

Association des Maires d'Ile de France/ Région Ile de France  
**Colloque Les Maires et l'accès à la santé**  
Paris, Hémicycle du Conseil Régional, 1<sup>er</sup> juin 2017

Intervention du Pr Emmanuel VIGNERON  
16h-16h15

Je me contenterai de 3 remarques. 3 remarques à propos du rôle des Maires dans l'accès à la santé et des évolutions législatives que l'on constate. Je me consacrerai surtout au sujet d'actualité, sur lequel on m'a interrogé : les maires et les « nouveaux » Groupements Hospitaliers de Territoire, les GHT.

**1<sup>ère</sup> remarque : comme le chante Francis Cabrel « *Et ça continue encore et encore, c'est que le début, d'accord, d'accord* »**

ou, plus sérieusement, et comme le disait Clemenceau, « *la révolution ne sera jamais finie ... nous en sommes encore les acteurs ... ce sont toujours les mêmes hommes qui se trouvent aux prises avec les mêmes ennemis.* » Clemenceau G. Assemblée nationale, 29 janvier 1891

En effet, toute l'histoire du ministère de la santé depuis sa création en 1920 est celle de la dépossession du pouvoir municipal et du passage progressif de la politique hospitalière aux mains de l'Etat. Peut-être cela s'explique t'il en partie par le rôle des représentants de l'Etat dans l'administration de la santé puisque depuis 1888, la santé est dirigée par le Ministère de l'Intérieur et que le rôle des préfets y a toujours été très marquant.

Il y a cependant de bonnes raisons à cette mainmise de l'Etat sur un système très éclaté fait d'une multitude d'établissements autonomes : la nécessité de la coordination des établissements hospitaliers entre eux qui apparaît alors que l'hôpital se met à soigner, qui plus est à soigner tout le monde, qu'il mobilise pour cela de plus en plus de progrès technique et qu'il se met à dépenser de plus en plus d'argent.

Cette raison impérieuse est source d'un conflit entre deux tendances qui toutes deux se rattachent à deux grands courants de pensée opposés qui se sont affrontés pendant la Révolution Française et après et qui ont donc une charge symbolique très forte. L'opposition est celle ci : les secours sont-ils une dette sacrée de la Nation envers chacun de ses membres ou bien les secours relèvent ils de la charité d'individus envers d'autres individus dans le but égoïste ( et j'ajoute bien incertain) d'assurer son salut éternel.

Du coup, à la recherche, démocratique, d'un certain équilibre, il y a un jeu de balance permanent entre ces deux tendances :

- D'un côté on a des lois qui vont plutôt dans le sens d'une garantie des pouvoirs locaux :
  - Il y a le décret fondateur du 16 vendémiaire an V (7 octobre 1796) qui tire les leçons de l'impécuniosité de l'Etat liée à la guerre contre les « ennemis de la révolution » et municipalise les établissements que la révolution a confisqué aux ordres religieux.
  - Il y a la loi de 1851 qui crée les commissions administratives et rend autonome les hôpitaux,
  - il y a la loi du 15 février 1902 relative à la protection de la santé publique qui impose au maire des devoirs de police sanitaire mais qui par là même en fait un personnage important dans le domaine de l'hygiène et de la protection de la santé ce que les administrés conçoivent très bien et qui explique que le maire soit aujourd'hui quotidiennement interpellé sur des sujets de santé même quand ils ne sont pas de sa compétence. Et ce d'autant que l'article 61 de la loi du 5 avril 1884 définit la clause de compétence générale : Le conseil municipal règle par ses délibérations les affaires de la commune [...] Le conseil municipal émet des vœux sur tous les objets d'intérêt local. (Article L2121-29 du Code Général des Collectivités Territoriales)
  
- Et d'un autre côté on a des lois qui sont nettement des lois d'étatisation :
  - la création des directeurs régionaux de la Famille et de la Santé et des Médecins Inspecteurs de la Santé (ancêtres des DRASS et des DDASS, représentant direct du ministre dans les régions et les départements ( lois du 18 septembre 1940 et du 7 septembre 1941) tandis que la situation permet de placer les hôpitaux sous la coupe renforcée des préfets ( décret-loi du 15 mai 1940) .
  - La loi du 21 décembre 1941 dite « Charte Hospitalière » qui fait que les directeurs sont nommés par l'Etat, que les établissements sont classés en différentes catégories par le ministère, qu'ils doivent recevoir tous les malades...
  - L'ordonnance 58-1199 du 11 décembre 1958 qui donne au Ministre de la santé la responsabilité d'assurer « la coordination de tous les établissements de soins comportant hospitalisation, quel que soit leur statut, public ou privé, à but lucratif ou non lucratif ». et instaure la « déclaration préalable » à toute construction ou augmentation de capacités.

- la loi du 31 décembre 1970, qui crée la carte sanitaire et par là renforce le contrôle de l'Etat sur les décisions locales.
- La loi du 29 décembre 1979 qui étend encore ce contrôle en autorisant l'état à supprimer des capacités car au cours des années 70 le mot d'ordre est à la limitation des dépenses, suite aux chocs pétroliers.
- La loi du 31 juillet 1991 qui crée les SROS, l'ordonnance du 24 avril 1996 qui crée les ARH, lois qui renforcent encore le pouvoir de l'Etat
- on a la loi HPST de juillet 2009 qui crée les ARS
- et celle de janvier 2016 dite de « modernisation de notre système de santé » qui crée les GHT sous l'autorité des ARS.

Au total, l'évolution législative va toujours vers plus d'étatisation que de décentralisation mais les forces en faveur d'une décentralisation demeurent vives. Il faut accepter la contradiction entre ces deux tendances car elles ont chacune leur légitimité. Elle ne doit pas empêcher les élus locaux de pouvoir participer à bien des instances et de pouvoir s'y affirmer car leur rôle y est historique et légitime. Le grand sujet, celui de l'Etat, c'est la régulation, la coordination, la coopération des établissements entre eux, la graduation. Pour le contrôle des dépenses mais aussi pour la qualité. Il ne faut pas s'y opposer. Mais ne pas participer c'est prendre le risque que les données locales soient mal prises en compte.

**Mais pour autant - 2<sup>ème</sup> remarque - comme le chante encore Francis Cabrel, *il ne faut pas confondre les lumières d'une étoile et d'un réverbère.***

L'hôpital, les politiques hospitalières s'inscrivent dans une longue histoire. Utilisons les textes comme ils sont. Utilisons pleinement les latitudes qu'ils donnent. Arrêtons de croire que de nouvelles lois résoudront la contradiction que nous venons d'évoquer et, pire encore, arrêtons de croire qu'une nouvelle loi est forcément une innovation. Il y aura toujours de nouvelles lois, il n'y aura que rarement de vraies innovations.

Entendre dire que « *le coup d'envoi aux GHT est donné, c'est une innovation majeure* » fait tout de même un peu rigoler même si c'est un ministre ou une ministre qui dit cela. En effet que dit l'article 107 de la Loi de modernisation de notre système de santé ?

« *Chaque établissement public de santé, sauf dérogation tenant à sa spécificité dans l'offre de soins territoriale, est partie à une convention de groupement hospitalier de territoire* ».

Mais jouons un peu aux devinettes. Qui a dit : « *Les établissements qui assurent le service public hospitalier dans un même secteur d'action sanitaire forment un groupement inter hospitalier de secteur.* »

C'est l'Article 5 de la loi du 31 décembre 1970.

Qui a dit : « *Les communautés d'établissements de santé sont constituées, au sein d'un secteur sanitaire, entre établissements assurant le service public hospitalier* » ?

C'est l'ordonnance du 24 avril 1996

Qui a créé les Projets Médicaux de Territoire ? C'est la circulaire SROS III du 5 mars 2004 à la suite de la création de Territoires de Santé par l'ordonnance du 4 septembre 2003

Qui a dit : « *Des établissements publics de santé peuvent conclure une convention de communauté hospitalière de territoire afin de mettre en oeuvre une stratégie commune et de gérer en commun certaines fonctions et activités grâce à des délégations ou des transferts de compétences entre les établissements et grâce à la télémédecine.*

C'est l'article 22 de la loi HPST de 2009

Tous ces textes partagent le même objectif. Renforcer l'approche territoriale pour mieux organiser le système de santé dans le double souci de mieux dépenser et de plus de qualité. Arrêtons de confondre les lumières des étoiles et des réverbères. Constatons – ce qui est du reste rassurant - la convergence des opinions et construisons.

**Alors, 3<sup>ème</sup> remarque et encore une fois comme le dit Francis Cabrel : *Je t'aimais je t'aime et je t'aimerai/Pour cette vie et celle d'après/Tu seras mon unique projet.***

Oui c'est cela construisons. Vingt fois, cent fois sur le métier remettons notre ouvrage. Rien ne sera jamais acquis, il faut toujours recommencer. Ce qui compte c'est la démarche, c'est la méthode. Et donc la place de chacun des acteurs. Où est le débat démocratique ? Où sont les élus ?

- Il n'est pas nécessaire d'écrire une nouvelle loi. Les ajustements nécessaires relèvent du règlement.
- Il faut se méfier de la pente naturelle de l'administration à vouloir tout administrer. Il faut donc participer aux instances créées par le législateur et qui permettent de corriger cette pente.

- Il faut inscrire davantage les EPS et les GHT dans l'espace local, dans la vie locale ce qui veut dire donner aux élus des compétences dans la « gouvernance » des GHT.
- Il faut aller plus loin en permettant aux GHT de recevoir des autorisations sanitaires et d'exercer ainsi pleinement leur rôle territorial. C'est un échelon que les maires connaissent bien avec les EPCI et toutes les institutions intercommunales auxquelles ils participent.

*Ce que nous devons à nos concitoyens ce n'est pas de tout partout c'est l'assurance du juste soin au bon endroit, au bon moment :*

Voilà pourquoi il faut nous attacher à la réussite des GHT non pas parce que les GHT seraient modernes en eux-mêmes, qu'ils seraient une innovation majeure ou même qu'ils seraient disruptifs mais au contraire parce que le GHT c'est la concrétisation d'une longue marche en faveur de la territorialisation des politiques publiques<sup>1</sup>. L'étatisation voulue pour réguler la dépense et garantir la qualité rejoint ici les intérêts des élus locaux. Le Territoire est le lieu de ce compromis historique entre les deux tendances historiques qui président aux conceptions du système de santé que nous avons évoquées plus haut.

Il faut s'attacher à la réussite des GHT parce que :

- 1) la territorialisation **est une chance pour la santé publique, une chance pour la prévention**. Les groupements hospitaliers de territoire sont une organisation adaptée, nécessaire même à la nouvelle donne épidémiologique que nous connaissons. Le profil des pathologies à traiter a évolué avec la transition épidémiologique et le malade est passé du stade de patient en phase aigüe ou au moins momentanée à celui d'utilisateur régulier du système de santé. Le patient est un citoyen qui vit dans un territoire et non pas dans un hôpital et pour lui le traitement s'inscrit dans un parcours de soins et de santé dont il subit fâcheusement les ruptures, les répétitions, les erreurs. Le virage ambulatoire conduit nécessairement à plus de territoire.
- 2) **La territorialisation va de pair avec la démocratie sanitaire**. Le territoire c'est bien sur le lieu de l'expression de la citoyenneté dans ces questions de santé. C'est le lieu où les réponses sont attendues. Le corollaire de la transition épidémiologique, c'est l'organisation renforcée des associations de patients, leur autonomisation, l'exigence de transparence puis de démocratie sanitaire. Le patient est un malade au long cours qui est aussi un citoyen qui vit dans un territoire et pas dans un

<sup>1</sup> Vigneron E., 2017 - L'Hôpital et le Territoire. Paris FHF/SPH Editions, 296p, 144 illustrations. Disponible auprès de SPH

hôpital. Pour lui le traitement s'inscrit dans un parcours dont il subit fâcheusement les ruptures, les répétitions, les erreurs. Favoriser l'expression de la démocratie sanitaire, c'est pousser l'hôpital et les professionnels de santé à plus d'ouverture sur leur territoire.

**3) Le GHT est un atout pour résoudre le problème des déserts médicaux.**

Le Projet Médical Partagé est la pièce maitresse de la Convention Constitutive du GHT. Nous devons tout faire pour que cela soit vraiment le cas car, ainsi que le dit la Conférence des Présidents de CME de CH « *sans médecins, nul projet ne peut se construire, nul projet ne peut se concrétiser. L'attractivité médicale doit être de ce fait la priorité absolue.* » Si le projet médical de territoire élaboré par le GHT est ambitieux, partagé, original, alors nous pouvons faire le pari que le territoire concerné saura attirer les jeunes médecins en quête d'un exercice professionnel plus collectif, plus varié, plus innovant.

**4) Le GHT et le Territoire, c'est une source d'économies .** La territorialisation c'est l'anti-saupoudrage, c'est dépenser ici ce qui est nécessaire ici et ne pas le dépenser là-bas où ça ne sert à rien.

Mais la première raison de tout cela, la plus importante. c'est la lutte contre les inégalités qui demeurent trop fortes dans notre pays.

Le GHT c'est une chance pour la réduction des inégalités et la diffusion du progrès qui sont le grand dessein de la République. De très grandes disparités demeurent :

- en matière d'état de santé des populations
- en matière d'offre de soins
- en matière de consommation, de production de soins et de pertinence médicale<sup>2</sup>.

Travail de Sisyphe dira t'on, travail désespéré ? Et alors ? Quelle est la leçon finale que nous apprend Albert Camus dans le Mythe de Sisyphe ? *La lutte elle-même vers les sommets suffit à remplir un cœur d'homme. Il faut imaginer Sisyphe heureux.*

*Emmanuel Vigneron  
1 juin 2017 (texte revu le 4 juin)*

---

<sup>2</sup> Santé : des territoires abandonnés. Les Fractures françaises. Le Monde du 31 mars 2016 et Vigneron E., 2011 – *Les inégalités de santé dans les territoires français. Etat des lieux et voies de progrès.* Paris, Elsevier/Masson, 248p.

