS avec une définition nouvelle centrée sur des missions et des garanties aux patients. Ce geste opéré en direction des établissements publics est de pure forme : la nouvelle approche donne la possibilité aux établissements de santé privés d'intégrer le service public hospitalier, le tout sous le contrôle de l'ARS qui dispose d'un pouvoir de sanction en cas de manquement aux obligations du service public hospitalier.

Le dispositif phare concernant les établissements de santé est l'introduction des groupements hospitaliers de territoire qui se substituent aux communautés hospitalières de territoire. Il faut dire que ces dernières, facultatives, n'avaient pas rencontré un franc succès : le bilan au 31 décembre 2014 s'établissait à 55. Les GHT sont désormais obligatoires pour les établissements publics de santé. La date butoir de constitution était le 1^{er} juillet 2016. Un communiqué de la ministre fait état de 135 GHT constitués à cette date.

A noter que le territoire du GHT n'est pas nécessairement le territoire de démocratie sanitaire sur lequel s'appuie le conseil territorial de santé. Déjà que les diverses administrations n'ont pas les mêmes périmètres de circonscription, si le sens du mot territoire est à géométrie variable dans le code de la santé publique, les choses ne vont pas aller en se simplifiant...

Le décret d'application de la loi daté du 27 avril est paru au Journal Officiel du 29 avril 2016. Les GHT, qui peuvent intégrer des établissements privés, sont constitués autour d'un projet médical partagé (PMP) par une convention qui prévoit :

- le PMP pour une durée maximum de 5 ans ;
- les modalités d'organisation et de fonctionnement du groupement, en incluant le dialogue social.

La convention doit être approuvée par l'ARS, au regard de la conformité avec le projet régional de santé. En outre, le directeur général de l'ARS arrête la liste des GHT.

Les GHT ne disposent pas de la personnalité morale. Ils s'appuient sur un établissement support (a priori l'établissement le plus important du territoire) garant du fonctionnement opérationnel du GHT et chargé d'assurer pour le compte de l'ensemble des établissements :

- la gestion commune d'un système d'information ;
- la gestion d'un département de l'information médicale ;
- la fonction achats ;
- la coordination des instituts et écoles de formation paramédicale.
- L'établissement support peut gérer également des équipes médicales communes, des pôles interétablissements et des activités administratives, logistiques, techniques et médico-techniques.

Le dispositif des GHT n'est pas vraiment un dispositif de coopération, à la différence des groupements de coopération sanitaire (reconnus par la plupart des acteurs comme des usines à gaz impropres pour mener à bien un projet commun mais qui continuent néanmoins à être préconisés), puisque les fonctions « mutualisées » sont en fait transférées à l'établissement support. Ce n'est pas non plus un dispositif de fusion, puisque chaque établissement partie au CHT conserve sa personnalité juridique propre, son autonomie financière et ses instances.

Les GHT se situent entre les deux. On peut les analyser comme des dispositifs de pré-fusion, c'est-à-dire destinés à préparer le terrain pour de futures fusions. Dans l'immédiat il est procédé à des transferts de compétences sur certaines activités obligatoires, voire sur certaines activités facultatives si les parties sont d'accord. En outre, les CHU prennent la main sur certaines missions de formation, les missions de recherche, de gestion de la démographie médicale, de référence et de recours.

Avec la mise en place d'un chef d'orchestre - le directeur de l'établissement support - et la concentration des moyens via les transferts de compétences, la rampe de lancement des futures restructurations est prête.

On ne peut exclure qu'à terme ces restructurations à l'échelle du territoire, qui est souvent le département, ne concernent pas que les établissements de santé et impactent aussi les agences régionales de santé, notamment au niveau des délégations départementales.

Des agences régionales de santé de plus en plus puissantes avec de moins en moins de moyens

La réaffirmation symbolique dans la LMNSS du rôle de l'Etat, reconnu à la fois comme responsable, stratège et maître d'ouvrage, se double d'un renforcement du pouvoir des directeurs généraux d'ARS : sur les hôpitaux via de nombreux dispositifs dont les groupements hospitaliers de territoire et sur les organismes de sécurité sociale qui doivent appliquer les plans définis par l'Etat et déclinés par les ARS. Les ARS constituent ainsi des objets de plus en plus étranges dans le paysage administratif : plutôt opérateurs que services de l'Etat par leur statut d'établissements publics, les ARS sont cependant détenteurs de pouvoirs de puissance publique qui ne cessent d'augmenter. Cette contradiction résume l'absence d'organisation cohérente entre l'Etat et la Sécurité sociale depuis les ordonnances Juppé de 1996.

Il n'existe plus aujourd'hui au sommet de l'Etat et parmi les autorités de santé de conception cohérente des interventions respectives de l'Etat et de la Sécurité sociale. Il n'y a plus que des rapports de forces d'acteurs qui tirent chacun dans un sens différent alors même que tous partagent le même credo libéral. Ainsi la LMNSS accentue la mainmise de l'Etat sur la Sécurité sociale, via la stratégie nationale de santé, les ARS et les projets régionaux de santé, ou encore le plan national de gestion du risque conclu par contrat avec l'union nationale des caisses d'assurance maladie et décliné dans les régions. La LMNSS exige un « *alignement stratégique* » mais le flou sur les périmètres des interventions respectives s'accroît.

Le projet régional de santé créé par la loi HPST est maintenu et un schéma régional de santé unique sur 5 ans fusionne les précédents schémas consacrés à la prévention, à l'organisation des soins et à l'organisation médico-sociale.

La LMNSS a édicté une cinquantaine de mesures nouvelles à mettre en œuvre par les agences régionales de santé. Certaines sont de simples formalités ou ne font que prolonger des directives antérieures, d'autres sont beaucoup plus conséquentes.

Pour le détail des mesures consulter le site : www.snass-cgt.fr

Ces mesures sont de surcroît complétées par les dispositions des ordonnances et des décrets d'application. Les actions louables, telles que les relations avec les MDPH ou le contrôle renforcé de l'activité libérale des praticiens hospitaliers, voient la multiplication de contrôles bureaucratiques des établissements et services. En tout état de cause, la question est : **tout cela, avec quels moyens ?** Jusqu'à quand va-t-on alourdir les tâches des agents des ARS et diminuer les effectifs ? Cette diminution est de l'ordre de **- 2 % par an**.

Autre question, très importante pour les agents des ARS : qui sera chargé de quoi au sein des agences ? Quelle répartition des tâches entre sièges, annexes et délégations départementales ? La réponse renvoie évidemment vers les choix respectifs des directeurs généraux mais elle dépend néanmoins beaucoup des principes d'organisation posés par la loi et les décrets d'application ainsi que du niveau d'effectifs attribué par le ministère.

En ce qui concerne les principes d'organisation, la loi reste curieusement inappliquée sur un point majeur pour les ARS. L'article L1432-1 du code de la santé publique prévoyait initialement : « *Les agences régionales de santé mettent en place des délégations territoriales dans les départements* ».

L'article 158 de la LMNSS a introduit la modification suivante : « *les mots « dans les » sont remplacés par les mots « dans le ressort d'un ou de plusieurs »* », ce qui aurait dû aboutir à la rédaction suivante : « *Les agences régionales de santé mettent en place des délégations territoriales dans le ressort d'un ou de plusieurs départements* », une version inquiétante qui remet en cause l'existence effective d'une délégation dans chaque département, conforme à la volonté du ministère de favoriser l'interdépartementalité tout azimuts. Seulement voilà, entretemps, la rédaction initiale est devenue « *les agences régionales de santé mettent en place des délégations départementales* », selon une version conforme au décret n° 2015-1689 du 17 décembre 2015 sur l'organisation de l'Etat. Il se trouve que les mots « *dans les* » n'apparaissent plus et cette version est restée telle quelle, inchangée ! Plus fort que la loi El Khomri : un décret s'impose à une loi ! L'administration interrogée par la CGT n'a jusqu'ici pas fourni d'explication...

L'article 158 fait par ailleurs apparaître en toute netteté la vérité sur les objectifs des ARS. Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens par lequel l'Etat stipule ce qu'il attend des ARS « *comporte un volet consacré à la maîtrise des dépenses de santé, qui fixe des objectifs chiffrés d'économies* ». Notons que la LMNSS ne fait pas ici mention d'attentes chiffrées sur l'amélioration de l'état de santé de la population...

Compiler à l'échelle d'un territoire des dispositifs nationaux cloisonnés n'apporte aucune solution nouvelle aux problématiques de santé. Les ARS ne disposent pas de potion magique pour résoudre à l'échelle des régions les problèmes de santé nationaux. Elles peuvent produire des projets, des plans, des programmes, passer des contrats et des conventions, exercer un contrôle de plus en plus serré des établissements et des services. Mais sur le terrain, les maladies chroniques ne cessent d'augmenter, la désertification médicale s'étend, les inégalités dans l'accès aux soins s'accroissent... En fin de compte, ce qu'on attend vraiment des ARS, c'est de dépenser moins.

Mais même ce seul objectif-là, réduire les dépenses, les agences régionales de santé en sont bien incapables puisque les causes sont ailleurs que dans le système de santé lui-même. La Cour des comptes notait amèrement en septembre dernier que malgré toutes les réformes conduites depuis plus de vingt ans, ARS incluses, la consommation des soins de ville et hospitaliers avait progressé dans la même période de 39 % en volume (abstraction faite de l'inflation) pour atteindre 6,5 % du PIB. L'Etat a pris la main en 1996 mais ne fait pas mieux que la Sécurité sociale.

Et pour la première fois, en 2015 l'espérance de vie a baissé pour les hommes et pour les femmes de plus de trois mois...

Alors, à quoi servent donc les ARS ? Il est significatif que la Cour des comptes, si encline d'habitude à proposer des mesures sévères, n'ait formulé dans son rapport aucun levier de nature à changer cela. Et pour cause : tout serait à revoir de fond en comble. Faute de quoi, on ne nous propose que des remèdes qui aggravent le mal, avec l'idée qu'il n'y aurait pas d'alternative possible.

Cette alternative existe pourtant.

Pour une véritable politique de santé publique

Ces cent dernières années, l'amélioration de la santé des populations est due à 80 % à l'amélioration des conditions de travail et à 20 % aux progrès de la médecine. Mais dans la période actuelle, tout est en train de changer.

Sur les vingt dernières années, les affections de longue durée ont augmenté quatre fois plus vite que la population du régime général. Dans le même temps, les politiques de santé ont tourné le dos aux besoins de la population pour se consacrer aux soins... du budget de la Sécurité sociale, alors même que l'évolution du mode de vie exposait à des risques croissants :

- nourriture transformée par les trusts de l'industrie agroalimentaire ;
- croissance de la précarité et des inégalités ;
- développement de l'intensité du travail générateur de stress ;
- développement de pratiques managériales sources de souffrance au travail ;
- concentration urbaine de plus en plus poussée avec exposition à des pollutions diverses ;
- contamination chimique engendrée par les plastiques, les pesticides, les engrais etc.

Il est urgent de mettre en place une politique qui s'attaque aux causes et non seulement aux effets, en visant le bien-être psychologique et physique de la population et non seulement l'absence de maladie.

Cela signifie passer d'une politique du soin axée sur la réparation et la délimitation du périmètre de l'offre à une politique de santé tournée vers la prévention, l'éducation et la promotion de la santé. Edicter des lois ne suffit pas. Il faut aussi des effectifs sur le terrain et des services qui travaillent vraiment ensemble.

Il faut arrêter de gérer l'hôpital comme une entreprise et recruter le personnel nécessaire pour assurer des soins de proximité de qualité. Il faut arrêter de céder devant les lobbies libéraux et prendre d'autorité – les incitations ont montré leur inefficacité - les mesures nécessaires pour assurer une répartition harmonieuse des professionnels de santé sur l'ensemble du territoire (comme le demande 70 % de la population selon un sondage BVA commandé par le Collectif interassociatif sur la santé en 2015).

Une politique de santé publique à la hauteur des enjeux d'aujourd'hui passe par des mesures fortes de protection de l'environnement dans les secteurs agricole et industriel, par des services de santé environnementale étoffés capables d'intervenir bien plus largement que sur les questions de l'eau et de l'habitat, par le recrutement massif de médecins spécialistes en médecine du travail et du personnel de santé scolaire, par des prérogatives renforcées pour les inspecteurs du travail et les comités d'hygiène, sécurité et conditions de travail, par une action véritablement coordonnée de tous les services concourant à la santé.

Cela signifie acter l'impuissance bureaucratique des agences régionales de santé qui doivent être abrogées afin de mettre en place des services d'organisation de santé articulés avec ceux qui interviennent sur les facteurs déterminants de la santé, notamment le social, le travail, la jeunesse, les sports et l'emploi.



Pour adhérer, suivez le lien :
<http://www.snass-cgt.fr/adherer/>