

Attention ! Réforme Sensible...

Qui pourrait faire la fine bouche devant une intention forte de l'Etat de réformer, rendre plus cohérent l'intervention en santé, privilégier la prévention, et placer les besoins des usagers au centre de ses préoccupations ?

C'est sur la base de ses engagements en promotion de la santé et santé communautaire, à partir de son expérience, sa pratique, ses publications, et les échanges avec ses nombreux interlocuteurs que l'Institut Renaudot a analysé le projet de loi « Hôpital, patients, santé et territoires ».

Pour notre lecture critique du projet de loi – critique au sens de mieux comprendre pour émettre des remarques, objections, interrogations, propositions - nous nous sommes notamment appuyés sur les huit repères de la santé communautaire construits avec le Secrétariat Européen des Pratiques de Santé Communautaire (SEPSAC), et sur le rapport que notre association avait remis à sa demande à la Direction Générale de la Santé (Politiques et pratiques de santé publique et de promotion de la santé ; du local au national : quels acteurs ? quelles relations ? avril 2005).

C'est avec l'intention permanente de contribuer à la promotion de la santé, que notre équipe, en bénéficiant des apports des Rencontres régionales tenues en juin 2008 à Nantes (« Quand les habitants, citoyens, usagers font de la santé »), s'est intéressée au projet majeur de réforme de la santé engagé par l'Etat.

1- Un titre de loi à géométrie politique variable...

Le titre du projet de loi de « Patients, santé et territoires est devenu – dans la toute dernière ligne droite « Hôpital, patients, santé et territoires ». S'agit-il d'un simple glissement sémantique ? Un glissement renforcé dans le titre II (« accès de tous à des soins de qualité ») qui est présenté comme un traitement ... de l'environnement de l'hôpital !!

Le premier titre (un titre ne fait certes pas le printemps, mais...) indiquait l'intention des rédacteurs de donner une nouvelle place aux patients ; même si nous aurions préféré les termes d'habitants ou de citoyens...

Il serait tout à fait regrettable que la réorganisation profonde de l'organisation de la santé annoncée soit celle prééminente de l'hôpital et de sa gestion, au détriment, une fois de plus des soins ambulatoires, de la prévention, de la démocratie sanitaire. L'approche de la santé sur le seul axe de la maladie, de son traitement et de son suivi peut légitimement faire craindre un renforcement des pouvoirs médicaux et des priorités économiques.

Comment ne pas interpeller les décideurs publics quand on observe les espaces respectifs consacrés au schéma régional de prévention (4 lignes !) à celui Schéma régional d'organisation des soins ? (chapitre IV, sous-sections 1 et 2). Comment ne pas craindre, malgré la fongibilité asymétrique des crédits en faveur de la prévention, que leur part reste tout à fait insuffisante.

Comment ne pas s'inquiéter de l'absence de la PMI et de la santé scolaire, services majeurs de prévention, ô combien essentiels dans le contexte économique, sanitaire et social actuel ?

Les questions des places respectives *réelles* des soins et de la prévention, de la santé publique et de la santé globale (promotion de la santé ?) restent posées à la lecture du texte en l'état.

Qu'en sera-t-il – comme le recommande le premier repère du SEPSAC (1) des liens entre le secteur santé publique et les autres secteurs qui contribuent à la santé (éducation, logement, social) ?

2- Une nouvelle organisation des soins de santé primaires ?

Nous nous réjouissons qu'une définition très globale des fonctions de la médecine générale, comprenant les soins, la prévention, l'éducation à la santé ait été introduite dans la loi. Pour l'Institut, qui promeut depuis son origine les soins de santé primaires, il s'agit d'une réelle avancée qui devra bénéficier de volontés institutionnelles, politiques et professionnelles, et moyens diversifiés pour devenir réalité.

Nous souhaitons vivement que la mise en œuvre d'une nouvelle étape de l'organisation des soins de premier recours (avec Maisons de santé de proximité, centres de santé) permettent de vrais projets où ne soit négligé aucun des éléments de réussite au bénéfice de la santé, des usagers et des professionnels : un projet collectif, pluridisciplinaire, d'équipe, soucieux de l'accessibilité financière et de l'implication des usagers.

3- Du niveau régional aux acteurs de proximité : enjeu de démocratie, enjeu d'efficacité des actions de santé

« L'agence régionale de santé définit les territoires pertinents pour les activités de santé publique, de soins et d'équipement des établissements de santé, de prise en charge et d'accompagnement médico-social ainsi que pour l'accès aux soins de premier recours »(section 3 du chapitre 4 , art. L1434-14)

« La mise en œuvre du projet régional de santé peut faire l'objet de contrats locaux de santé conclus par l'agence, notamment avec les collectivités territoriales, portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social » section 3, article 1434-15

Pour confirmer cette intention de territorialisation, Mme Bachelot a dit le 6/3/08 en s'adressant aux directions des DDASS et DRASS : « (...) *des antennes locales seront bien entendu nécessaires. Comment piloter les politiques de santé publiques, la gestion de crise, le secteur médico-social ou la santé environnementale sans proximité territoriale ?* »

Engagé depuis sa création dans l'intervention ou l'accompagnement d'actions locales de santé, notre Institut est particulièrement attentif aux conditions de renforcement nécessaire de l'intervention locale en santé. Sur ce point le projet de loi est peu disert. Comme d'autres, nous pensons que les enjeux de démocratie sanitaire, de réduction des inégalités en santé, d'efficacité des actions reposent AUSI et AVEC le niveau régional, sur une déclinaison départementale, intercommunale, communale, infra communale des politiques de santé.

Dans un rapport remis en juin 2005 à sa demande à la Direction Générale de la Santé (« Politiques et pratiques de santé publique et de promotion de la santé ; du local au national : quels acteurs ? quelles relations ? ») nous faisons une analyse du déploiement territorial des politiques publiques et faisons des remarques et des propositions, dont nous reprenons quelques éléments contributifs au débat sur le projet de loi « hôpital, patient, santé et territoires ».

La question de la reconnaissance du rôle fondamental des acteurs locaux et des initiatives locales nous apparaît comme un enjeu central. Il ne s'agit pas d'envisager le territoire local comme un échelon supplémentaire de déconcentration de l'organisation de la santé publique de l'Etat, mais comme un intervenant et un partenaire à part entière de la définition et de la mise en œuvre des politiques publiques de santé. Cet acteur local est d'autant plus pertinent qu'il est au contact direct avec les habitants-usagers-citoyens et leur environnement. Il faut pouvoir mixer les approches économico-épidémiologiques avec celle de la réalité vécue, ressentie et éprouvée par les personnes. Le local peut-être le premier échelon de repérage de pathologies émergentes et d'évolution des besoins médico-sociaux. Un pilotage régional qui ne serait qu'une déconcentration des moyens en 30 petits « ministères de la santé », ne permettrait pas la mise en œuvre des objectifs régionaux de santé au plus près des professionnels, des habitants pour eux et avec eux.

Si les départements gardent encore une compétence dans le domaine de la prévention, les lois de décentralisation (1983 et 2004) ne donnent aucune compétence réglementaire aux communes en matière de santé publique, hormis les tâches d'hygiène publique ; mais elles ont une responsabilité de plus en plus grande sur nombre de déterminants de santé : environnement, qualité de la vie, logement, éducation, sports, ... et tout ce qui participe au bien-être des habitants.

Depuis 2001, dans le cadre de la Politique de la ville, se sont créés et développés les Ateliers Santé Ville, dispositifs d'intervention et de coordination en santé.

Depuis 1987, à l'initiative de l'Organisation Mondiale de la Santé, s'est développé le réseau Ville Santé qui engage politiquement les villes en promotion de la santé. Le réseau français comporte actuellement 70 villes ; il vient de publier des guides méthodologiques sur les thématiques de nutrition et d'observation locale en santé.

Sur d'autres territoires locaux, ce sont des réseaux de santé, des CCAS, des associations voire des secteurs psychiatriques qui développent des démarches concertées, coordonnées de santé.

Sur les territoires (communes, communautés d'agglomération, pays...) existent différents acteurs responsables de l'animation locale : directeurs de services communaux d'hygiène et de santé, de services municipaux de santé ou de CCAS, animateurs de projet Ville-Santé, ou d'Atelier santé ou de CLIC (Centres locaux d'information et de coordination) ou de réseaux de proximité, coordonnateurs de Programmes Territoriaux de Santé...

Il nous paraît essentiel que la loi et ses prolongements reconnaissent, confirment et permettent de conforter les dispositifs existants et notamment les Ateliers Santé Ville.

Les contrats locaux de santé peuvent permettre, s'ils prennent en compte les besoins des populations et s'appuient sur l'ensemble des ressources locales en santé, des dispositifs précieux d'élaboration et de mise en œuvre de politiques de santé de proximité.

Pour réussir cette déclinaison infra-régionale, il convient de renforcer – et créer là où elles n'existent pas – la fonction d'animation locale et/ou de coordination locale en santé.

Il convient de permettre une déclinaison locale, de proximité de la concertation régionale en santé publique et communautaire notamment à travers *des Conférences régionales, locales de santé* en assurant une stabilité, une durabilité, une visibilité de leurs règles de fonctionnement, un retour pour que le terrain puisse mesurer les effets des démarches engagées.

Au sein, des instances de concertation et de décision, il faudrait que soient associés des représentants reconnus des divers acteurs des niveaux infra-régionaux (élus, professionnels, associations); ceci implique de définir des critères d'éligibilité, de représentativité, de fonctionnement.

Mettre en place des référents techniques pour accompagner à la demande du terrain, des équipes pluridisciplinaires désireuses d'être accompagnées dans leurs démarches.

Confirmer, conforter ou créer les dispositifs de soutien des acteurs locaux ; il devrait y avoir au niveau de chaque département, mais aussi de façon plus proche, un lieu ou des lieux, un ou des professionnels pour aider les divers acteurs de santé, mettre des outils à leur disposition (rôle – parmi d'autres - des CRES, CODES, ORS, associations spécialisées)

5- Les moyens, condition de mise en œuvre des textes

L'article 14 du projet de loi affirme que la définition de l'organisation de l'offre de soins en niveaux de recours, se fera en fonction des besoins de la population.

Le projet de loi affirme des ambitions. Qu'en sera-t-il des divers moyens que de telles ambitions génèrent ?

Pour entendre ce que disent les divers acteurs de terrain quant aux problèmes de santé rencontrés (accès aux soins, offre de soins, problèmes de santé des jeunes, problèmes de santé mentale, hygiène de l'habitat, etc...) quelques questions ou suggestions pour réussir sont évoqués ici.

1- Réintroduire la PMI et la santé scolaire dans le projet ; veiller en associant les professionnels libéraux à dégager les moyens de leur formation et de leur implication en santé publique. Il convient de renforcer au plus vite les services de santé publique existants qui agissent au plus près de la population.

2- Préciser quelle priorité et quels moyens sont envisagés avec le projet de loi pour faire de la réduction des graves et croissantes inégalités en santé en France un axe fort des politiques publiques.

3- l'Article 24 du projet de loi précise : « *Pérenniser* les actions déjà entreprises, inscrire dans la durée les actions (dans le domaine éducation à la santé, éducation thérapeutique) »

C'est de bon augure à la condition que soient précisés, revus les niveaux de financements et leurs modalités (projets globaux de santé et pas seulement thématiques, pluri-annualisation, délais raccourcis de versement des dotations).

4- Pérenniser, conforter les Ateliers Santé Ville (ASV) est pour les acteurs engagés (associations, professionnels, collectivités locales) essentiel.

5- Les Conférences Régionales de Santé sont confirmées et leur rôle précisé. Pour avoir pu constater les expériences fort inégales des Conférences en exercice, il conviendra là aussi, pour leur permettre de renforcer leur fonction de conseil, de débat, de leurs allouer des moyens sensiblement plus importants.