

Analyse du projet de loi

Hôpital, Patients, Santé, Territoires

Le premier titre est consacré à la modernisation des établissements de santé : **Dans le premier chapitre** sont décrites les **missions des établissements de santé**. Les Missions d'Intérêt Général d'Aide à la Contractualisation (MIGAC) comprennent les missions d'enseignement, de recherche, de références et d'innovations (MERRI) et les missions d'intérêt général : permanences de soin et soins d'urgence, missions d'aide et de vigilance (centres de pharmacovigilance) les prises en charge par des équipes pluridisciplinaires, la prévention et l'éducation pour la santé, les prises en charge spécifiques.

La loi ouvre largement ces missions **au marché de la concurrence privée**. Le risque étant que les établissements privés ne choisissent que les MIGAC qui leur « rapporteront » Se pose également la question de la rémunération des médecins libéraux des établissements privés dans le cadre des MIGAC et le respect des tarifs opposables non seulement dans le cadre de la permanence des soins mais aussi pour les actes de suivi ultérieur.

Toutes ces missions feront l'objet de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens signés **pour une durée de cinq ans** mais ré évaluables au bout de 6 mois, laissés au bon vouloir des ARS. Il s'agit de passer d'une logique de moyens à une logique de résultat et de gestion de projets. La commission médicale d'établissement (CME) propose la mise en œuvre d'un programme d'actions assorti d'indicateurs de suivi. L'ARS peut prononcer des pénalités proportionnées à la gravité du manquement constaté si les objectifs ne sont pas atteints.

Le deuxième chapitre concerne **les statuts et la nouvelle gouvernance des établissements publics** de santé, ceux-ci étant représentés par les **centres hospitaliers, les communautés hospitalières de territoire et les groupements de coopération sanitaire de droit public**. Dix articles s'y rapportent pour consacrer une organisation pyramidale avec à son sommet le ministre de la santé puis le directeur de l'agence régionale de santé qui nomme les directeurs d'établissement. Ceux-ci peuvent être choisis hors de la fonction publique. Ce sont les vrais « patrons » de l'établissement, chef de l'exécutif. Ils président le directoire, organisme à voie consultative et agissent en complémentarité avec le conseil de surveillance qui exerce le contrôle de la gestion et du fonctionnement de l'établissement. Viennent ensuite les **chefs de pôle**. Tous les personnels sont nommés à ces postes pour des périodes limitées et sont sur siège éjectable si les objectifs ne sont pas tenus. Le Directeur d'établissement a pouvoir sur avis des chefs de pôle recruter des praticiens contractuels dont la rémunération comprend des

éléments variables en fonction d'engagements particuliers et de la réalisation d'objectifs quantitatifs et qualitatifs. L'établissement peut mettre fin au contrat au terme de la 1^o année en cas d'insuffisance de la réalisation des objectifs. On note également l'introduction des soignants exerçant à titre libéral au sein (médecins) ou à l'extérieur de l'établissement mais en lien (soignants non médecins). Les praticiens hospitaliers vont donc être soit titulaires salariés, soit rémunérés pour partie à l'activité, soit libéraux.

La notion d'intéressement du personnel est introduite

Des décrets en Conseil d'Etat déterminent le statut et les conditions du personnel médical et scientifique des centres hospitaliers et universitaires.

L'hôpital public devient un hôpital entreprise : tous les pouvoirs sont donnés aux directeurs administratifs, eux-mêmes sous tutelle des Agences Régionales de santé.

Il y a glissement du fonctionnement public vers le fonctionnement privé : les nouveaux contrats payés à l'activité et l'activité libérale des soignants vont introduire à l'hôpital les effets pervers du paiement à l'acte déjà connus en libéral : sélection des patients « rentables », abattage d'actes.

Le personnel pourra être « intéressé » aux résultats....

Pour **favoriser les coopérations entre établissements de santé**, il s'agit, au gré des ARS, de gérer le partage du marché, entre privé et public et d'assurer les transferts de compétence ou d'autorisations d'activités de soins et d'équipements en matériels lourds....

Dans le chapitre II sont définies **les communautés hospitalières de territoire** créées par le directeur général de l'ARS : le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens contient des orientations relatives aux « complémentarités » de l'offre de soins.

Dans le chapitre trois, **les groupements de coopération sanitaire** facilitent l'entrée sur ce marché des établissements de santé de droit publics ou de droit privé, des établissements médico-sociaux ainsi que des professionnels médicaux libéraux...

Le rôle de l'ARS est de coordonner l'évolution du système hospitalier par un redéploiement de services, d'activités ou d'équipements hospitaliers.

Sous couvert de meilleure coopération entre établissements, ces dispositions permettront en fait de fermer facilement des activités décrétées « non rentables » dans certains établissements publics, cela va dans le sens de la fermeture actuelle des établissements de proximité. Le patient sera obligé de consulter en privé sans garantie réelle de tarifs opposables.

Le titre II prétend **défendre l'accès à tous à des soins de qualité** :

En fait il s'agit d'instaurer un pouvoir de contrôle et de sanctions sur les professionnels de santé. Après une « belle » mais « enfermante » définition de la médecine générale de premier recours, un article permet de régler le nombre de postes d'internes en fonction des besoins d'un territoire. Les **réquisitions** permettent aux représentants de l'État de surseoir aux manquements de l'organisation et de la gestion de la permanence des soins ambulatoires. L'article 18 vise à « limiter » les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU en donnant le pouvoir de

sanction aux caisses d'assurance-maladie et non plus à l'ordre des médecins. L'article 19 consacre la mise en place d'un conseil unique de Formation Continue (médecine, odontologie et pharmacie) sous tutelle du ministère et à prérogatives diminuées : les modalités de la composition, d'organisation et de fonctionnement de ce conseil, la définition des critères de qualité des formations, seront définis par décret. **Le Conseil propose, l'Etat dispose...** Dans l'article 20, le Gouvernement se propose d'assouplir les règles relatives à la détention du capital dans les laboratoires d'analyses médicales. L'article 21 concerne la reconnaissance des qualifications obtenues dans des états tiers européens.

Ce titre reste silencieux sur les modalités d'organisation et de rémunérations qui permettraient aux généralistes d'assurer les fonctions dont on les crédite. La planification par régions des étudiants admis en 2^e année de médecine et des internes est totalement insuffisante pour solutionner les inégalités territoriales de santé. La « limitation » des refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU masque l'absence de mesures permettant un meilleur accès aux soins : tiers payant généralisé, suppression des franchises et autres forfaits et des dépassements d'honoraires.

La formation continue des médecins est mise sous tutelle du ministère. La formation « conventionnelle » perd son organisme de gestion spécifique et son budget

Le titre III veut innover entre matière de **prévention et de santé publique** :

Outre quelques articles de **prohibition** sur la vente d'alcool aux mineurs, l'éducation en santé, éducation thérapeutique du patient permet la création d'un nouveau métier : l'éducateur en santé qui va instaurer la responsabilisation à taux plein du patient.

Cette « éducation thérapeutique sera-t-elle imposée au patient sous peine de moins bonne prise en charge ? Il y a de forts risques qu'elle ouvre aux firmes pharmaceutiques la porte des patients, ce que le législateur leur avait refusé jusqu'à présent.

Le titre IV, **organisation territoriale du système de santé**, est un peu complexe du fait du rajout dans son chapitre 1^o, d'un titre III consacré à **création des agences régionales de santé** décliné en cinq chapitres :

- Le premier chapitre définit **les missions et des compétences** des agences de santé : pouvoir et autorité dans tous les domaines
- Le deuxième décrit **l'organisation et le fonctionnement** de ces agences : la gouvernance sous la tutelle du ministre chargé de la santé, le directeur général nommé par décret en conseil des ministres, le conseil de surveillance présidé par le représentant de l'état dans la région ; les chefs de pôle nommés pour trois ans sur siège éjectable ; les conférences régionales de santé, au rôle consultatif, « trompe-l'œil » de l'agence.
- Le troisième chapitre inscrit **la coordination** des agences régionales de santé, selon des modalités déterminées par décret.

- Le quatrième chapitre s'intéresse à **la politique régional de santé** : le projet régional de santé qui prend en compte les orientations de la politique nationale de santé, les objectifs nationaux d'organisation et de l'évolution de l'offre de santé, et les dispositions financières fixées par les lois de financement de la Sécurité sociale. Ce projet se décline en schéma régional de prévention, schéma régional d'organisation de soins, schéma régional de l'organisation médico-sociale, gestion du risque au niveau régional et territoires de santé et conférence de territoire.
- Dans le chapitre cinq sont établis les **moyens et outils de mise en œuvre de la** politique régionale de santé : après une section sur la veille et la sécurité et police sanitaire, elle définit la ***contractualisation avec les offreurs de services de santé***, et propose toute mesure de nature à tenir les objectifs fixés. Il est question de nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé mais aussi de transmission aux Agences Régionales de Santé de toutes les informations relatives à leurs moyens de fonctionnement, leur activité, leurs données sanitaires, démographiques et sociales pouvant être nécessaires à l'élaboration et à la révision du projet régional de santé mais également nécessaires au contrôle de leur activité ou de leur facturation. Des inspecteurs peuvent être désignés par le directeur de l'ARS parmi les personnels de l'agence.

Ces ARS qui regroupent toutes les missions d'organisation du système de santé, réduisent le peu de pouvoir qui reste encore aux caisses d'Assurance maladie, et permettront au gouvernement d'imposer sa politique en matière de santé et au vu de celle-ci on ne peut qu'être inquiet

Le deuxième chapitre du titre III définit la **représentativité des professions de santé libérales** : les ***fédérations***, regroupements régionaux des unions professionnelles, dont les membres sont élus et qui perçoivent une contribution versée à titre obligatoire. Pour signer une convention, les syndicats doivent réunir au moins 30% des suffrages exprimés. Est exigé pour pouvoir obtenir un blocage de la convention, le double des effectifs des professionnels représentés par les organisations syndicales signataires.

Le chapitre III décrit quelques dispositions **relatives aux établissements et services médico-sociaux** : les procédures d'autorisation de transformation, extension ou transformation, sont soumises à une commission qui comprend à parité les autorités publiques et organismes financeurs d'une part, les représentants du secteur public et des organismes privés à but non lucratif ou lucratif d'autre part. Les schémas d'organisation sociale et médico-sociale sont élaborés soit au niveau national par le ministre, soit au niveau régional par l'ARS, soit au niveau départemental par le Conseil général.

Le chapitre IV aborde les **dispositions de coordination et des dispositions transitoires** concernant le rôle des caisses régionales d'assurance retraite de protection de la santé au travail, le transfert d'agents des lors que les services ont été transféré aux agences régionales de santé, ainsi que l'autorisation faite au

gouvernement de prendre **par ordonnance** toute mesure nécessaires à la coordination, simplification et mise en cohérence du présent titre et adapter les dispositifs aux départements et territoires d'outre-mer.

En conclusion

Ce projet accélère le transfert des activités « rentables » de l'hôpital public vers le secteur privé. Il développe l'activité libérale des médecins au sein de l'hôpital public avec paiement à l'acte et mise en place de statut de droit privé. Il laisse intacte la question du financement de l'hôpital public, lieu indispensable pour la prise en charge des pathologies lourdes et complexes et pour l'accès aux soins de tous.

Il n'agit pas sur les actuelles inégalités financières et territoriales d'accès aux soins ; bien au contraire, il les renforce car la fermeture de services d'hôpitaux publics obligera les patients à consulter en cliniques privées sans garantie de tarifs opposables.

Il ne donne pas les moyens d'une autre organisation des soins qui permettrait la création de véritables « maisons de santé de proximité » coordonnés avec les soins plus spécialisés et l'hôpital public

Un échelon régional de coordination de la politique de santé, tel que les Agences Régionales de Santé, aurait pu être intéressant dans le cadre d'un fonctionnement réellement démocratique des institutions. Cela supposerait aussi la volonté politique d'étudier et repérer les causes environnementales des maladies, de mettre en place des politiques publiques permettant d'y remédier, et de réduire ainsi les inégalités sociales et territoriales de santé, mais actuellement rien n'est prévu en ce sens.

Ce projet doit être dénoncé par tous ceux qui ont à cœur l'accès aux soins des patients, le maintien d'une Assurance maladie solidaire et d'un service public hospitalier de qualité.

10 octobre 2008

Pour le SMG

Elisabeth Pénide : 06 81 14 31 90

Marie Kayser : 06 86 55 80 02