

► Une démocratie sanitaire en trompe l'œil

Marc Wurmser

Depuis plus de dix ans maintenant, la démocratie sanitaire fait l'objet d'une attention soutenue de la part de tous ceux qui peu ou prou ont la volonté de faire évoluer en profondeur notre système de santé. En pratique, le sentiment qui domine est que le sujet captive plus les pouvoirs publics qui légifèrent 'régulièrement' sur le sujet et les aficionados des associations à vocation sanitaire.

Entre les deux, la grande masse des citoyens est en fait peu intéressée au débat qui se développe dans le cadre des instances dédiées, l'intérêt se comprenant ici à la fois comme celui que l'on suscite et celui que l'on ressent.

L'information délivrée en région et en local sur les réflexions engagées au nom de l'utilisateur ne touche au final qu'un public averti et assidu dans ses recherches de connaissances. Le citoyen, quant à lui et faute sans doute d'y être préparé (pour ne pas dire formé), est plus prompt à se mobiliser sur un enjeu d'accès aux soins que sur tout autre thème de santé publique. Observons aussi que la classe politique locale, alors même qu'elle exerce une responsabilité significative en la matière, se positionne assez peu sur le terrain de la santé collective et environnementale, sauf opportunité de communication.

Dans ce contexte, la loi de modernisation de notre système de santé, promulguée au début de cette année 2016, porte comme un coup de clairon au petit matin d'une journée prometteuse de combats et de victoires.

Forte des réflexions novatrices portées dans divers rapports dont celui de Mme Compagnon, la loi réforme et restructure une représentation citoyenne placée au cœur du dispositif de santé en tant que vecteur essentiel de son adéquation et de son équité. Il s'agit tout à la fois d'ériger un 'modèle citoyen' (ou un citoyen modèle ?), démocratiquement responsable de sa santé, placé en contre-point du pouvoir médical, de mettre de la transparence dans les pratiques et donc dans les choix, d'adapter aux besoins et aux attentes du malade, de lutter contre les inégalités d'accès et de comportement... .

Tous ceux qui, un jour, se sont préoccupés de santé publique et de prise en charge sanitaire s'en réjouissent.

La réflexion qui vient après l'euphorie laisse pourtant poindre quelques interrogations. D'abord sur l'opportunité d'une posture de rupture ; le dispositif réglementaire antérieur n'était-il pas le témoin historique d'un progrès constant dans la valorisation de la place du citoyen dans le système de santé ; cette perspective invitait plutôt, me semble-t-il, à la réforme et à l'enrichissement de dispositions certes perfectibles, mais dont le défaut fut souvent celui d'un manque de pratique adéquate plus que de juste conception.

Interrogation aussi sur les fondements retenus pour ériger une démocratie participative en santé. Le dispositif veut renforcer la représentation citoyenne et s'attache notamment, pour ce faire, à l'homologation des structures aptes à la représentation et à la formation des mandatés. Or, on peut s'intéresser à la légitimité d'un protocole qui est mis en œuvre par un pouvoir, celui de l'administration, auxquelles ces structures ont justement vocation à se confronter dans l'exercice de leur mandat. On peut aussi chercher à mesurer la représentativité des associations en regard des conditions dans lesquelles sont constituées leurs instances ; ce n'est pas faire acte d'une prévention excessive ni d'une suspicion déplacée que de rester curieux et vigilant quant à la qualité de ceux qui s'expriment en notre nom. Et ce n'est pas faire preuve de nostalgie que d'évoquer le temps des élections à la sécurité sociale, dispositif toujours mis en œuvre en Mutualité Sociale Agricole.

Passons aussi sur le fait que la notion d'utilisateur du système de santé semble devoir prioritairement correspondre à 'la population des malades', ce que nous sommes tous potentiellement, certes, mais ce qui ne sera pas sans poser problème quant à la prise en considération des questions d'environnement, de déterminants, de prévention, voire d'anticipation et d'adaptation aux réalités futures.

Mais, fi des critiques, passons à l'acte.

C'est ce que à quoi nous ont invités les décrets d'application.

Sans doute est-ce la torpeur estivale qui a obéré les initiatives d'information sur l'installation des nouvelles CRSA (?) ; la chose s'est faite sans grand émoi.

Je reconnais par ailleurs que les nouveaux découpages administratifs ne laissent pas d'alternative à une démocratie 'élitiste', celle à laquelle nous aboutissons ; le rapport entre l'effectif de la CRSA et la démographie régionale (en m'appuyant sur le cas de la région des Hauts de France) me laisse perplexe. Je n'ignore pas ici ce que sont les principes de fonctionnement d'une instance représentative. Mais justement, je suis curieux de voir comment nos quelques représentants (et ils sont peu nombreux si l'on considère la répartition par collèges et la compétence spécifique de chacun d'eux) pourront efficacement 'garder le contact' avec leur base, comme peut le faire, par exemple, le député avec les électeurs de sa circonscription.

C'est par contre dans l'effervescence de la rentrée qu'a été engagé le processus d'élaboration et de mise en œuvre des nouveaux territoires de santé. Ils sont censés être le fleuron de la démocratie de proximité. C'est à ce titre qu'ils risquent fort de devenir celui du déni de démocratie.

La loi HPST (2009) donnait la possibilité d'une démocratie de proximité en réunissant dans une instance locale l'ensemble des acteurs en santé, c'est-à-dire tout ceux ayant localement vocation, intérêt ou pouvoir à témoigner d'un besoin en santé et à organiser en regard une offre de soins et de prévention, à concevoir et construire un cadre de vie, dans l'objectif syncrétique d'une bonne santé de leurs concitoyens.

Je n'ai pas la place de développer ici ce que cette possibilité comportait de diversité et d'exhaustivité des fonctions rassemblées, de complémentarité du projet de santé avec le projet politique, d'attention portée à la cohérence avec les schémas et programmes de santé régionaux et, au-delà, nationaux.

La mise en œuvre fut décevante (j'évoque ci-dessus 'le manque de pratique adéquate'), certaines ARS allant même jusqu'à ne reconnaître qu'un seul territoire de santé pour toute leur région (!). Pour revenir aux Hauts de France, les équipes qui s'installent en 2009, organisent alors l'ensemble bi-régionale en neuf territoires, en partie parce qu'elles héritent d'une 'tradition' locale de travail par zones et qu'elles décident de la valoriser.

Il est alors d'autant plus signifiant que l'avis de consultation lancé le 23 août (en HdF) n'en comporte plus que six dont quatre correspondent aux départements du sud.

Et nous voilà conduits à rechercher ce que peut être la déclinaison opérationnelle du concept de 'territoire', et à imaginer la conception d'un projet territorial de santé,... du département ( ?).

En définitive, c'est, ce me semble, d'une grande vigilance dont nous devrions faire preuve dans les mois à venir. Alors même que se développe le sentiment partagé d'une nécessaire maîtrise de ce qui fixe l'existence de chacun, ce dont fait partie la santé, et en référence à la contribution de SFSP lors des échanges préparatoires à l'élaboration de la Stratégie Nationale en Santé, il ne faudrait pas que nous assistions à l'émergence d'un 'autre' système de santé.