

Communiqué de presse du 12 mai 2009

Le SMG appelle à se joindre à la manifestation nationale du 14 mai contre la loi
Hôpital Patient Santé Territoire (HPST).
Il exige le retrait de cette loi, dont il dénonce l'esprit et les conséquences.

Depuis plusieurs mois, nous dénonçons cette loi qui, sous couvert de pseudo-avancées dans le domaine de l'organisation des soins, cache une aggravation sans précédent de l'accès aux soins et une dégradation du service public.

Dans le labyrinthe des articles, des mesures équivoques et des amendements adoptés par l'Assemblée, voici les points principaux et quelques exemples, ou « situations » (p 4) mettant en évidence les raisons pour lesquelles nous nous opposons à cette loi.

1) Communauté hospitalière de territoire et groupements de coopération sanitaire

◆ La loi prévoit :

Une affectation prioritaire de crédits aux établissements s'engageant dans des projets de coopération sous forme de « communauté hospitalière de territoire » (regroupement d'établissements publics) ou de groupements de coopération sanitaire (regroupement d'établissements public et privés).

◆ En pratique :

Les communautés hospitalières de territoire permettront de fermer facilement certains services sur des critères de rentabilité et non de qualité des soins.

Les groupements de coopération sanitaire ne laisseront subsister sur certains territoires que des activités privées aggravant les problèmes actuels d'accès aux soins à tarif opposable (voir situations 1 et 2).

L'Assemblée nationale avait adopté un amendement donnant aux "Agences régionales de santé" la possibilité d'obliger les cliniques privées à garantir un quota d'actes sans dépassements d'honoraires, quand l'offre à tarifs opposables serait trop limitée dans la région. Le gouvernement s'est engagé à supprimer cet amendement.

Le secteur privé continuera à privilégier les actes techniques programmés chez des patients sans problème et qui rapportent le plus dans le cadre de la tarification à l'activité (T2A). La convergence prévue des tarifs entre public et privé pour 2012 accentuera cette répartition inégale (situation 3). La logique financière s'imposera : les médecins risquent de devenir dépendants des compagnies d'assurance privée et des fonds de pension qui possèdent les établissements de santé, reléguant ainsi la logique de soins au second plan, ce qui aggravera la morbi-mortalité des patients, comme aux Etats-Unis, où cette politique a été mise en place.

2) Réorganisation de la gouvernance de l'Hôpital public

◆ La loi prévoit :

Tous les pouvoirs sont donnés aux directeurs administratifs (donc aux Agences Régionales de Santé). Le statut de la fonction publique est remis en cause par l'introduction au sein de l'hôpital d'un nouveau statut contractuel pour les praticiens hospitaliers avec rémunération variable à l'activité. Le personnel pourra être intéressé aux résultats.

◆ **En pratique :**

L'obligation d'équilibrer le budget des établissements, la gestion des hôpitaux comme une entreprise rentable sur des critères économiques et non de soins, amplifieront les diminutions de personnel administratif et soignant (situation 4) et aggraveront la sélection des patients qui existe déjà (situation 5). On sera dans une impasse. Les patients présentant des pathologies lourdes et complexes, tant au plan médical que médicosocial, resteront-ils à la porte des hôpitaux publics ? Renoncera-t-on à la qualité des soins à l'hôpital public ?

3) Définition des professionnels de premier recours :

◆ **La loi prévoit :**

Des « maisons de santé », lieu de premier recours dans lequel les professionnels de santé élaborent un projet de santé témoignant d'un exercice coordonné et conforme aux schémas régionaux d'organisation du territoire.

Des « pôles de santé » qui regroupent le premier et le deuxième recours.

Les attributions du médecin généraliste et du pharmacien de premier recours s'élargissent au-delà du soin curatif.

◆ **En pratique :**

Le financement pérenne des activités autre que le curatif n'est pas assuré : les moyens financiers pour élargir les missions de premier recours sont renvoyés à un arrêté.

La notion de recommandations professionnelles est intéressante, les rendre opposables conduit à aggraver les dérives bureaucratiques que nous connaissons déjà. La loi ne laisse aucune place à l'appréciation du cas individuel qui fait la spécificité de notre travail. La loi ne met pas en place d'autres modes de rémunération que le paiement à l'acte.

La loi ne définit ni la pratique de tarifs opposables, ni celle du tiers payant comme pratiques indissociables dans les maisons et pôles de santé pour bénéficier de dotation de financement. De plus, rien n'est écrit sur la possibilité de sortir du paiement à l'acte (situation 6).

4) Démographie médicale et amélioration de l'offre territoriale de soins :

◆ **La loi prévoit :**

La planification par régions des étudiants admis en 2^o année et des internes, ainsi que l'octroi de bourses aux étudiants s'engageant à exercer en zones sous-dotées.

L'attribution de postes d'enseignants généralistes, condition indispensable aux fonctionnements de l'enseignement de la médecine générale.

Un statu quo, pendant 3 ans, à l'issue duquel pourra être imposé aux médecins des zones sur-dotées d'aller exercer, pour une partie de leur temps, dans les zones sous-dotées.

◆ **En pratique :**

Aucune réponse n'est apportée aux difficultés d'accès géographique aux soins : les mesures immédiates pour inciter les médecins à s'installer dans les zones déficitaires sont totalement insuffisantes et celles prévues pour 2012, en cas d'échec des premières ou des mesures coercitives ultérieures, seront, elles aussi, vouées à l'échec (pressions de la profession, refus des jeunes de s'installer).

Seules des mesures volontaristes d'aménagement du territoire et de mise en place de modalités collectives d'exercice pourront attirer les soignants dans les territoires déficitaires.

5) Amélioration de l'accès aux soins :

◆ **La loi prévoit (article amendé) :**

La pratique du « testing » pour mettre en évidence les refus de soins liés à une discrimination, mais la charge de la preuve du refus incombe au patient et la procédure de sanction du professionnel est remplacée par une procédure de conciliation.

La loi ne garantit pas aux médecins la possibilité de pratiquer le tiers payant, elle entérine la pratique actuelle des dépassements d'honoraires.

◆ **En pratique :**

Rien n'est mis en place pour permettre d'améliorer l'accès aux soins. Au contraire chaque étape des réformes conduit à diminuer la prise en charge par l'Assurance maladie et mettre plus de libéralisme dans les tarifs pratiqués.

6) Education thérapeutique et action d'accompagnement du patient

◆ **La loi prévoit :**

La mise en place d'une éducation thérapeutique, qui s'inscrit dans le parcours de soins du patient.

Un amendement interdit aux entreprises pharmaceutiques tout contact personnalisé et toute démarche directe d'information, de formation ou d'éducation à destination du patient.

◆ **En pratique :**

Il y a un risque que l'adhésion à l'éducation thérapeutique conditionne le niveau de remboursement des patients.

L'amendement ne limite pas l'influence de l'industrie pharmaceutique, qui pourra intervenir « indirectement » par l'intermédiaire d'associations écrans, ce qui existe déjà.

7) Formation continue

◆ **La loi prévoit :**

L'obligation pour les médecins d'un « développement professionnel continu », ayant pour objectifs l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé.

◆ **En pratique :**

La loi supprime l'actuelle gestion spécifique de la formation conventionnelle indemnisée indépendante de l'industrie pharmaceutique et renvoie à la voie réglementaire ultérieure tout ce qui concerne la gestion de cette formation. Il y a tout lieu d'être inquiet sur l'indépendance de la future formation face à l'industrie pharmaceutique et sur les modalités et critères d'évaluation des pratiques, alors que les soignants et leurs patients ont besoin d'une **formation continue** obligatoire indépendante, ouverte aux sciences humaines et à la santé publique et d'une amélioration des pratiques grâce à la mise en place de groupes d'échanges professionnels.

Ce projet de loi prétend agir au service des patients et de la qualité des soins, mais en réalité, vise à restreindre le financement de l'hôpital public et à développer le secteur privé. S'il était adopté, il aggraverait les inégalités tant financières que géographiques d'accès aux soins et il mènerait à une impasse : si le secteur privé concentre de plus en plus les actes rémunérateurs, comment l'hôpital public, étranglé financièrement, pourra-t-il continuer à accueillir et à effectuer des soins de qualité à tous les patients présentant des pathologies lourdes et complexes, tant médicales que médico-sociales ? L'hôpital public refusera-t-il les patients faute de budget, redeviendra-t-il un hospice ?

Nous invitons tous les citoyens et soignants à ne pas se laisser berner par le double discours gouvernemental et à rejoindre tous ceux qui luttent contre cette loi parce qu'ils ont à cœur l'accès aux soins des patients, le maintien d'une Assurance maladie solidaire et d'un service public hospitalier de qualité.

Référence : texte de loi adopté à l'Assemblée nationale et transmis au Sénat

<http://www.senat.fr/leg/pjl08-290.html>

Contacts :

Patrick Dubreil : 06 32 70 92 37
Jean-Louis Gross : 06 47 53 45 50
Marie Kayser : 06 86 55 80 02

Syndicat de la médecine générale
52 rue Gallieni 92240 Malakoff
Tél. : 01 46 57 85 85 - Fax : 01 46 57 08 60
syndmedgen@free.fr
www.smg-pratiques.info

Situations actuelles de difficultés d'accès aux soins qui seront aggravées par la loi

1) Monsieur G a une sciatique hyperalgique par hernie discale et doit être opéré : les plannings des blocs opératoires du CHU sont pleins. L'insistance de son médecin auprès du patron du service de neurochirurgie et la sensibilité de celui-ci à la question de l'accès aux soins lui permettent d'être opéré par ce professionnel compétent sans dépassement d'honoraires. Madame B n'a pas cette chance et, devant les délais d'attente du CHU, sera opérée en clinique privée par un chirurgien tout aussi compétent mais qui lui demande 300 euros de dépassement d'honoraires. Madame C, rencontrée dans la clinique, lui dira qu'elle a refusé de payer ces 300 euros et que ce même chirurgien a baissé les tarifs à 100 euros en dessous de table ...

2) Madame E n'a pas pu s'inscrire à la maternité du CHU pour accoucher car il n'y a plus de place : l'Agence Régionale de l'Hospitalisation a refusé une augmentation du nombre de lits publics lors de la construction de la nouvelle maternité du CHU, car l'offre globale de soins en lits de maternité était suffisante sur la région. Les patientes ayant des grossesses à haut risque médical ou en difficulté sociale sont accueillies en priorité au CHU, mais les autres, quand il n'y a plus de place, vont s'inscrire dans les hôpitaux périphériques, ou en clinique privée, et paient des dépassements d'honoraires.

3) Madame D a une maladie d'Alzheimer. La clinique privée spécialisée en chirurgie de la main (avec des praticiens travaillant sans dépassement d'honoraires) refuse de la recevoir au motif qu'elle n'a pas le personnel de surveillance nécessaire.

4) Au pôle gériatrique du CHU, du fait des réductions de personnel, il n'y a plus que quatre aides-soignants le matin, au lieu de six, pour 37 résidents, ils sont en grève car ils ne peuvent plus faire correctement leur travail et n'ont plus le temps de lever tous les patients le matin, ni d'assurer une douche par semaine.

5) Depuis la canicule de 2003, les promesses de moyens pleuvent sur les hôpitaux de proximité à vocation gériatrique. En fait, en 2007 l'augmentation des budgets est inférieure à l'inflation, en 2008, ce sera zéro. Les médicaments onéreux (stimulant la moelle osseuse, hormonothérapie des cancers) ne sont pas pris en charge dans les budgets. La logique financière conduit nos directeurs à faire pression sur les médecins pour refuser ces patients non rentables.

6) Madame H qui a perdu 10 kg, tousse et crache beaucoup, et a un examen des seins anormal. Elle repousse la réalisation de sa radiographie pulmonaire et de sa mammographie car elle ne peut avancer l'argent nécessaire, elle a pourtant une assurance complémentaire, il ne manque que la pratique par ce cabinet de radiologie du tiers payant. La radiologue contactée au téléphone lui fera les clichés gratuitement mais le problème de l'impossibilité de tiers payant dans ce cabinet de radiologie ne sera pas réglé.