

De la Commission d'enquête de l'Assemblée Nationale sur la gestion de la crise COVID au projet de loi 3DS: des propositions sur les ARS en demi-teinte

En matière de gestion crise sanitaire, « *nul n'est prophète en son pays* ». Pourtant, dès le démarrage de cette crise en début d'année 2020, les « prophètes » se sont multipliés propageant messages et fausses informations qui ont inondé les réseaux sociaux comme les journaux nationaux de leurs « expertises ».

Dans ce domaine, les hommes politiques en général, et le gouvernement en particulier, n'ont pas brillé pour mettre en lumière les difficultés de cette période ni apporter des informations claires et transparentes aux concitoyens. Ils ont de fait alimenté la « machine à complots » qui a tourné à plein régime pendant cette période et continue aujourd'hui à créer de la défiance vis-à-vis de tout ce qui peut être considéré comme « faisant partie du système », organisations syndicales comprises.

➔ Un rapport partiel et partial

Le rapport de la commission d'enquête de l'assemblée nationale sur « *l'impact, la gestion et les conséquences dans toutes ses dimensions de l'épidémie de Coronavirus-Covid 19* » rendu public le 8 décembre 2020 qui était censé faire « *toute la lumière* » sur la première période de la gestion de cette crise sanitaire et la préparation de la seconde vague, ne se donne malheureusement pas les moyens de contrer cette défiance.

Conduite par des députés appartenant aux partis politiques qui se sont attelés, pendant des années, à réduire les moyens du système de santé et à contribuer grandement à son affaiblissement, cette commission reste placée sous le signe de la partialité dans son positionnement. Et, si elle pose effectivement des constats et formule des propositions, elle évite soigneusement de revenir sur l'histoire qui mettrait en évidence les années d'errements des gouvernements successifs en matière de préparation de gestion de crise et d'insuffisance de moyens financiers. Par conséquent, elle ne remet nullement en question les politiques d'austérité en termes d'emplois, ni la T2A (tarification à l'activité) qui a appauvri l'hôpital public pour le faire fonctionner comme une entreprise, sans parler des réductions budgétaires qui ont gravement altéré les capacités du système de santé public, qui aurait pu, sinon, être un atout précieux dans la gestion de cette crise.

La commission prend donc le problème par le petit bout de la lorgnette de manière à éviter toute remise en question fondamentale des politiques libérales autant que des interrogations sur ceux qui ont conduit cette enquête. Ce n'est pas la meilleure façon de donner de la crédibilité à un rapport aussi volumineux (355 pages).

Le système de santé en France est relativement complexe. Il est historiquement centré sur l'hôpital, qui en est devenu la clé de voûte. Toute l'organisation, au niveau local, s'appuie donc sur les structures hospitalières, et leur réseau d'établissements qui gravitent autour,

qu'ils soient publics, associatifs ou privés. Les points de faiblesses sont connus depuis des années. Il s'agit notamment du lien entre la médecine de ville et celle de l'hôpital. Toute cette organisation a été, depuis près de 20 ans, fragilisée par une logique financière qui prône la réduction des moyens du service public, au profit du privé.

Las, les crises sanitaires sont des révélateurs qui montrent, à chaque fois qu'elles surviennent, la nécessité de s'appuyer sur un service public de qualité et un pilotage national de la gestion de ces crises.

→ La crise COVID : un révélateur des faiblesses du système

La crise du COVID19 n'échappe pas à cette règle. Elle a dès le début mis en évidence les conséquences catastrophiques de la diminution des moyens du service public de santé et l'impossibilité pour le secteur privé de jouer son rôle. Ne nous y trompons pas : le manque d'appui du secteur privé n'est pas dû à un manque de volonté. Sa logique de rentabilité ne lui permet tout simplement pas de répondre efficacement à une crise d'ampleur. En dehors de quelques sites, il n'est ni préparé, ni adapté, pour faire face à une crise sanitaire. Ainsi la catastrophe qui s'est déroulée dans les EHPAD privés montre clairement que la logique spéculative a limité drastiquement les moyens des établissements au profit des actionnaires, ce qui s'est traduit directement par une mortalité plus élevée. Les pays comme l'Italie ou les Etats Unis en ont fait durement les frais.

Dès lors, cette crise sanitaire d'ampleur montre que si toutes les forces sont nécessaires, seule une organisation s'appuyant sur le service public est en mesure de faire face à une crise en raison des contraintes et des obligations qu'elle entraîne (adaptation des structures pour la prise en charge adaptée, mobilisation du personnel au-delà du temps de travail réglementaire, moyens techniques et financiers, etc...).

Les faiblesses du système renvoient donc aux acteurs qui organisent le système de santé publique et à sa gouvernance. Dans ce domaine, la France est à part. Le système de santé repose en France sur les moyens de la Sécurité sociale, c'est-à-dire un système de solidarité auquel chacun participe via des cotisations (c'est-à-dire la part socialisée du salaire et non pas des charges !). C'est notamment dans la crise que ce système révèle toute sa modernité : une solidarité de moyens financiers qui participe au fonctionnement de tous les hôpitaux, publics comme privés, EHPAD et autres acteurs, permettant une prise en charge gratuite des patients.

Ainsi, les soins donnés aux patients sont les mêmes quels que soient leurs moyens. Pas besoin de donner numéro de carte bleue pour vérifier la solvabilité d'un patient avant d'être soigné, comme cela se passe dans les pays qui ont privatisé leur système de santé.

Si les grandes lignes du système de santé et de son financement sont décidées nationalement, l'organisation de terrain est laissée, depuis 2010, aux Agences Régionales de Santé (ARS), superstructures technocratiques issues du regroupement des anciens services déconcentrés du Ministère de la Santé (DDASS et DRASS), des Agences Régionales d'Hospitalisations (créées en 1996 par les ordonnances Juppé), et de services de la CARSAT.

À leur tête, des Directeur généraux, « super-préfets sanitaires » aux pouvoirs étendus.

Les ARS ont une grande liberté dans les décisions d'ouverture et de fermeture de structures, sur leur territoire, de planification de l'organisation qu'elles veulent mettre en place, des moyens qui seront dédiés, etc....

Leurs interventions sont malgré tout cadrées par le parlement qui impose des objectifs budgétaires quantifiés à travers la loi de finance de la Sécurité sociale qui définit annuellement les moyens financiers dont les ARS disposeront.

Depuis 2010, les pouvoirs des ARS se sont considérablement étendus, au fur et à mesure que l'on a fait reposer sur elles, à travers les lois successives, de nouvelles missions. Pendant ce temps, leurs moyens propres de fonctionnement ont été largement réduits (-16% de personnel). Une cure d'austérité qu'elles ont subie, en même temps qu'elle l'on fait subir avec zèle sur le système de santé, tout particulièrement les hôpitaux.

→ La logique d'agence en question face au leurre de la décentralisation

Le rapport de la commission d'enquête revient justement sur cette organisation des ARS en posant un constat : « *la principale faiblesse des ARS est apparue, à l'aune de la crise sanitaire, au niveau départemental* ». C'est un constat que la CGT peut tout à fait partager. Si l'organisation territoriale des agences s'est appuyée sur les anciennes structures dont elles sont héritières (DDASS et DRASS), la baisse continue des effectifs, la fusion des régions en 2016, et une vision très technocratique des missions, ont conduit la plupart des agences à mutualiser les missions et centraliser au niveau régional leurs décisions et moyens, au détriment de leur échelon départemental. Rappelons que certains DG ont, à plusieurs reprises, tenté de faire disparaître certaines délégations départementales (comme en Ile-de-France en 2015) ou en ont largement réduit leurs moyens (certaines DD ont moins de 25 agents). Ce constat de la commission est donc effectivement une réalité. Or le service public ne peut être efficace que s'il est en contact avec ses usagers, et qu'il dispose d'une adéquation de moyens en lien avec les missions qui lui sont confiées. C'est un problème dénoncé largement par la CGT depuis la création des ARS.

La conception même de ces agences régionales dotées d'une personnalité morale, pousse ces dernières à s'émanciper de leur tutelle. La conséquence en est un affaiblissement de cette tutelle. Elles s'inscrivent dans une logique d'objectifs prioritaires chiffrés inscrits dans une « convention d'objectifs et de moyens » signée avec l'Etat et l'Assurance maladie, qui sont réalisés au détriment de certaines missions publiques de terrain.

Forte de ce constat, la commission propose comme solution d' « *instaurer des agences départementales de santé sous l'autorité hiérarchique des préfets afin de faire de ces agences de véritables acteurs sanitaires de proximité* ». Des agences sous l'autorité des préfets...alors pourquoi ne pas revenir à des directions de plein exercice ?

Cette proposition de la commission trouve sa traduction dans la suite des propositions : faire des « *collectivités territoriales de véritables acteurs en matière sanitaire* ». Le serpent de mer de la décentralisation de la santé refait ainsi surface.

Si cette proposition s'appuie sur des constats que nous pouvons partager (manque de démocratie sanitaire, éloignement des ARS des acteurs de terrain, ...) la décentralisation des missions de santé est un leurre. D'abord parce qu'une partie des collectivités locales n'en veut tout simplement pas. Elles savent depuis longtemps que les décentralisations des

missions de l'Etat sont des marchés de dupes qui les mettent bien souvent en difficultés. La décentralisation introduirait par ailleurs, une inégalité de traitement et de prise en charge sanitaire d'un territoire à l'autre, à l'instar de ce qui se passe en Italie ou en Allemagne, où la politique de santé et hospitalière est définie par les régions. Sans partir si loin, regardons les conseils départementaux en France, et les inégalités de mise en œuvre de l'Aide Sociale à l'Enfance pour imaginer les dégâts qu'occasionnerait la même recette appliquée au système de santé Français.

La crise actuelle nous rappelle chaque jour qu'un pilotage et une coordination nationale restent indispensables pour assurer une gouvernance et une organisation du système de santé cohérente, égalitaire et durable sur tout le territoire. Le rôle joué par les collectivités pendant la crise ne doit pas pour autant être minoré, et la territorialisation du système de santé conduit aujourd'hui à tenir compte de leur capacité y participer.

→ Une organisation de gestion de crise à clarifier

Toujours dans le domaine de l'organisation des services, la commission propose de « *mettre fin à la dualité de la chaîne de commandement qui a été préjudiciable dans la gestion de la crise sanitaire, rendre aux préfets de département la compétence de la gestion des crises sanitaires* ».

Cette proposition rejoint les constats de la CGT pendant la gestion de la crise. L'organisation de gestion des crises sanitaires s'est constituée par un empilement de textes qui a conduit à créer un double commandement national Ministère de l'Intérieur/Ministère de la Santé. Et c'est le ministre de la Santé qui a été finalement mis en avant. Cette déclinaison s'est retrouvée sur le terrain avec des DG d'ARS, en charge de la gestion sanitaire de la crise, et des préfets – traditionnellement en charge de la gestion des crises – qui se retrouvent dans cette crise au second plan. Dès lors, les informations ont pu mal circuler entre certains préfets et DG d'ARS, quand ce n'était pas carrément un conflit de pouvoir ! Fâcheux pour des représentants de l'Etat en train de gérer une crise ! Il est donc indispensable de remédier à cette situation en désignant un seul pilote dans la gestion de crise, bien identifié, pour répondre à des objectifs de clarification, éviter la cacophonie et gagner en efficacité.

→ Revoir la stratégie d'anticipation

Concernant la gestion stratégique des stocks, le rapport pointe la fusion de l'Établissement Public de Préparation des Réponses aux Urgences Sanitaires (EPRUS) en 2016 avec d'autres agences pour créer l'agence nationale « **Santé Publique France** » a conduit à la pénurie de masques et de matériels. En effet, diluées dans une agence aux missions multiples, les missions de l'ex-EPRUS ont fait les frais des réductions budgétaires. En effet, hors période de crise, la constitution de stocks stratégiques de masques notamment, a été perçue comme une dépense superflue. Les stocks ont donc fondu comme neige au soleil. C'est ce manque de masques dès le début de la crise qui a conduit le gouvernement à proférer un mensonge d'Etat en prônant la non-utilité du masque, aggravant ainsi la diffusion du virus.

Il paraît donc indispensable de revenir à une gestion stratégique d'anticipation des événements de crise, supervisée au plan national, plutôt que de rester dans cette dilution des responsabilités dans un empilement d'agences, dont la liste de missions ne cesse de s'allonger au fur et à mesure que leurs moyens sont réduits.

→ Repenser le dispositif, ce que n'aborde pas le rapport

Les logiques financières d'économies budgétaires ont conduit les pouvoirs publics à privilégier les logiques d'agence. Elles constituent aujourd'hui un système « éclaté », et deviennent alors aussi des « fusibles » bien pratiques (ainsi en a-t-il été du limogeage politique du DG de l'ARS Grand-est pendant la crise). Il ne faut cependant pas perdre de vue qu'elles sont sous la tutelle directe du ministère de la Santé, et sont censées exécuter les politiques portées par le ministère et définies par le gouvernement, tout particulièrement en temps de crise. C'est donc un jeu de dupe qui se déroule dans le cadre des crises sanitaires, et que le rapport de cette commission évite de remettre en question.

Pour la CGT, il faut repenser cette logique d'agence pour que l'Etat puisse compter sur une organisation de services territoriaux de plein exercice permettant la déclinaison directe des missions de santé sur les territoires. C'est aussi la prise en compte de la « logique du dernier kilomètre » qui a fait défaut dans la stratégie de lutte contre le virus.

Cette question de l'organisation ne saurait toutefois être déconnectée de la question des moyens, car les réductions d'effectifs conduisent à mettre en danger les services publics. Ainsi en est-il de l'hôpital mais aussi de toute une partie des missions des ARS qui ont ainsi été abandonnées pendant ces premiers mois de crise. Les moyens humains actuels ne permettent donc plus d'assurer à la fois la gestion de la crise COVID et les missions habituelles. Il s'agit dès lors de concevoir les politiques de santé dans une perspective stratégique de réponse aux besoins des usagers, et non pas se borner à en réduire les dépenses. Ainsi, la CGT appelle donc à redonner des moyens humains et financiers, et préciser les rôles du ministère de la Santé et des Solidarités, de ses services et de ses opérateurs. Cela implique une démarche de conception globale et transversale des missions qui doit intégrer aussi bien les logiques de santé et sociales, mais également environnementales afin de répondre aux besoins d'une vie en bonne santé (au sens donné à ce mot par l'OMS) de la population.

→ Réinsuffler la démocratie dans le système de santé

L'absence de démocratie dans le système de santé s'est aggravée avec la mise en place des agences régionales de santé (ARS). Le pilotage territorial du secteur de la santé peut être considéré comme une avancée. Mais la nouvelle configuration régionale a créé des entités qui ont la taille de certains pays européens, avec un éloignement des structures décisionnelles du terrain. La concentration des pouvoirs dans les mains du directeur général des ARS ne laisse quasiment aucune place à l'expression démocratique. L'absorption de structures de la Sécurité sociale a pour unique objectif de prendre le contrôle financier de cette institution, qui ne devient plus qu'un payeur aveugle. Il faut stopper ce processus et supprimer toutes les agences créées ces dernières années pour redonner la gestion de ces compétences à l'administration d'un véritable ministère de la Santé et de l'Action sociale.

Dans ce cadre, nous pourrions rétablir les structures administratives déconcentrées de l'État dans les territoires, à l'image de ce qu'étaient les DDASS et les DRASS. Des moyens et des pouvoirs décisionnels doivent être redonnés au niveau du territoire le plus pertinent, c'est-à-dire le département – la région ne restant qu'un niveau de coordination. La création de chambres territoriales de santé dans lesquelles siègeraient des élus, des représentants locaux des professionnels, des organisations syndicales de salariés, les organismes de Sécurité sociale et les services déconcentrés de l'État pourrait permettre de définir les besoins de la population du territoire et de faire des propositions en termes d'organisation et de moyens pour y répondre.

→ Les évolutions immédiates

La crise liée au coronavirus a montré la pertinence d'un pilotage territorial en lien avec les collectivités locales. En effet, les ARS ne disposent pas de services techniques opérationnels sur le terrain et ce sont les mairies, les départements et les régions qui ont largement contribué d'abord à la distribution des masques, puis à l'organisation de centres de dépistage puis maintenant de centres de vaccinations. Le positionnement des ARS en tant que donneur d'ordre et relais de décisions ministérielles non concertées a créé des tensions et a nui à une bonne gestion sur le terrain. L'exemple des centres de vaccinations constitue de ce point de vue une caricature avec des mairies et des professionnels de santé mettant en place très rapidement des structures et des ARS en concurrence avec les préfets pour valider leur ouverture et surtout incapables d'assurer la logistique de livraison des vaccins.

Cette situation pousse actuellement les élus locaux à réclamer une évolution du fonctionnement des ARS et critiquant fortement le manque de démocratie et la toute-puissance de leurs directeurs généraux. Pour calmer la « fronde », le gouvernement a introduit dans le projet de loi 4D devenu 3DS, la transformation du conseil de surveillance des ARS en conseil d'administration avec trois vice-présidents dont deux représentants des collectivités territoriales. Il pourrait fixer, sur proposition du directeur général, les grandes orientations pour conclure et exécuter les conventions avec les collectivités territoriales afin de mettre en œuvre le projet régional de santé. La déclinaison de cette mesure au niveau départemental dans les délégations territoriales pourrait compléter le dispositif en redonnant de la visibilité et du pouvoir à cet échelon. A ce stade, la représentation dans cette instance des personnels et des assurés sociaux par le biais de leurs organisations syndicales représentatives n'est pas garantie.

Cette évolution reste marginale, et ne remet pas en question nos propositions et nos revendications pour un fonctionnement démocratique permettant de répondre aux besoins de santé des populations dans les territoires.

Nous devons être très vigilants ce projet de loi visant à modifier le pilotage du système de santé, car elle est susceptible d'accentuer la différenciation locale pour construire des normes et donc des dispositifs différents d'un territoire.

La « faillite » de l'Etat pointée par le rapport doit servir de base de réflexion pour ouvrir les discussions sur une nouvelle organisation du système de santé en France, toujours financé par la solidarité nationale, qui apporterait plus de démocratie sanitaire, et un rôle accru des acteurs de santé et des citoyens dans les décisions qui portent sur l'organisation même du système de santé à l'échelon territorial et national.

