

ANALYSE DU SMG SUR LE PROJET DE LOI RELATIF A LA SANTE 2015

Le débat parlementaire sur le Projet de loi santé présenté par la ministre de la santé est reporté à avril 2015. Pour contenter les professions médicales qui se sont mobilisées, le gouvernement a mis en place quatre groupes de travail sur la loi santé.

Le SMG ne fait partie d'aucun de ces groupes. Il ne s'est pas associé au Front des généralistes, qui a appelé à la grève puis au boycott de la carte vitale, et dont une partie encourage les médecins à pratiquer des dépassements sauvages du tarif conventionnel, ajoutant à l'incompréhension de nos concitoyens. Voir notre CP : Des leçons politiques de la grève des médecins généralistes.

Le SMG dit NON au projet de loi de santé de Marisol Touraine.

Le SMG dit OUI à la mise en place d'un tiers payant généralisé obligatoire MAIS avec l'Assurance maladie comme guichet unique (cf analyse de l'art 18).

Le SMG MET EN GARDE contre des dispositions de la loi constituant une menace grave pour nos concitoyens (menace sur le secret médical et la confidentialité des données, ouverture aux intérêts privés).

Nous présentons notre analyse ci-dessous en deux parties :

I. Analyse globale du projet de loi (pp.1 à 4)

II. Analyse article par article (pp.5 à 18) **avec annexe** (pp.18 à 20)

I. ANALYSE GLOBALE

1) Ne nous leurrions pas sur la « stratégie nationale de santé »

Ce projet présente des dispositions qui peuvent nous paraître séduisantes parce qu'elles semblent utiliser nos termes (territoire, service public), mais de vraies propositions de service public de santé au service des populations supposent des prérequis et des modifications profondes de structures, totalement absents des articles de loi.

Un prérequis est la nécessaire réorganisation des soins primaires¹. C'était un des points importants du rapport Cordier remis en 2013 sur lequel la loi prétend s'appuyer. Voir notre analyse Pourquoi promouvoir le rapport Cordier. Mais sous couvert de reprendre la « stratégie nationale de santé » qui y était promue, le projet de loi n'aborde aucune transformation profonde. Un système territorial de santé n'est pas un simple déroulé de missions, pour lequel on demanderait une participation des structures et soignants existants (art 12, 13, 14), de même que le service public hospitalier n'est pas un composé de missions dans lequel on fait son choix.

Un autre prérequis est l'exigence d'indépendance à tous les étages du système tant au niveau de la formation initiale et continue, de l'exercice médical, des agences gouvernementales, de la politique du médicament que

¹ Le terme de « soins primaires » est la traduction littérale de l'anglais « Primary care ». Alors qu'en anglais « primary » prend le sens de premier (sous-entendu « le meilleur »), en français le terme « primaire » peut avoir une connotation péjorative. Nous préférons cependant le terme de « soins primaires » dans son esprit anglo-saxon, soit le premier des « prendre soin » des personnes qui s'adressent à un soignant quel qu'il soit – à celui de « soins de premier recours », qui fait référence à un système de l'offre et de la demande d'un système de soins basé sur le tout curatif.

des décideurs politiques. La lutte contre les conflits d'intérêt n'est jamais abordée dans ce projet de loi. Le SMG soutient à ce sujet l'initiative Opération mains propres sur la santé lancée par l'association FORMINDEP, l'association ANTICOR et Europe-Ecologie-Les Verts.

Tout est également dans le contenu : si les propositions de contractualisation entre les professionnels et le service territorial de santé au public sont uniquement des contrats d'objectifs, plus ou moins chiffrés, à remplir dans un canevas préédigéré, considéré comme actions de santé publique, prévention, promotion de la santé et enrobé de paiement à la performance... alors NON.

Un véritable service public de santé territorial tel que nous l'envisageons (alors que la loi parle de « service territorial de santé au public ») nécessiterait une dynamique ascendante à partir de problématiques identifiées par la base (professionnels de soins primaires et usagers), dans le cadre d'une démocratie sanitaire. Mais où sera la démocratie dans le fonctionnement pyramidal des Agences régionales de santé, où les représentants des usagers auront au mieux un strapontin ? Et comment établir cette dynamique sur une cartographie décidée d'avance et plaquée sur l'administratif, alors qu'il faudrait partir de territoires cohérents sur le plan des risques en santé et des besoins ? (voir analyse art 38).

Donc nous ne voulons pas de « stratégie nationale de santé » sans restructuration profonde ni sans lutte pour l'indépendance et contre les conflits d'intérêts ; et pas de stratégie nationale de santé sans réflexion sur le contenu ni sans démocratie.

2) Ne nous leurrions pas sur la gouvernance

Ce projet de loi donne clairement le pouvoir à l'Etat comme administrateur du système de soins et de santé et reprend en cela les recommandations du rapport Cordier (art 40, 41). C'est l'aboutissement de lois successives donnant pouvoir au directeur de l'Assurance maladie, nommé par l'Etat, au détriment du Conseil d'administration de l'Assurance maladie (loi Douste Blazy de 2004), puis loi HPST de 2009 créant le pouvoir des Agences régionales de Santé.

Donner le pouvoir à l'Etat, mais avec quel projet ? Et ici on a tout lieu d'être inquiet : il est prévu dès le 1^{er} article, de donner une place accrue aux organismes de complémentaires santé qui sont « *appelés à contribuer de façon décisive à la politique de santé* », ce qui est antagoniste avec le caractère solidaire et universel² du système rappelé dans l'énoncé des motifs. Il est ainsi dans la droite ligne de l'accord national inter-entreprises (ANI) qui, au lieu d'étendre le remboursement des soins par l'Assurance maladie, confère aux complémentaires santé un pouvoir accru : Le mensonge de la complémentaire santé pour tous

Nous disons NON à l'abandon de la solidarité et de l'universalité au profit d'un rôle accru des systèmes assurantiels sous gouvernance de l'État.

3) Parlons réellement de mesures de justice sociale

Le projet se présente comme une stratégie de santé et parle de lutte contre les Inégalités sociales de santé, mais ne renvoie jamais à une organisation nouvelle, capable de repérer les risques en santé, les inégalités sociales de santé, les causes des maladies et les besoins de santé. Comment être efficace avec des mesures si ponctuelles (art 2, 3, 4) ? La partie n'est pas le tout et faire de l'information n'est pas faire de la prévention.

Nous appelons de nos vœux la mise en place du tiers payant généralisé (TPG). Encore faut-il garantir qu'il ne profite aucunement aux systèmes assurantiels privés, ce qui est loin d'être le cas dans la loi : nous exigeons un TPG à guichet unique au sein de l'Assurance maladie, évoluant enfin vers une suppression du ticket modérateur pour les soins primaires, et nous avons lancé une pétition en ce sens Pour un tiers payant généralisé obligatoire

² Au sens où chacun cotise selon ses moyens et reçoit selon ses besoins

La mise en place du TPG ne doit pas faire occulter que les franchises ne sont pas remises en question par la loi³, ni les dépassements d'honoraires, et que la loi ne garantit aucunement que les soins dentaires, ophtalmologiques et auditifs soient enfin à la portée de tous les citoyens (art 20).

Oui au TPG, mais cet étendard brandi par le gouvernement ne nous aveugle pas sur les lacunes sévères de ce texte en matière de justice sociale et de lutte contre les inégalités sociales de santé.

4) Ne laissons pas porter une grave atteinte au secret médical

La confidentialité des données, fondement déontologique des relations de soins, est profondément remise en question par plusieurs mesures :

- L'extension du partage des dossiers entre professionnels médical et médico-social (art 25)
- La relance du DMP, Dossier Médical Partagé (art 25) qui pose un véritable problème de confidentialité au vu de l'absence de confidentialité réelle du dossier hospitalier. Voir nos analyses du DMP : DMP, cinq années de fiasco et Dossier médical personnalisé : 10 bonnes raisons de l'abandonner
- L'ouverture de l'accès aux données de santé ambulatoire anonymisées (art 47), mais nous ne pouvons pas faire confiance à l'anonymisation des données, puisqu'il existe aujourd'hui des détournements de l'anonymisation des données hospitalières.
- L'interconnexion des dossiers par l'extension de l'utilisation du NIR.

De plus, cette ouverture des données de santé ambulatoires est une porte majestueusement ouverte aux appétits privés des assurances et lobbys, à des fins promotionnelles ou industrielles.

Voir à propos du secret médical :

- Pratiques N° 64 : le secret en médecine
- L'analyse du Docteur Claire Gekiere, membre de l'Union Syndicale de la Psychiatrie : Risque majeur pour la confidentialité des données personnelles nominatives

Nous dénonçons ces dispositions, qui consolident légalement certaines pratiques déjà à l'œuvre et menacent le droit au secret médical des citoyens.

5) Un projet de loi qui ménage les intérêts privés

Il n'est pas étonnant, après tout ceci, de constater que le projet de loi entend ménager les intérêts privés et leur garantir une place dans ce système de distribution de soins.

Il suffit de voir comment la Ministre de la Santé a rapidement reculé face à l'embryon de contestation des cliniques privées sur l'art 26. Il s'agissait enfin d'imposer des contraintes aux cliniques privées participant au service public hospitalier et en finir avec une asymétrie insupportable entre un système public qui assume ses obligations envers les citoyens et un système privé qui participe à la carte.

Dans ces conditions et si la ministre recule, comment une coopération public-privé peut-elle être opérante ? (art 50 – mutualisation des moyens au sein de groupement de coopération). Nous savons tous que de tels partenariats ne profitent qu'au privé et sont une stratégie perdante pour les citoyens.

Il s'agit bien toujours d'intérêts privés dans toutes les mesures de simplification, qu'il s'agisse de raccourcir les délais administratifs en matière de recherche en santé, pour attirer des promoteurs industriels (art 37 –

³ Nous soutenons à ce titre la proposition de loi du Sénat n°262 visant à la suppression des franchises « médicales »

unification des contrats de recherche industrielle en établissement de santé), ou de diminuer les étapes de procédures de contrôle (CNIL, art 47).

On peut s'inquiéter de la cohérence de cette loi avec la loi Macron, quant à la volonté gouvernementale de libéralisation de l'économie et de marchandisation des services publics (cf communiqué de presse du SMG du 19 février 2015 : Article 49-3 : La force ne fait pas loi - Loi Macron et loi Touraine : non à l'hégémonie libérale contre les citoyens)

6) Pour des évolutions du système en accord avec les besoins, et selon une méthode démocratique et citoyenne

Le diagnostic de l'inadéquation de notre système aux enjeux qui se présentent est évident. Contrairement à certaines visions corporatistes, nous sommes prêts à penser des modifications dans les missions des soignants (art 30, 31).

Mais toute évolution doit répondre à l'intérêt supérieur des populations et à l'indépendance/absence de conflit d'intérêt, ce qui n'est pas le cas dans ce projet de loi (art 32 – extension de la vaccination aux pharmaciens). Toute évolution doit aussi poser enfin le débat et clarifier la définition des soins primaires contre les soins de premier recours : parce qu'enfin, dans quel langage voulons-nous parler ? Le langage de l'offre et de la demande, dans lequel les citoyens ont « recours » au système de distribution de soins ? Ou le langage des besoins et des services rendus ?

La logique serait de définir collectivement les missions des soignants, définition dont découleraient logiquement les nouvelles formations initiales et continues et la rémunération de ces nouvelles missions.

La méthode gouvernementale n'est décidément pas la bonne, et les nombreuses définitions de périmètre par décret prévues dans la loi, ou les possibilités de légiférer par ordonnances (art 57), le prouvent encore une fois.

II. ANALYSE PAR ARTICLE

Introduction de l'exposé des motifs

Il est question de refondation du système pour répondre aux défis nouveaux auxquels la politique de santé est confrontée : vieillissement de la population, maladies chroniques.

Le caractère solidaire et universel du système de santé est rappelé. La filiation de cette Stratégie nationale de santé avec de nombreux rapports dont celui du comité des sages (ou rapport Cordier) est soulignée.

Les grands objectifs sont rappelés :

- pilotage unifié du système de santé
- priorité à la prévention et aux déterminants de santé
- coordination des parcours de santé
- accès de tous à la santé et à des soins de qualité
- problèmes de répartition territoriale

Article 1 : Article introductif

Il reprend :

- la légitimité de l'Etat à fixer le cap politique, avec un pilotage national unique, différent du pilotage antérieur, avec, d'un côté, l'Etat pour la prévention, la sécurité sanitaire et l'hôpital et, de l'autre, l'Assurance maladie pour les soins de ville, les remboursements et les indemnisations,
- la politique de santé comme « *une démarche d'intégration de l'ensemble des actions et des dispositifs concourant à la protection de la santé, démarche capable de dépasser les cloisonnements,*

financiers ou culturels, qui distinguent colloque singulier et médecine communautaire, prévention et soin, sanitaire et médico-social, santé publique et assurance maladie »,

- la place accrue des complémentaires santé : « *Ainsi, la volonté de mieux intégrer la politique de santé et la politique d'assurance maladie intègre le rôle des organismes complémentaires ; en tant qu'acteur de la prise en charge collective des conséquences financières et sociales de la maladie, ils sont appelés à contribuer de façon décisive à la politique de santé »*
- la volonté d'agir sur les déterminants de santé,
- la notion de parcours de santé,
- le rôle des associations de patients.

Analyse : cf. partie analyse globale

- **Depuis les décisions législatives de donner un pouvoir accru à l'Etat sur l'Assurance maladie (loi Douste Blazy de 2004 ; loi HPST et mise en place des ARS), la direction du système était déjà grandement centralisée et sous tutelle de l'Etat.**
- **Prévoir une place accrue pour les complémentaires santé est antagoniste avec le caractère solidaire et universel du système rappelé dans l'énoncé des motifs.**

TITRE I : RENFORCER LA PREVENTION ET LA PROMOTION DE LA SANTE

Ce titre parle de la lutte contre les Inégalités sociale de santé (ISS)

Chapitre 1 : Soutenir les jeunes pour l'égalité des chances en santé

Article 1 : Actions de promotion de santé en milieu scolaire

Article 2 : Accès plus facile à la contraception en milieu scolaire

Article 3 : Lutte contre les alcoolisations massives en réprimant l'incitation (suppression de la publicité etc...)

Article 4 : Constate l'Inégalité sociale de santé (ISS) face à la question de l'obésité et propose de mettre en place une information nutritionnelle synthétique simple et accessible à tous.

Analyse : Les actions proposées (même si certaines sont intéressantes, comme l'amélioration de l'accès à la contraception, qui devrait aussi être amélioré chez les médecins en ville) nécessitent des moyens, alors que la médecine scolaire est de plus en plus en déshérence et qu'il faudrait recruter médecins et infirmières scolaires. Par ailleurs ces actions sont bien loin de l'objectif de lutte contre les ISS : l'information n'est pas la prévention et une information nutritionnelle, aussi bien faite soit-elle, ne peut prétendre à lutter contre les inégalités sociales, face au risque d'obésité.

Chapitre 2 : Soutenir les services de santé au travail

Le statut de collaborateur en médecine du travail existe depuis 3 ans : les services de santé au travail peuvent recruter des médecins non spécialistes qui s'engagent à se former ultérieurement.

Article 6 : Elargit leurs prérogatives et leur donne la possibilité d'exercer, sous l'autorité d'un médecin du travail tuteur, toutes les fonctions de médecin du travail dans des conditions qui seront fixées par décret.

Analyse : Cette mesure se situe dans un contexte de baisse de la démographie des médecins du travail. **Collaborateur médical** : est-ce faire le travail du médecin du travail sans en avoir les compétences ? Cet article est par ailleurs l'un des éléments d'un puzzle législatif à propos de la médecine du travail, particulièrement menacée par les mesures de simplification administrative de la loi Macron. Au prétexte d'insécurité juridique de l'employeur, sous le titre de simplification : 1) disparition du suivi médical du travail pour les travailleurs ; et sous le titre de clarification 2) disparition d'un des

principaux outils du médecin du travail, qui pouvait préconiser des aménagements de poste et de conditions de travail.

Voir les analyses du Syndicat National des Professionnels de la Santé au Travail Choc de destruction de la médecine du travail et de l'association Santé et médecine du travail Fondamentaux du métier de médecin du travail

Chapitre 3 : Soutenir et valoriser les initiatives des acteurs pour faciliter l'accès de chacun à la prévention et la promotion de la santé

Article 7 : Conforter le dépistage des maladies infectieuses sexuellement transmissibles par l'utilisation des Tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) par des professionnels de santé ou du personnel formé relevant de structures de prévention ou associatives, possibilité pour les structures associatives et de prévention sanitaire intervenant auprès des publics les plus exposés et vulnérables de délivrer des autotests.

Article 8 : Développer la politique de réduction des risques en particulier en prison.

Article 9 : Mise en place de salles de consommation à moindres risques.

Analyse : Ces propositions sont intéressantes, il est intéressant de faire le dépistage plus largement, mais il faut aussi développer la formation de tous ces acteurs au « counseling » et le travail en réseau. Du dépistage, oui, mais quel accompagnement ? Il faut remarquer que la politique de réduction des risques en prison se heurte à l'ensemble des conditions de vie dans les établissements pénitentiaires. Par ailleurs la loi n'aborde pas les questions de dépenalisation, en particulier celle de la consommation de cannabis.

Chapitre 4 : Informer et protéger les populations face aux risques sanitaires liés à l'environnement

Article 10 : Porte sur l'information et la communication *sur la pollution de l'air par les particules.*

Analyse : Les risques sanitaires liés à l'environnement ne sont pas liés qu'à la pollution de l'air par les particules et il s'agit ici uniquement d'informer et non d'agir en prévention. Il faudrait développer une véritable veille sanitaire sur les risques environnementaux, dont ceux liés à l'industrie, avec des cartes des risques locaux et non seulement informer mais avoir une action de prévention.

Article 11 : Renforce les pouvoirs du préfet par rapport aux chantiers de désamiantage et à la gestion des déchets avec amiante.

TITRE II : FACILITER AU QUOTIDIEN LE PARCOURS DE SANTE DES FRANÇAIS

Objectifs : répondre à trois enjeux majeurs ; garantir l'accès aux soins ; lever les obstacles financiers ; mettre en place un parcours organisé.

Chapitre 1 : Création d'un service territorial de santé au public (STSP)

Article 12 : « *Le service territorial de santé au public (STSP) a pour objectif la mise en place, à la suite d'un diagnostic partagé sur la situation du territoire, d'une organisation accessible, lisible et organisée au service des patients dont les parcours de santé nécessitent une coordination complexe.*

Le service territorial de santé au public reposera sur un engagement collectif - matérialisé par un contrat - des différentes parties prenantes qui s'organisent en vue d'apporter une réponse commune et coordonnée aux difficultés d'accès aux services de santé ou de continuité de ces services sur un territoire identifié. »

Cet article concerne tout particulièrement les acteurs des soins primaires.

L'étude d'impact de la loi précise :

« La liberté des patients de recourir au professionnel ou aux structures de leur choix, la responsabilité du professionnel de proposer à chaque patient l'orientation qui lui semble la plus adaptée et la possibilité pour les professionnels de s'organiser de la manière qui leur convient le mieux et répond le mieux aux besoins des patients demeurent. Le directeur général de l'ARS concerné pourra néanmoins organiser la participation au STSP des structures soumises à autorisation. Il pourra également faire correspondre certains financements à la participation des professionnels au STSP. »

Article 13 : Prévoit l'organisation du service territorial de santé au public en matière de santé mentale et réaffirme une mission de psychiatrie de secteur.

Article 14 : Complémentaire des précédents, vise à mettre en place pour les professionnels du territoire un service lisible d'appui à la coordination des parcours complexes. Cette offre aux professionnels prendra la forme de plateformes polyvalentes pilotées par les **ARS** en lien avec les collectivités territoriales, l'assurance maladie et les autres acteurs du territoire. Elle viendra soutenir en particulier l'offre de soins de proximité et le médecin traitant.

Analyse : Le SMG, qui défend la notion de territoire de santé et de diagnostic partagé, s'étonne de l'absence des notions de service public et de santé publique.

En pratique, ces articles (art 12, 13, 14) mettent en place un Service territorial de santé au public (STSP). Ce STSP aura pour rôle, après un diagnostic de santé partagé sur le territoire, d'organiser les parcours de santé et, tout particulièrement, l'offre de prévention et de soins de proximité. La participation des professionnels de santé et des structures se fera à travers des contrats d'objectifs passés avec l'ARS. La loi rappelle que la liberté du patient et la liberté professionnelle du soignant demeurent, mais elle stipule aussi que le directeur de l'ARS pourra obliger les structures soumises à autorisation (de quelles structures s'agit-il ?) à y participer et, d'autre part, à faire dépendre certains financements de cette participation (nouveaux modes de rémunération).

Contrairement à ce que préconisait le rapport Cordier, la loi ne met pas en place les conditions d'un changement du premier recours nécessaire pour une participation à un service territorial de santé publique : cadre d'exercice et modes de rémunération reconnaissant le travail de coordination, d'accompagnement du parcours de santé, formation initiale et continue adaptée.

Se pose la question de la politique de santé qui sera mise en place :

- **La loi parle de diagnostic territorial partagé : à quelle échelle celui-ci sera-t-il fait ? La région est un échelon beaucoup trop vaste et un diagnostic territorial de santé doit partir de l'échelle plus petite de « bassin de vie », c'est-à-dire un territoire où il existe une cohérence et un repérage possible des questions d'accès aux soins, mais aussi, des risques pour la santé, des inégalités sociales de santé et des besoins de santé, niveau auquel des interventions sont envisageables :**
- **Quel sera le processus concret d'élaboration ? Quelle place réelle pour les usagers ? Qui seront les professionnels qui y participeront ? Ni les représentants des maisons et pôles de santé, ni ceux des centres de santé ni les citoyens ne sont cités dans la loi,**
- **S'agira-t-il d'une véritable politique de prévention pour agir sur les causes des maladies sur le territoire (problème des pesticides sur un secteur, conditions de travail dans une usine, conditions de logement, etc.) ou de dépistage précoce, comme c'est actuellement souvent le cas ?**
- **Sur quels objectifs les professionnels seront-ils amenés à contractualiser ? Le premier risque est de se trouver face à des objectifs plus ou moins chiffrés, dont la logique serait la réduction des coûts et non une meilleure prise en charge du parcours de santé. Le deuxième risque est de se trouver face à des objectifs se rapprochant des actuels critères de la rémunération à la**

Chapitre II : Faciliter l'accès aux soins de premier recours

Article 15 : Création d'un numéro d'appel national pour la permanence des soins ambulatoires (en plus du 15 pour les soins urgents) tout en maintenant les numéros des associations de permanence des soins (type SOS médecins) disposant de plates-formes d'appels interconnectées avec le 15 et assurant une régulation médicale des appels. »

Analyse : Un numéro d'appel national pour la permanence des soins ambulatoires est une mesure intéressante, qui vise à clarifier pour les patients la démarche en cas d'urgence. Cet article est contesté par les associations de permanence de soins, du type SOS médecins (crainte de baisse du chiffre d'affaires) alors que, pourtant, il leur permet de continuer à exercer à travers un numéro d'appel propre.

Article 16 : Extension aux enfants de moins de 16 ans du dispositif médecin traitant par le généraliste ou le pédiatre, sans transposer l'obligation du parcours de soins coordonné.

Analyse : Cette mesure, demandée depuis longtemps par les généralistes, permettra aux praticiens de toucher le forfait médecin traitant pour les enfants de moins de 16 ans, mais il ne faut pas que ce soit l'occasion d'établir ensuite des franchises pour les enfants dont les parents n'auraient pas fait la déclaration de médecin traitant⁴. L'impact de cette mesure en ce qui concerne la lutte contre les ISS dans l'enfance est beaucoup moins évidente.

Article 17 : Extension aux centres de santé des modes de rémunération prévus dans les conventions, autres que le paiement à l'acte.

Analyse : on ne peut que se féliciter de cette mesure.

Chapitre III : Garantir l'accès aux soins

Ce chapitre vise à éliminer les barrières financières de l'accès aux soins. L'introduction du chapitre rappelle dans les motifs que « garantir à tous l'accès à une couverture complémentaire en santé de qualité est une condition *sine qua non* pour un accès aux soins effectif, tout particulièrement pour les populations les plus précaires ».

Article 18 : Généralisation du tiers payant pour les consultations en ville.

Dans l'étude de l'impact de la loi plusieurs modalités sont envisagées : l'Assurance maladie comme payeur unique à charge (à elle de se faire rembourser par les complémentaires), une contractualisation du médecin avec d'une part l'Assurance maladie, d'autre part chaque complémentaire, la mise en place d'un organisme gestionnaire pour la part complémentaire.

Les modalités de la mise en œuvre de cette mesure sont confiées aux partenaires conventionnels.

Analyse : Le SMG défend totalement la mise en place du tiers payant généralisé obligatoire qu'il demande depuis longtemps.

Il demande que l'Assurance maladie soit le payeur unique pour une raison fondamentale : la contractualisation avec les différentes complémentaires santé revient, comme le dit la loi, à donner plus de place à celles-ci et peut ouvrir la porte à des conventionnements/contractualisations sélectifs des complémentaires avec les soignants, avec le danger que le financeur privé devienne le prescripteur, entraînant une perte de l'indépendance des professionnels du soin.

⁴ Les enfants de moins de 16 ans non déclarés à un médecin traitant seraient alors remboursés uniquement à hauteur de 30% par l'Assurance maladie obligatoire au lieu de 70%.

Les complémentaires ont bien compris qu'une des raisons de l'opposition des médecins au tiers payant généralisé est une raison pratique, car gérer les remboursements des innombrables organismes complémentaires est infaisable. Elles proposent de mettre en place une interface unique pour gérer la partie complémentaire. Nous nous opposons sur le fond à cette mauvaise « solution », qui compliquerait aussi la tâche des médecins par rapport à l'Assurance maladie, interlocutrice unique pour la part obligatoire et complémentaire.

Le SMG est pour la suppression des taxes ou franchises sur les soins dont celle du ticket modérateur, ce qui permettrait un meilleur accès aux soins aux patients et réglerait la question du tiers payant.

Article 19 : Refus de soins

Cet article propose la mise en œuvre de dispositifs permettant de mieux lutter contre les refus de soins et, pour cela, de confier aux ordres professionnels concernés le soin d'objectiver les pratiques de refus de soins.

Analyse : Les pouvoirs publics, qui sont responsables de l'accès aux soins, ne peuvent se défaire sur les ordres professionnels pour lutter contre les refus de soins, alors que ces ordres professionnels (dont par ailleurs nous contestons la légitimité) n'ont jamais rien mis en œuvre à ce niveau et s'arc-boutent sur une idéologie médicale libérale, cause de difficultés d'accès aux soins pour les patients. Il faut que ce soit au professionnel de prouver qu'il n'a pas refusé les soins, et non au patient.

Article 20 : Encadrement des tarifs des prestations d'optique et de soins dentaires prothétiques et orthodontiques délivrés aux bénéficiaires de l'Aide à la complémentaire santé (ACS) : des tarifs maximaux applicables aux bénéficiaires de l'ACS (mais pouvant être supérieurs à ceux des bénéficiaires de la CMUc) seront définis par voie conventionnelle.

Analyse : Si on veut vraiment promouvoir l'accès aux soins il faut que les tarifs maximaux pour les bénéficiaires de l'ACS et de l'AME soient les mêmes que pour ceux de la CMUc.

Chapitre IV – Mieux informer, mieux accompagner les usagers dans leur parcours de santé

Article 21 : Mise en œuvre d'un service public d'information en santé : plate-forme multimédia (web mobile, téléphonique...) offrant des informations relatives à l'orientation dans le système sanitaire et médico-social.

Analyse : La question de l'orientation dans le système de santé est importante. Une plate-forme bien faite et à jour rendra service aux professionnels et à une partie des assurés. Elle laisse la question entière pour une autre partie des assurés, qui n'accèdera pas à ces plates-formes. C'est la question de la fusion des réseaux, en cours actuellement. Est-ce que ces plateformes seront capables de renseigner rapidement les personnes, ou seront-elles occupées sans cesse ?

Article 22 : Expérimentation de dispositifs d'accompagnement des patients affectés par la maladie chronique ou particulièrement exposés au risque d'une telle maladie par voie de conventions signées entre l'ARS et des acteurs volontaires.

L'article prévoit par ailleurs que « les professionnels participant directement à un projet d'accompagnement constituent une équipe de soins, au sens de l'article 1110-4 du code de la santé publique, au sein de laquelle peuvent être échangées et partagées, dans les conditions prévues par cet article, les informations strictement nécessaires à la prise en charge des personnes bénéficiaires et relatives à leur état de santé, à leur situation sociale ou à leur autonomie ».

Analyse : Les dispositifs d'accompagnement des patients (tels que Sophia pour le diabète) ont fait l'objet d'études remettant en question leur pertinence. Quels seront « les acteurs de santé volontaires » à ces dispositifs? L'article de loi ne le précise pas. Dans l'énoncé des motifs pour cet article il est mentionné « associations, collectivités locales » etc.

Une vigilance importante est nécessaire car il existerait un risque d'introduction des lobbys

pharmaceutiques par l'intermédiaire d'associations écrans, et de systèmes assurantiels privés.

Cet article soulève aussi une question au regard du secret médical puisqu'il prévoit le partage des informations médicales au sein des professionnels de l'équipe d'accompagnement et d'utiliser les données « sous réserve d'anonymat » pour des évaluations de ces expérimentations.

Article 23: Mise en œuvre d'un dispositif d'information du patient sur les coûts de son hospitalisation.

Analyse : Il s'agit là d'un mécanisme culpabilisant, avec l'entretien du mythe de responsabilité individuelle face à un péril financier (« trou » de la sécu), mythe de l'individu autonome qui décide et peut protéger le système en santé en faisant attention individuellement. Rappelons que la Sécurité sociale n'est pas une institution à but lucratif mais un système solidaire avec un besoin de financement. Cet article doit être supprimé.

Chapitre V – Renforcer les outils proposés aux professionnels pour leur permettre d'assurer la coordination du parcours de leur patient

Article 24 : Cet article instaure un document écrit obligatoire de liaison entre les services de soins en ville et à l'hôpital, sous la forme d'une lettre de liaison dans les 7 jours suivant la sortie.

Analyse : La coordination entre services de soin en ville et l'hôpital est d'une importance fondamentale. Le document de liaison, indispensable, n'est qu'un point particulier de cette coordination. Il faut par ailleurs développer les services d'hospitalisation à domicile et de maintien à domicile.

Article 25 : Favorise la coordination des parcours de santé en créant les conditions d'une meilleure circulation des informations entre professionnels.

Exposé des motifs : L'article promeut une prise en charge décloisonnée entre les différents acteurs de la prise en charge, puisqu'il introduit la notion d'équipe de soins en y intégrant les professionnels des secteurs sanitaire et médico-social, entre lesquels l'échange et le partage de données personnelles de santé sont organisés.

L'énoncé de l'article est le suivant : « Un professionnel peut échanger avec un ou plusieurs professionnels identifiés des informations relatives à une même personne prise en charge à condition qu'ils participent tous à la prise en charge du patient et que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins ou de son suivi médico-social et social.

L'article refonde le dispositif de dossier médical personnel (DMP). Ce dossier médical est désormais nommé dossier médical partagé, l'article énumère les garanties pour les patients : en particulier l'ouverture du dossier sera soumis à l'accord du patient.

Analyse : Cet article ne spécifie pas les professionnels concernés et introduit la question du suivi médico-social et social. Il modifie considérablement la question du secret médical, voir analyse de Claire Gekiere (Union syndicale de la psychiatrie - USP) Risque majeur pour la confidentialité des données personnelles nominatives : « on passe des seuls soins à un patient au « suivi médico-social et social », vaste ensemble flou. Il y a une croyance aux bienfaits de la transparence et de l'exhaustivité réunies : en mettant en commun le plus d'informations possibles et en les accumulant, on prendra mieux quelqu'un en charge. Mais il faut tenir compte des risques majeurs d'atteinte à l'intimité et à la vie privée, et à leurs conséquences, souvent très stigmatisantes. Mais il y reste néanmoins une définition du partage d'information, sur laquelle un patient est censé pouvoir exercer un contrôle. Attention à ce que ce ne soit pas une illusion ».

Voir nos analyses sur le DMP DMP, cinq années de fiasco et Dossier médical personnalisé : 10 bonnes raisons de l'abandonner ainsi que l'analyse de DELIS (Droits et Libertés face à l'informatisation de la société) Dossier médical partagé : la plus grande vigilance s'impose

A propos du secret médical : Pratiques N° 64 : le secret en médecine

Chapitre VI – Ancrer l'hôpital dans son territoire

Le chapitre est consacré au rôle de l'hôpital au service de son territoire.

Article 26 : Cet article propose de refonder un service public hospitalier (SPH) qui soit susceptible de répondre aux attentes des citoyens en matière d'accès à la santé.

Il définit un Service public hospitalier (SPH) « rénové », reposant sur le respect d'un « bloc d'obligations » et ouvert à tous les établissements de santé, indépendamment de leur statut juridique. Les établissements de santé privés ne pouvant plus choisir (comme c'était le cas depuis la loi de juillet 2009) les missions qu'ils souhaitaient accomplir.

Pour participer au SPH, le projet de loi soumet les établissements (y compris privés) à un bloc d'obligations, l'énoncé des motifs de l'article précise qu'elles sont de trois ordres :

- *des garanties accordées aux patients au service de l'accessibilité des soins pour tous indépendamment de leurs difficultés (accueil adapté y compris pour les personnes en situation de vulnérabilité pour des raisons de précarité sociale ou de handicap, permanence de l'accueil, égal accès, absence de dépassement de tarifs,*
- *des obligations dans le fonctionnement de l'établissement afin d'en rendre la gestion plus transparente (transmissions des comptes) mais surtout afin que la parole des usagers soit entendue et prise en compte dans l'organisation de la réponse (participation des usagers à la gouvernance de l'établissement,*
- *des garanties contribuant à la qualité et l'accessibilité des soins au niveau des territoires : les établissements du SPH peuvent être désignés par les ARS pour développer des actions afin de répondre à des carences de l'offre de soins. Ils doivent participer aux actions de coopérations et en particulier au service territorial de santé.*

Analyse : Cet article qui apportait un réel progrès en terme d'accessibilité aux soins hospitaliers a soulevé une vive montée au créneau de la Fédération de l'hospitalisation privée, mais celle-ci est revenue sur sa menace de faire grève après avoir reçu des assurances qu'il serait modifié, un groupe de travail a été mis en place. Rien n'est donc gagné pour les obliger à partager des obligations de missions.

Article 27 : Cet article vise à conduire les établissements publics de santé d'un même territoire à se coordonner autour d'une stratégie de prise en charge partagée avec obligation d'adhésion à un groupement hospitalier de territoire (GHT), élaboration d'un projet médical unique, transfert obligatoire de certaines fonctions.

Analyse ⁵ : La loi de santé poursuit ce qui a été mis en place par la loi HPST en rendant obligatoire l'adhésion des hôpitaux publics aux GHT, créés par la loi HPST. Les GHT seront mis en place par les ARS. Ainsi pensés les GHT ont pour seul objectif la réduction obstinée des coûts de santé, le principe initial de coopération pour une offre et un accès aux soins de qualité cohérents sur un territoire apparaît comme bien secondaire.

Il n'y aura pas une meilleure organisation du système hospitalier public ni une meilleure qualité des soins offerts, mais un éloignement des établissements par rapport aux populations (fermeture de certains hôpitaux) et une dégradation de l'accès (existence d'établissements privés pratiquant des dépassements d'honoraires). La loi ne résout donc pas le problème de l'accès aux services hospitaliers de proximité, au contraire. L'inquiétant reste à charge hospitalier pour les patients n'est pas évoqué ! De plus cet article oblige aussi les GHT à avoir un département d'information médical (DIM) commun regroupant les données d'hospitalisation des patients.

Voir notre analyse de la loi HPST :

⁵ Voir analyse détaillée : Les Groupements hospitaliers de territoire, des CHT aux GHT en Annexe I à la fin de document (p 19-20)

Titre III : INNOVER POUR GARANTIR LA PERENNITE DE NOTRE SYSTEME DE SANTE

Le titre III se concentre sur l'innovation. Il est justifié par les défis posés par la nouvelle épidémiologie des maladies, surtout la chronicisation. Quatre chapitres à partir de là :

Chapitre I : Innover dans la formation des professionnels

Article 28 : Fondé sur le rapport de l'IGAS d'avril 2014.

- introduction de l'université dans le pilotage du volet pédagogique du Développement professionnel continu (DPC),
- mise à contribution des conseils nationaux professionnels,
- augmentation du rôle des commissions de contrôle indépendantes.

Article 29 : Se réclame de la stratégie nationale de santé : pour une rénovation de la formation des professionnels ; cet article ne parle que des infirmiers.

- Elargissement de la formation avec ouverture des stages en ambulatoire pour les infirmiers.
- Permettre aux stagiaires de faire des actes cotés pour attirer les libéraux et leur donner une raison d'accueillir des stagiaires.

Analyse : Nous ne pouvons qu'être d'accord avec les objectifs de décloisonner les approches, de croiser les regards pour une approche réellement soignante au service des personnes.

Nous déplorons cependant les limites de la loi :

- la loi n'aborde pas du tout la formation initiale universitaire, qui doit être refondue et doit favoriser les visions interprofessionnelles et enfin intégrer les sciences humaines,
- la loi revient sur un grand acquis de la formation professionnelle continue des médecins : sortir des Enseignements postuniversitaires (EPU) et de la logique universitaire, en imposant enfin une formation continue à partir des problématiques de terrain au cœur des métiers. La réintroduction de l'université dans le volet pédagogique du DPC risque de saper une dynamique participative horizontale des soignants à leur formation.

Il faut revenir définitivement sur le rabais des jours indemnisés de formation professionnelle conventionnée et des mesures fortes pour lutter contre les conflits d'intérêt et pour l'indépendance de tout organisme de Formation professionnelle continue.

Nous n'acceptons pas que le périmètre des thématiques du DPC soit circonscrit aux actions considérées prioritaires de la stratégie nationale de santé. Nous mettons en garde sur la tentation de penser orienter la formation des médecins uniquement pour orienter de nouvelles économies du système de soins.

Chapitre II : Préparer les métiers de demain

Article 30 : Création de la notion d'exercice en pratique avancée ; référence au plan cancer III. Il s'agit de créer le métier d'infirmier clinicien.

- création de mentions complémentaires/diplôme universitaire de pratique avancée, auprès de facultés habilitées par l'accréditation double des ministères de l'enseignement et de la santé,
- élargissement du champ de compétences vers :

- 1° orientation, éducation, prévention, dépistage ;
- 2° évaluation clinique, diagnostic, actes techniques et surveillances cliniques et para-cliniques ;
- 3° prescription de produits de santé non soumis à prescription médicale obligatoire, prescriptions d'examens complémentaires, renouvellements ou adaptation de prescriptions médicales.

Analyse : Nous ne sommes pas hostiles, contrairement à d'autres syndicats corporatistes, à l'évolution des métiers soignants et à une réflexion sur les missions qu'ils doivent remplir. Nous pensons toutefois que cette évolution demande des prérequis:

- créer les conditions réelles d'un fonctionnement en équipe de soins (organisation professionnelle en pôles de santé ou en réseaux de santé, dispositif de transmission des informations sous le contrôle des patients),
- s'appuyer sur une formation professionnelle initiale et continue pluri professionnelle élargie,
- décrire rigoureusement les champs de responsabilité en lien avec l'élargissement des compétences,
- réfléchir sur la rémunération des soignants et de leurs nouvelles missions.

Article 31 : Elargissement des compétences des sages-femmes vers les interruptions volontaires de grossesse médicamenteuses et vaccination cocooning autour de la femme enceinte et de l'enfant.

Article 32 : Elargissement des compétences des pharmaciens vers la vaccination.

Se rapporte au rôle des pharmaciens dans l'offre de soins de premier recours (rapport IGAS 2011).

Analyse : Cet article s'appuie sur les notions que les pharmaciens de ville doivent faire à la fois partie de l'offre de soins de premiers recours et aussi d'un système de soins primaires. Si nous ne sommes pas hostiles aux évolutions de métier des soignants, nous ne pouvons en revanche pas laisser penser que tout élargissement répondra aux besoins de santé des populations. Nous nous opposons à cet article aberrant car :

- Les vaccinations doivent toutes faire l'objet d'une prescription et nous disons non à la discordance prescription/vaccination qui ne pose pas clairement les limites de responsabilités.
- En l'absence de prescription, il y a un conflit d'intérêt clair et majeur d'ordre financier pour un pharmacien en capacité de proposer, vendre et dispenser un vaccin.
- Le Haut comité de santé publique (HCSP), qui doit établir la liste de vaccins autorisés pour les pharmaciens a été lui-même critiqué pour ses liens d'intérêt.

Article 33 : Substituts nicotiniques :

- accès facilité à la prise en charge forfaitaire,
- élargissement législatif du type de prescripteur (médecins du travail, infirmiers, sages-femmes).

Analyse : Résumer la lutte contre le tabagisme à des prescriptions médicamenteuses est réducteur de la pratique des soins primaires, résumer les addictions au tabac l'est également. Il faut relativiser l'impact et l'efficacité des substituts nicotiniques et clarifier leur prise en charge économique et donc la part des complémentaires santé. Là encore les déterminants sociaux de santé dans la prise en charge globale des personnes sont ignorés. Les médecins du travail ont aussi bien d'autres choses à faire que de prescrire des substituts nicotiniques. Où sont, en revanche, les moyens alloués aux « réseaux d'addictologie » ? Diminués ou supprimés, alors qu'ils seraient indispensables et permettraient une redéfinition des missions des professionnels de soins primaires s'orientant vers un système de santé avec information et formation indépendantes, des patients et des soignants, consultations de coordination, sortie du paiement à l'acte etc.

Article 34 : Volonté de limitation de l'intérim médical :

- création d'une position de praticien titulaire remplaçant, géré par le centre national de gestion,
- limitation du niveau de dépenses journalières en rémunération des praticiens en contrat temporaire.

Analyse : L'article aborde le problème majeur de recrutement de praticiens hospitaliers de la fonction publique dans des hôpitaux de petite taille, excentrés, et selon certaines spécialités. Cette difficulté a engagé des hôpitaux dans une escalade de dépenses pour le paiement de médecins en intérim et introduit une catégorie de médecins pouvant quitter la fonction publique et travailler uniquement en contrats temporaires très rémunérateurs.

Chapitre 3 : Innover pour la qualité des pratiques, bon usage médicaments, sécurité des soins

Article 35 : Création d'une fiche de bon usage des médicaments par la Haute autorité de santé (HAS) pour chaque médicament ayant fait l'objet d'une évaluation médico économique.

Mise en place de guides de stratégies thérapeutiques ou diagnostiques (par maladie ?) par la HAS également ou par des professionnels de santé, validé ensuite par la HAS.

Analyse : Nous questionnons l'utilisation qui sera faite de ces guides et fiches et mettons en garde contre :

- un retour en arrière, en considérant ces fiches comme références opposables,
- une rigidification des pratiques sur un mode normatif, qui ne rendrait pas service aux patients.

Nous ne pouvons pas passer outre, non plus, les critiques récurrentes dont fait l'objet la HAS concernant ses liens d'intérêt financiers et qui fragilisent l'ensemble de ses productions.

Article 36 : Contre les ruptures d'approvisionnement de médicament. S'appuie sur un décret septembre 2012.

- Fixation d'une liste de médicaments à intérêt thérapeutique majeur (définition réglementaire), en risque de rupture d'approvisionnement, par le directeur de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM).
- Obligation pour les industriels de mettre sur pied et publier, via le site de l'ANSM, des plans de gestion, en cas de rupture d'approvisionnement de médicaments à intérêt thérapeutique majeur (définition réglementaire).

Analyse : La loi ne dit rien d'un réel dispositif contraignant et/ou répressif face aux ruptures d'approvisionnement de médicaments à intérêt thérapeutique majeur, qui sont une mise en danger des patients.

Chapitre 4 : Recherche et innovation en santé

Article 37 : Unification des contrats en un contrat industrie-hôpital (dans le public ou le privé) dans le but de réduire les délais de mise en place des recherches industrielles, au sein des établissements de santé. S'appuie sur le contrat stratégique de filière du 5 juillet 2013.

Analyse : Cet article cherche clairement à réduire les délais de mise en place de recherches à caractère industriel pharmaceutique, à simplifier les démarches administratives et attirer les promoteurs.

Nous constatons qu'il est définitivement question de favoriser la recherche privée et de simplifier sans garanties, ni sur la sécurité des patients, ni sur l'intérêt que ces recherches auront pour les patients. Toute la filière du médicament doit faire l'objet d'une réforme, et nous soutenons dans ce sens l'appel des associations FORMINDEP, ANTICOR et Europe-Ecologie-les Verts Pour une opération mains propres sur la santé

Titre IV : RENFORCER L'EFFICACITE DES POLITIQUES PUBLIQUES ET LA DEMOCRATIE SANITAIRE

L'objectif affiché est le « renforcement de l'efficacité des politiques publiques » et d'affirmer l'unité des politiques de santé incluant : promotion de la santé, prévention et soins.

Chapitre 1 : Renforcer l'animation territoriale conduite par les ARS.

Concerne le renforcement du pouvoir de l'ARS et la coordination des ARS autour de la stratégie nationale de santé. Les mots d'ordre sont simplification, coordination des secteurs sanitaire et médico-social.

Article 38 : *“Renforcer le caractère stratégique et l'opérationnalité de la programmation régionale en simplifiant et assouplissant les PRS (projet régional de santé)”*. Ce point est justifié par les recommandations de la cours des comptes.

Il s'agit de créer un seul schéma d'organisation de santé appelé schéma régional de santé regroupant SROS et SROMS (schéma régional d'organisation sociale et médico-social) pour piloter globalement le secteur. Les objectifs seront de faciliter le parcours de soins et maîtriser les dépenses de santé, et la *“caractérisation des zones sur et sous denses”*.

Ce schéma inclura la gestion des situations sanitaires exceptionnelles.

Le représentant de l'Etat dans la région, sera consulté pour avis sur le projet régional de santé.

L'ARS coordonnera la santé au travail, la PMI, la santé scolaire et universitaire.

Article 39 : Renforcement des dispositifs d'alerte sanitaire par l'ARS.
Création Portail commun de déclaration des événements indésirables.

Analyse : Nous notons ici le renforcement de l'ARS et une volonté de coordination des différents secteurs mais soulignons le risque de décisions arbitraires, si les concertations sont réduites et le pouvoir laissé au directeur de l'ARS.

Par ailleurs, si le SMG a toujours défendu la territorialisation, l'échelon régional ne paraît pas adapté (cf. analyse Articles 12, 13, 14). Enfin, nous pouvons également craindre que les mesures de simplification annoncées servent uniquement à la réduction des coûts et n'améliorent pas le service public rendu aux populations.

Chapitre 2 : Renforcer l'alignement stratégique entre Etat et l'Assurance Maladie.

Le chapitre traite des relations entre Etat et Assurance maladie. Il pose comme un problème le bicéphalisme entre l'État et l'Assurance maladie.

Article 40 : Remplacement du contrat entre l'État et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) par un plan de gestion des risques (GDR) d'une durée plus courte (plan de gestion de 2 ans versus contrat de 5 ans auparavant).

Article 41 : Intervention de l'Etat dans les négociations conventionnelles nationales en amont des accords. Les ministres chargés de la santé et des affaires sociales définiront les attentes de l'Etat sur les négociations conventionnelles. L'ouverture d'une part de régionalisation des conventions est annoncée.

Analyse : Ici encore, renforcement du pouvoir de l'État au détriment de l'Assurance maladie. Mais quelle sera la politique de l'Etat et au service de qui ? Dans notre Etat, où le marché fait de plus en plus la loi, nous pouvons craindre que le but soit plus la réduction des coûts que le service aux populations.

Par ailleurs le problème de la convention nous semble mal posé. Il s'agit d'abord de définir clairement le contenu des conventions et leur périmètre : rémunération, répartition des soignants, imposition de normes d'exercice ? Et surtout dans l'intérêt de qui ? A l'heure actuelle, les conventions sont uniquement le lieu d'un jeu de pouvoir entre les médecins et l'Etat, sans référence aux citoyens.

Enfin, la régionalisation des conventions porte en elle le risque de déséquilibre de moyens et donc d'inégalités entre régions riches et pauvres. La solidarité nationale doit être garantie.

Chapitre 3 : Réformer le système d'agence sanitaire.

Article 42 : Regroupement de l'INPES (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé), l'EPRUS (Etablissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires) et de l'InVS (Institut de veille sanitaire) dans l'Institut national de prévention, de veille et d'intervention en santé publique.

Analyse : Cette mesure de simplification est-elle au service d'une réduction des coûts ou d'une meilleure efficacité pour les populations ?

Chapitre 4 : Associer les usagers à l'élaboration de la politique de santé et renforcer les droits.

Article 43 : Obligation légale de représentation des usagers dans les organes de gouvernance de toute agence sanitaire nationale.

Article 44 : Remplacement de la Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) des établissements de santé par la Commission des usagers (CDU). Leurs pouvoirs semblent être renforcés en termes d'information et de consultation dans l'institution.

Article 45 : Les associations d'usagers agréées pourront engager des procédures communes pour faire reconnaître la responsabilité de santé dans la survenue de dommages corporels sériels. (Class Action)

Article 46 : Droit d'une personne pacsée, d'un concubin, d'un tuteur d'accéder au dossier médical d'une personne décédée.

Analyse : Il y a un progrès avec la possibilité des *Class Action*. En revanche l'agrément est une procédure lourde qui y met clairement un frein.

L'évolution est également favorable pour l'ouverture aux droits des proches des patients. Plusieurs associations de victimes et collectifs inter associatifs (dont le collectif Europe et Médicament et le CISS, Collectif inter associatif sur la santé) soulignent l'avancée que représente l'article 45 mais se mobilisent pour proposer des amendements permettant de mieux faire reconnaître le droit des patients victimes d'effets indésirables des médicaments : Loi de santé en France et victimes des effets indésirables graves des médicaments

Chapitre 5 : Créer les conditions d'un accès ouvert aux données de santé.

Article 47 : Ouverture des données en santé (qu'elles soient d'origine hospitalière ou ambulatoire) selon deux modalités :

- les données pour lesquelles aucune identification n'est (censée...) possible seront accessibles et réutilisables par tous, en « open data »,
- pour les données considérées comme potentiellement identifiantes : utilisation uniquement pour certains objectifs (recherche, étude et d'évaluation d'intérêt public) et après contrôle de la CNIL, Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés.

Gouvernance : Institut national des données de santé - groupement d'intérêt public.

- Utilisation du numéro d'inscription au répertoire des personnes physiques (NIR ou numéro de

sécurité sociale), comme identifiant des personnes prises en charge dans le champ sanitaire et médico-social.

Analyse : La protection des données personnelles de santé n'est pas assurée.

Les données d'hospitalisation (PMSI, Programme de médicalisation des systèmes d'information), théoriquement anonymisées, sont déjà ouvertes et peuvent être achetées. La loi (étude d'impact p 359) reconnaît que l'anonymat n'est pas garanti dans les faits, puisque le recoupement et le traitement de ces données permettent très souvent l'identification des patients.

Elle étend pourtant l'ouverture aux données du secteur ambulatoire tout en prétendant organiser une meilleure sécurité des données.

Elle permet dans le même temps l'utilisation d'un numéro d'identification unique (le NIR), ce qui accroît les risques d'atteintes au secret médical. Les données pourront servir aux stratégies commerciales et financières des assureurs et de l'industrie pharmaceutique. Voir DELIS (Droits et libertés face à l'informatisation de la société) : Numéro de sécurité sociale quel danger ?

Chapitre 6 : Renforcer le dialogue social.

Article 48 : Création d'une instance nationale consultative des personnels médicaux et pharmaceutiques des établissements publics de santé.

Objectif : examiner les projets de textes relatifs à la situation et aux statuts des professionnels et émettre un avis. Redéfinition des critères de représentativité des organisations syndicales dans les hôpitaux.

Article 49 : Ouverture de la Commission médicale d'établissement (CME) aux sages-femmes. Représentation des usagers dans les Conseils d'administration des établissements privés participant au service public hospitalier.

Conforter le rôle et la place du président de la CME au sein de l'exécutif, par la signature d'une charte de gouvernance entre le président de la CME et du directeur.

Analyse : Nous ne nous prononçons pas sur les changements des règles de représentativité dans les hôpitaux. Mais nous pouvons, là encore, nous demander si la CME aura réellement du pouvoir et, surtout, au service de qui ?

Titre V : MESURES DE SIMPLIFICATION

Article 50 : Coopération entre établissements de santé, publics et privés, dans une stratégie médicale de territoire.

Regroupement des groupements de coopération sanitaires (GCS) issus de la loi HPST et groupements de coopération sociaux et médicaux sociaux (GCSMS).

Mutualisation des moyens coûteux, des pharmacies, laboratoires.

Il est proposé, d'étendre le droit commun de la mise à disposition de plein droit de fonctionnaires aux groupements dont l'objet est la reprise d'une activité de ses membres.

Analyse : Les partenariats public-privés dans la santé mélangent des structures aux objectifs différents. Par expérience, cette contradiction conduit au renforcement du secteur privé au détriment du public et des citoyens (accès aux soins). Ces partenariats empêchent la lisibilité et le choix des patients de leur parcours de soins : les structures sont parfois mixtes avec un passage quasi obligé en secteur 2 avec dépassements d'honoraires pour certains actes. Nous avons donc de fortes inquiétudes quant à la possibilité de ces GCS de garantir à tous l'accès aux soins.

Article 51 : Article de simplification et harmonisation du droit. Possibilité pour le médecin employé de l'hébergeur d'accéder aux données de santé en dehors de la relation de soins.

Définition d'un cadre juridique et technique pour la destruction des dossiers papiers, après numérisation.

Facilitation de l'inscription des candidats à l'expertise médicale.

Changement de vocabulaire avec suppression de « alcoolisme » et « tabagisme » remplacés par lutte contre alcoolisation et contre tabac.

Harmonisation des codes de santé publique et de l'environnement concernant les substances vénéneuses pour lutter contre le trafic de médicaments par les particuliers, par exemple.

Passage de la contravention au délit pour la non déclaration des produits toxiques par les industriels.

Simplification du droit d'implantation du matériel lourd.

En soins primaires : Adaptation juridique des SISA (structure juridique des pôles de santé...) avec ouverture au capital variable. Possibilité pour les établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) d'ouvrir des centres de santé.

Article 52 : Disposition renforçant la sécurité de la profession des thanatopracteurs.

Article 53 : Article relatif au droit européen et au règlement sanitaire international.

Harmonisation du droit relatif au rayonnement ionisant.

Reconnaissance des qualifications professionnelles des titres de psychothérapeute, conseillers en génétique, radio physicien.

Mesure réglementant l'alcoolémie à bord des navires.

Harmonisation européenne dans la recherche biomédicale et dans la formation et reconnaissance des professionnels de santé.

Article 54 : Mise aux normes dans la législation française de la convention du travail maritime de 2006 de l'Organisation internationale du travail, avec ajout de l'obligation de détenir à bord des navires l'accord européen des partenaires sociaux.

Article 55 : Article visant à transposer le projet de loi de santé présent au service de santé des armées et à l'institut national des invalides.

Article 56 : Transposition et adaptation du projet de loi de santé à l'outre-mer.

Article 57 : Permet au gouvernement d'assurer la cohérence de la loi avec les autres normes en procédant notamment par ordonnances.

Analyse : La modification juridique des SISA ouvre-t-elle la possibilité aux personnes extérieures d'investir dans les maisons de santé ? Dans ce cas, peut-on craindre la création de maisons de santé créées par compagnies d'assurances ?

Nous soulignons positivement la possibilité aux intercommunalités de créer des centres de santé.

ANNEXE I :

Les Groupements Hospitaliers de Territoire : des CHT aux GHT

Les Groupements hospitaliers de territoire, inscrits dans le Projet de loi santé 2014, sont l'évolution sous une forme obligatoire et aux missions plus étendues des Coopérations hospitalières de territoire inscrites dans la loi HPST et qui eurent une réussite modeste, voire parfois inexistante dans certaines régions.

Un projet médical partagé couvrant l'ensemble des activités sanitaires sur un territoire de santé à définir fonde le socle de ces GHT.

Ce projet médical intègre des activités diverses, cliniques ou para cliniques, comme les fonctions pharmacies, les laboratoires, l'imagerie médicale... mais avec les GHT, le Projet de loi recommande une coopération plus poussée qui concernerait les schémas d'information communs, les Ressources humaines, la logistique, les achats....

Le principe d'une coopération, comme elle était pensée initialement dans certaines CHT, est peu critiquable en soi, si ce principe tient compte des besoins de santé d'une population avec une offre et un accès aux soins cohérents sur un territoire de santé. En témoigne la réflexion portée sur la construction d'une filière coordonnée du parcours-patient : du médecin généraliste de soins primaires, aux services des urgences, aux services Médecine chirurgie obstétrique (MCO), vers un retour à domicile avec parfois une orientation médico-sociale. D'autres mutualisations et coordinations sont tout aussi louables comme l'organisation pratique d'une filière Accident vasculaire cérébraux, ou le développement des consultations avancées ou postes avancés de Pédiatrie, Cardiologie, Néphrologie, Gynécologie Obstétrique... permettant ainsi de conforter certains établissements et, notamment, les maternités de proximité ou les consultations avancées de chirurgies diverses etc....

Constat : l'efficacité et l'ambition de ces CHT sont bien limitées et parfois critiquables :

- Les besoins de santé de la population n'apparaissent pas clairement comme le point de départ incontournable de ces coopérations.
- L'accès aux soins primaires n'est plus assuré sur tout le territoire national, il en est de même pour la continuité et la permanence des soins. Il faudrait réfléchir aux conséquences de l'omniprésence de SOS médecin dans toutes les grosses agglomérations et le non suivi des personnes âgées qui ne peuvent plus se déplacer au cabinet médical ... Comment, dès lors, construire une filière de soins cohérente, en reprenant un thème de travail, si les soins primaires deviennent si défaillants ?
- L'offre de soin se partage entre les pôles publics et privés aux objectifs bien différents (70% de la chirurgie ambulatoire est actuellement réalisée dans le privé).
- Certaines consultations avancées sont en fait les seules réponses proposées à des fermetures de services hospitaliers.
- Les partenariats publics-privés rendent quasi impossibles, voire absurdes, un tel projet de groupement. Les ARS recommandent d'ailleurs fortement de poursuivre ces partenariats. En outre, il est possible d'associer des établissements privés à un GHT, comme cela fut le cas pour certains projets CHT (!).
- La plupart des établissements de santé publics se sont récemment équipés et, bien souvent, sans soutiens financiers de systèmes d'informations. Un schéma unique imposé désorganiserait les fonctionnements en cours et entraînerait un coût considérable. Les groupements d'achat existent déjà.
- En dernier lieu, à travers tous ces projets et, non-dit officiellement, domine toujours la primauté de la raison économique : il faut rationaliser l'organisation des soins et diminuer les coûts de fonctionnement.

Quels sont les risques, nos craintes et les certitudes?

- Il est fort probable que ces GHT deviennent des coopérations de la misère pour des établissements de santé publics sous-financés, en état d'asphyxie et dont les activités de santé, dites rentables, sont absorbées par le pôle privé ou mutualiste. Le pôle public aurait pour fonction attristante de pallier les défaillances du privé.
- Un éclatement géographique des activités avec un recul inexorable de la proximité au bénéfice de très gros centres hospitaliers, structures de référence sur un territoire.

- La mutualisation forcée des moyens (Départements d'information médicale, activités administratives, logistiques, Ressources humaines...) entraînerait la création de monstrueuses usines à gaz centralisées, aux bénéfices totalement improbables, tant sur le plan fonctionnel que financier.
- Une rationalisation des activités avec la poursuite des suppressions d'emplois dans le secteur public (rappel : 35000 emplois supprimés ces deux dernières années). Le 4 février 2015, la Ministre de la santé a présenté aux Conférences hospitalières un plan d'économie de 3 milliards d'euros d'ici 2017, au-delà du virage ambulatoire, les hôpitaux déjà en déliquescence sont invités à « maîtriser leur masse salariale », « mutualiser les services » les « GHT constituent un puissant levier de l'offre de soins ».

Ainsi pensés les GHT ont pour seul objectif la réduction obstinée des coûts de santé, le principe initial de coopération pour une offre et un accès aux soins de qualité cohérents sur un territoire apparaît comme bien secondaire.

L'inquiétant reste à charge hospitalier pour les patients n'est pas évoqué.

Sources :

- Projet de loi de santé, octobre 2014
- Rapport de la Cour des comptes, chirurgies ambulatoires... 2013
- FHF, contribution de la FHF sur le Groupement hospitalier de territoire, audition de la mission Martineau - Hubert
- Coordination nationale des comités de défense des hôpitaux et des maternités de proximité, synthèse des travaux des 23^{èmes} rencontres 2014.