

Les questions de santé n'entrent pas, stricto sensu, dans la champ des compétences de « l'institution politique Conseil Régional » même si l'avis du conseil est requis dans le cadre des Schémas Régionaux Sanitaires et Sociaux...

MAIS... Avec la loi HPST, la mise en place des Agences Régionales de la Santé (ARS), nous entrons dans l'ère de la structuration politique au plan des régions des questions de la Santé et de protection sociale. Ce n'est pas une régionalisation mais une hyper concentration au niveau du préfet de région et du Directeur Général de l'ARS de pouvoirs considérable.

**Cela implique que les communistes prennent à bras le corps les problématiques liées à la santé et à la protection sociale, et alimentent les élus des conseils régionaux pour des prises de position politiques, des initiatives et des propositions.**

Les ENJEUX vont croiser en permanence les réponses aux besoins de santé (égalité d'accès, proximité, qualité, sécurité et continuité des soins, définition des politiques de santé publique...) ; la mise en œuvre des pratiques démocratiques, les questions de financement et d'organisation ; mais aussi les questions économiques d'emploi, de formation, d'aménagement du territoire, d'écologie, de transports... qui relèvent des compétences du Conseil Régional.

### Un rappel utile :

Le Code Général des Collectivité Territoriales (CGCT) précise que dans le cadre des compétences qui lui sont reconnues par l'article L.4221-1, le Conseil Régional « peut définir des objectifs particuliers en matière de sante. Il élabore et met en œuvre les actions régionales correspondants et les moyens qu'il y consacre... Les subventions

d'équipement, d'investissement sont par ailleurs autant de moyens pour défendre, promouvoir des actions de santé publique, tels que les équipements attachés aux actions de dépistage, de promotion de la santé, les CMS, les centres de planification d'IVG...

**Quatre réalités peuvent faire comprendre cette exigence politique accrue :**

① **La dégradation accélérée** des conditions de prise en charge de la santé : chômage-précarité-bas salaires se conjuguant avec augmentation des dépenses à la charge des assurés sociaux - cherté des complémentaires - recul de l'accessibilité/proximité

② **L'objectif affiché de la loi HPST** (Hôpital, Patients, Santé, Territoires) d'accélérer la déstructuration du secteur public hospitalier. En effet, l'article 11 institue le projet des « communautés hospitalières de territoire ». Les rapprochements, les fusions, les fermetures déjà engagées et/ou envisagées (de l'ordre de plusieurs centaines d'établissements !) dans toutes les régions, vont être accélérés, légitimés au nom de l'efficience, de la continuité des soins et des prises en charge ! En réalité c'est l'objectif unique de **la réduction des dépenses remboursées de santé** qui va provoquer un véritable cataclysme dans toutes les régions : l'objectif est bien de réduire les quelques 2500 hôpitaux publics à 250 correspondant aux « 250 territoires de santé ». Ce sera un par département dans de très nombreux cas...

③ **La mise en place des ARS** (1<sup>er</sup> juillet 2010 au plus tard) : ces lieux de concentration du pouvoir sous le contrôle du préfet de région seront les acteurs de la restructuration accéléré du paysage de la santé, du médico social et demain du social sur la région...

#### **4 Du bon usage de la démocratie**

Si même la loi HPST consacre une bureaucratie étatique toute puissante dans le nouveau dispositif, elle réaffirme la place des représentants des usagers dans les conseils de surveillance des établissements, jusqu'à la Conférence régionale, en passant par les conférences territoriales.

Les élus régionaux ont là des possibilités à saisir pour l'information, la concertation, les projets alternatifs et les actions nécessaires à leur réalisation...

La question de l'Hôpital et notamment de sa relation avec l'offre ambulatoire est à prendre particulièrement en compte.

Le gouvernement présente une loi quinquennale de santé publique sensée servir de support aux PLFSS (Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale). La loi quinquennale est préparée par les **Conférences régionales de santé qui parallèlement doivent élaborer les plans régionaux de santé publique**. Ceux-ci doivent entre autre, se fixer des objectifs en matière :

- \* d'accès à la prévention et aux soins des plus démunis,
- \* de programme de prévention des risques liés à l'environnement,
- \* de programme de santé scolaire et d'éducation à la santé.

#### **Propositions :**

Notre système a besoin de se transformer pour répondre aux défis nouveaux, pour aller vers toujours **plus d'égalité et d'universalité**, et pour augmenter encore son efficacité sociale.

La lutte contre les conséquences sanitaires des inégalités sociales, territoriales et générationnelles est une priorité nationale. Le service public de santé est le pilier de cette politique. En tout premier lieu l'hôpital public, qu'il soit de proximité ou CHU, doit sortir de la crise. Il faut dans un premier temps arrêter les réductions en cours des structures sanitaires et sociales. Il faut mettre un terme à l'inflation de l'hospitalisation privée – sous toutes ses formes. Il doit être interdit de boursicoter avec les deniers directement issus de la sécurité sociale. La médecine

générale doit être revalorisée. Le développement des centres de santé, en répondant à une attente des soignants et aux besoins de la population, permettra de lutter contre les déserts médicaux en zones rurales et périurbaines. Un plan d'urgence formation pour lutter contre la crise de la démographie de soignant doit être mis en place avec des concrétisations au niveau régional en terme de places de formation, de bourse d'études, de réponse d'hébergements pour les étudiants en formations sanitaires et sociales...

Loin du parti pris libéral, nous affirmons que l'accès aux soins, droit fondamental inscrit dans la constitution, doit être exclue de tout échange marchand. Son accès doit être gratuit. **Gratuité** c'est-à-dire « non payant ». Le coût doit être socialisé. C'est le sens de la sécurité sociale solidaire. La démocratie de la sécurité sociale doit être relancée, les élections des administrateurs de l'assurance-maladie doivent être convoquées.

Engageant chacun d'entre nous, **la démocratie** doit être la colonne vertébrale de la politique de santé. Parce que c'est l'affaire de toutes et de tous, les politiques de santé doit être décidée démocratiquement. Elle doit, en relais d'un parlement social au plan national, être structurée par des chambres territoriales de santé dans les territoires de vie au niveau régional en lien avec les assemblées participatives que nous voulons créer. Ces chambres territoriales de santé, tripartites (élus, usagers et professionnels) recenseront les besoins de santé, détermineront la réponse à y apporter dans le cadre de la cohérence nationale, contrôleront la mise en œuvre des réponses aux besoins de santé en alliant proximité dans le maillage du territoire régional et qualité en toute sécurité. Des réseaux de santé rénovés, démocratisés pourront utilement participer à une réponse de qualité.

Le **financement** de la protection sociale et de la santé doit être totalement revu avec notamment le choix de la cotisation et la mise en place d'une cotisation sociale sur les revenus financiers.