

PROJET DE LOI « HOPITAL, PATIENTS, SANTÉ ET TERRITOIRES »

Un texte à risques (analyse et argumentaire du Groupe Socialiste à l'Assemblée Nationale)

Longtemps annoncé, aussi attendu que redouté par les acteurs de la santé publique, le projet de loi « Hôpital, patients, santé et territoires » prépare des réformes de structure d'une ampleur telle que le secteur n'en a probablement pas connues depuis la loi du 31 décembre 1970.

Ce projet de loi unique renferme en fait plusieurs projets distincts. Les thèmes abordés sont divers, multiples : santé publique, formation des médecins, gouvernance territoriale de la politique de santé et surtout réforme de l'hôpital.

Le constat - l'absolue nécessité d'une réforme du système de santé afin de réduire les inégalités face à la maladie, qu'elles soient sociales ou territoriales – et l'ambition affichée par la Ministre – la réorganisation de l'hôpital et la lutte contre la désertification médicale – sont unanimement partagés. **Mais les solutions préconisées dans ce projet de loi par le Gouvernement vont à l'encontre des besoins et laissent poindre un risque réel : celui que le remède proposé ne s'avère pire que le mal, venant accentuer les dérives constatées ces dernières années et rendre un peu plus inéluctable l'avènement d'une médecine à deux vitesses.**

1/ L'hôpital public est sommé d'être rentable

L'hôpital public est un acteur essentiel de la qualité de notre système de santé et de l'égalité d'accès aux soins. Les missions de service public qu'il remplit sont déterminantes pour la solidarité nationale. Pourtant depuis 2002, il est mis progressivement en faillite. L'ONDAM a systématiquement été sous-évalué. En 2008, le déficit des hôpitaux va dépasser les 800 millions d'euros.

Dans ce contexte, le projet de loi confie à tous les établissements de santé, qu'ils soient publics ou privés, la possibilité d'assurer tout ou partie des missions de service public. **Cette disposition ouvre la porte à un service public à la carte où les cliniques privées peuvent choisir les missions les plus lucratives et laisser aux hôpitaux le soin d'assumer l'aide médicale d'urgence ou encore la lutte contre l'exclusion sociale.** Elle pousse à une forme de productivité et conduit à renoncer aux actes les moins rentables. L'hôpital public qui ne fait pas de sélection entre les patients est ainsi fortement pénalisé par rapport au privé. Ainsi, la participation des établissements privés aux missions de service public est un leurre compte tenu de la sélection qu'ils pourront effectuer.

Progressivement, les objectifs économiques risquent ainsi de prendre le pas sur les enjeux de santé publique et d'égalité d'accès aux soins. Ceci d'autant plus que le projet de loi prévoit par ailleurs une réforme du mode de gouvernance de l'hôpital public, celle-ci devant être calquée sur celui des établissements privés avec un directeur, un directoire et un conseil de surveillance, sans véritable démocratie sociale et sanitaire, sans véritable association des équipes soignantes et en négligeant le rôle des élus locaux.

Ce mouvement sera également accentué par **la création, prévue dans le projet de loi, des « communautés hospitalières » qui risquent de se réduire à une restructuration économique des établissements autour des CHU et des plateaux techniques les plus sophistiqués au détriment du service public de proximité. Le siphonage induit de l'activité des hôpitaux de proximité réduira leur rôle** et la rationalisation conduira au rationnement des soins. **La Ministre prend l'engagement de ne pas fermer d'hôpitaux, alors même que ces fermetures risquent d'être la conséquence logique de sa politique...**

2/ La fracture sanitaire n'est pas traitée

L'aggravation des inégalités sanitaires résulte de l'absence de pilotage territorial et d'une absence de volonté politique en matière d'installation des professionnels de santé. Au-delà de la multiplication des déremboursements et des dépassements d'honoraires ces dernières années, l'accès aux soins s'est dégradé aussi bien dans l'espace que dans le temps. Les distances géographiques mesurées en temps de transport pour accéder à un médecin généraliste sont allées en augmentant. L'abandon en 2003 de l'obligation pour les médecins de participer à la permanence des soins (gardes) et l'absence de mesures fortes pour réorganiser cette permanence, ont rendu encore plus difficile l'accès à un médecin généraliste le soir, la nuit ou le week-end.

Dans ce contexte, le projet de loi présente des grands principes d'organisation de l'offre de soins en fonction de niveaux de recours et des besoins de santé de la population. Ainsi, il prévoit une définition de la « médecine générale de premier recours » attendue mais insuffisante. Elle s'appuie sur une **simple possibilité de coopération entre les professionnels de santé sans mesure incitative, sans modifier les modes de rémunération des actes, ni développer les réseaux de soins et les maisons de santé.**

Or, seule une action volontariste des pouvoirs publics permettra de lutter contre les déserts médicaux. Pour motiver les jeunes médecins à s'installer en médecine générale, il est indispensable, par exemple, de les former sur les futurs lieux d'exercice. Or les stages obligatoires en médecine générale n'ont jamais été institués. Et sur les 5 500 enseignants hospitalo-universitaires, il n'y a aucun titulaire de médecine générale... De même, pour favoriser l'installation, il est indispensable de créer un statut négocié du médecin généraliste afin d'améliorer les conditions d'exercice. Ce nouveau statut doit comporter une rémunération distinguant une partie forfaitaire (liée aux missions de permanence des soins) de la rémunération à l'acte. Là où l'offre libérale est insuffisante, les pouvoirs publics doivent enfin prendre des mesures contraignantes pour assurer la permanence des soins.

3/ La prévention et la santé publique sont absentes

Le système de soins doit reposer sur une politique ambitieuse de santé publique fondée sur la prévention et l'éducation. Le projet de loi définit la notion d'éducation thérapeutique du patient dans le cadre de programmes d'accompagnement et de soutien, mais dont le financement est renvoyé aux promoteurs des programmes, dont la nature n'est par ailleurs pas définie. Il prévoit également quelques mesures strictement répressives d'interdiction de vente d'alcool aux mineurs et de cigarettes au goût sucré qui atténue l'âpreté et favorise la dépendance à la nicotine.

Ces mesures sont par leur faible ampleur ou leur caractère répressif le symbole de l'abandon de la part des pouvoirs publics de toute priorité accordée à la santé publique. Elles ne peuvent faire office de la révision attendue de la loi de 2004 sur la santé publique.

La santé doit au contraire être au coeur de toute action publique. Il est nécessaire de lutter contre les comportements à risques en renforçant les moyens et les instruments de lutte contre l'alcoolisme, le tabagisme et les toxicomanies en liant action préventive et mesures d'interdiction. Ces actions passent par un dispositif législatif et réglementaire équilibré intégrant désormais internet.

Le rééquilibrage entre les soins et la prévention est indispensable. La politique de santé publique doit prendre en charge les nouveaux fléaux comme l'obésité (dont il n'est pas question dans le projet de loi), notamment chez les jeunes. Elle doit être soutenue par l'éducation à la santé à l'école mais aussi dans le monde du travail. Elle doit prendre en compte les enjeux liés au vieillissement de la population.

Un effort particulier doit être enfin entrepris en matière de santé mentale. Les pathologies touchent près d'un cinquième de la population. La création d'un service public de la santé mentale est indispensable pour prendre en charge ce phénomène.

4/ Les missions des agences régionales de santé sont une belle idée dévoyée

Afin de renforcer le pilotage territorial du système de santé, le projet de loi crée les agences régionales de santé. Elles devront assumer les missions et prérogatives des instances régionales de l'assurance maladie et des actuelles agences régionales d'hospitalisation en ce qui concerne les établissements de santé publics ou privés, les professionnels de santé libéraux ou le secteur médico-social.

La région est incontestablement le niveau le plus pertinent pour adapter, dans le cadre d'orientations nationales, les politiques de santé aux besoins de la population et aux spécificités des territoires. Encore faudrait-il définir avec pertinence les responsabilités des différents acteurs et leur coordination !

Aujourd'hui de nombreuses questions restent sans réponse. Le risque est fort de voir les agences régionales de santé se transformer en simple organisateur de l'offre de soins en fonction des décisions de régulation des dépenses de santé mises en oeuvre par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. Les agences n'ont de sens que si elles permettent une unité d'action et si elles contrecarrent l'émiettement des interventions publiques dans le domaine sanitaire. Elles doivent être un instrument de la lutte contre le cloisonnement des structures, le corporatisme et la concurrence entre les établissements de santé, construit sur la base d'une démocratie sanitaire renforcée. Le pilotage des agences régionales de santé ne peut être confié au seul directeur général, nommé par le gouvernement, au risque de voir chaque agence devenir un instrument technocratique qui reconstruit au niveau régional une organisation centralisée. La gouvernance des agences ne peut conduire à une étatisation ou à une simple redistribution des rôles entre l'État et les partenaires de l'Assurance maladie.

La déconcentration régionale du système de santé suppose enfin de confier aux élus locaux une véritable responsabilité d'organisation de la politique sanitaire au sein de chaque agence et d'associer tous les acteurs dans un souci d'articulation horizontale de l'offre de soins. La prise en compte des inégalités territoriales, l'aménagement sanitaire infrarégional, la sécurité et l'accès réel à des soins de qualité imposent une participation accrue des élus représentants de la population et des territoires.

Les principaux articles sujets à débat...

Article 1er : Risque de privatisation de l'hôpital public

Article L. 6112-2 : « *Lorsqu'une ou plusieurs des missions de service public ne sont pas assurées sur un territoire de santé, l'agence régionale de santé désigne en tant que de besoin, parmi les établissements mentionnés au premier alinéa, celui ou ceux qui en sont chargés, selon des modalités fixées par décret en Conseil d'État.* »

⇒ Ce volet donne la possibilité aux cliniques privées à but lucratif d'assurer des « missions de service public ». Il donne tous les outils pour fermer, concentrer, fusionner, privatiser le public au dépend de la qualité et de la proximité.

Article 5 : Attaque contre la représentativité

Article L. 6143-5 : « *Le conseil de surveillance est composé comme suit : au plus quatre représentants des collectivités territoriales (...); au plus quatre représentants du personnel médical et non médical.* »

⇒ Finie la démocratie sanitaire et sociale à l'hôpital. Désormais, un conseil de surveillance remplace le conseil d'administration. Ses compétences sont recentrées sur la définition de principes, d'orientations stratégiques et sur des fonctions de contrôle.

Article 6 : Un super « patron » d'hôpital

Article L. 6143-7 : « *Le directeur, président du directoire, conduit la politique générale de l'établissement. Il (...) est ordonnateur des dépenses et des recettes de l'établissement. Il arrête le projet médical de l'établissement et décide de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers.* »

⇒ Ce volet instaure un hôpital calqué sur le modèle des entreprises, avec un directeur « patron », à la tête d'un directoire.

Article 12 : Des « communautés hospitalières » synonymes de menaces pour les hôpitaux de proximité

Article L. 6132-9 : « *Le directeur de l'établissement siège peut décider des transferts ou, le cas échéant, la suppression, de compétences et d'autorisations d'activités de soins et d'équipement matériel lourd entre les établissements membres de la communauté hospitalière de territoire.* » *Par le biais des communautés hospitalières de territoire (CHT), dont la taille et les moyens sont censés permettre « de mieux répondre aux besoins des populations d'un territoire », les établissements membres pourront « modifier la répartition de leurs activités ».*

⇒ Cette approche par territoire des communautés hospitalières peut s'avérer délétère si elle se réduit à une restructuration purement économique, ne respectant pas le service public de proximité. Le risque est que le CHU siphonne l'activité des hôpitaux de proximité, réduisant à un rôle subalterne le service public hospitalier de proximité.

Article 13 : Coopération public/privé

Article L. 6133-2 : « *Un groupement de coopération sanitaire peut être constitué entre des établissements de santé de droit public ou de droit privé, des établissements médico-sociaux, des professionnels médicaux libéraux, à titre individuel ou sous forme de société collective, ainsi que des centres de santé.* »

⇒ En simplifiant le support juridique des groupements de coopération sanitaire, le gouvernement se donne tous les outils techniques pour restructurer l'hôpital à grande échelle. Tout ce qui est rentable risque d'être transféré au privé.

Article 15 : Démographie médicale

Article L. 632-2 : « *Un arrêté du ministre chargé de l'enseignement supérieur et du ministre chargé de la santé détermine pour une période de cinq ans le nombre d'internes à former par spécialité et par subdivision territoriale, compte tenu de la situation de la démographie médicale dans les différentes spécialités concernées et de son évolution au regard des besoins de prise en charge spécialisée.* »

⇒ Ce texte revient sur le constat d'inégalité d'accès aux soins, qui résulte d'une « mauvaise répartition des professionnels de santé sur le territoire ». Il n'y a pas grand-chose de concret sur les mesures et les moyens permettant de combler les inégalités d'accès aux soins et favoriser l'installation de jeunes médecins.

Article 26 : Des agences régionales de santé à super pouvoirs

Article L. 1431-2 : « *L'agence régionale de santé est compétente, dans les conditions définies par le présent titre, en matière de : 1°. Politique de santé publique, au sens de l'article L. 1411-1 ; 2°. Soins ambulatoires et hospitaliers ; 3°. Prises en charge et accompagnements dans les établissements et services médico-sociaux visés aux articles L. 314-3-1 et L. 314-3-3 et au a du 5° du I de l'article L. 312-1 du Code de l'action sociale et des familles ; 4° Professions de santé.* »