

Collectif Notre Santé En Danger

Loi de santé : loi de privatisation, les raisons de notre colère

La focalisation médiatique du mouvement des médecins libéraux depuis décembre sur la question du tiers-payant a occulté tous les autres aspects du projet gouvernemental et surtout leurs effets nocifs.

Les reculs constatés face aux cliniques commerciales et aux praticiens libéraux, font craindre son accentuation libérale et l'annonce de la procédure d'urgence peut faire craindre le pire.

Son origine.

Ce projet est la traduction législative de la « *Stratégie Nationale de Santé* » lancée en 2013. La finalité explicite est bien de refonder sur une orientation libérale l'organisation du système de santé dans son ensemble. Le rapport Cordier qui préfigure la stratégie nationale de santé pose un axiome de départ : « *...La gestion à l'équilibre, sans endettement est d'abord une exigence fondamentale car valeur fondatrice...* »

Cette déclaration pourrait recueillir l'assentiment du plus grand nombre, mais dans le contexte des coupes budgétaires du Pacte de responsabilité, à la « *la gestion à l'équilibre, une valeur fondatrice* » **nous préférons la solidarité comme valeur fondatrice!**

Le rapport Cordier conditionne par ailleurs la nécessaire réorganisation des soins à « *la juste répartition de nos ressources qui doit nous conduire à réorganiser nos flux de dépenses de l'Assurance-Maladie...* », **en clair : la loi de santé n'a pour ambition que de moins dépenser pour la santé solidaire!**

Un projet de loi de privatisation.

Les dernières versions en notre possession du projet de Loi de Santé (LS) confortent l'assujettissement de l'assurance maladie à l'appareil d'Etat, au nom « *d'une politique de santé unifiée* » ! En voulant « *Renforcer l'alignement stratégique entre l'Etat et l'assurance maladie* » la loi de santé entend aller au bout de la réforme Juppé de 1995 (lois de financement de la Sécu, LFSS).

C'est la première étape du tour de passe-passe qui traverse toute la rédaction du projet: **ne plus faire le distinguo entre le système de Sécurité Sociale, qui renvoie aux valeurs de solidarité et d'universalité, et «les organismes de protection sociale complémentaires», qui relèvent du système assurantiel privé !**

Ce projet de Loi de Santé crée les conditions favorables à la mise en œuvre de la politique ultra-libérale du pacte de responsabilité qui va vers la « *tout exonération des cotisations sociales patronales* ».

Il permet aussi la mise en œuvre du plan d'économie de Valls, « *l'homme qui aime les entreprises* », qui prévoit une ponction de près de 50% pour l'assurance-maladie, la politique familiale, les retraites... sur les 50 milliards prévus par ce plan d'austérité.

Cette grille de lecture est essentielle pour, derrière les mots, les belles formules et les déclarations d'intention mystificatrices, nous soyons en mesure de cerner les véritables intentions de ce projet de privatisation de la santé.

Nous en avons pour preuve la confusion bien orchestrée entre loi de santé publique et «loi de santé». Le texte légitime ce choix au nom d'une « *cohérence volontariste* ». Cette cohérence: « *la politique de santé se présente 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 et culturels...* ».

C'est celle de l'intégration du privé commercial dans le dispositif de soin et d'assurance. C'est à ce même titre que le projet opère un rapprochement entre Code de la Sécurité Sociale et Code de la Santé publique.

Autopsie du texte.

Afin de mieux comprendre cette « *cohérence volontariste* », il faut retenir un certain nombre d'attendus de ce projet de loi qui a déjà été acté en partie par la Loi de Financement de la Sécurité Sociale 2015 et est « *prise en charge* » sur le terrain par des directeurs d'ARS zélés !

Titre I. Renforcer la prévention et la promotion de la santé.

Chap. 1 Soutenir les jeunes pour l'égalité des chances en santé.

Dès cette première partie, nous avons une démonstration de **la méthode socio-libérale** :

- énoncer des évidences qui font la quasi-unanimité dans la population et chez tous les professionnels;

- cibler, catégoriser, en l'occurrence la jeunesse, en remettant en cause le principe d'universalité de toute politique en direction de la population ;

- évoquer des moyens non définis;

- et selon les actions: renforcer la législation/répression, jouer sur l'information.

En fait

- **la médecine scolaire** est renvoyée au bon vouloir des régions, donc des ARS, sans un mot sur sa misère.

- Pas un mot sur les PMI... passées sous compétence départementale, tout comme les Centres de Planification.

- Quant à la protection de la santé au travail, le texte entérine la «réforme» de 2011, sans autre commentaire en actant qu'il faut faire avec la pénurie des médecins !

Autant d'obligations en termes de Santé Publique (Médecine scolaire et du travail, PMI, Planning Familial, qui ne seront plus ou mal remplies.

Chap. 2 Soutenir et valoriser les initiatives des acteurs pour faciliter l'accès de chacun à la prévention et la promotion de la santé.

« La loi se fixe pour objectif de favoriser les stratégies et outils innovants qui permettent aux acteurs de la prévention et de la promotion d'aller vers tous les publics »

Les associations et/ou centres de dépistage qui se démènent sur une base d'engagement militant, avec des subventions en baisse et des professionnels et bénévoles épuisés, apprécieront sans doute la mise (enfin) sur le marché de tests plus performants et la possible expérimentation de « salles de consommation à moindre risque » (SCMR).

Mais, dans ce volet, nous assistons au transfert de l'autorité publique, sa généralisation vers des associations, des structures et des professionnels qui ne bénéficient pas de financements pérennes mais fluctuants selon la politique, les moyens des départements et donc de leur soumission au pouvoir.

Titre II. Faciliter au quotidien les parcours de santé.

Selon le projet de loi, il devrait répondre aux enjeux suivants : lever les obstacles financiers, garantir l'accès aux soins, mettre en place un parcours organisé.

Chap. 1: Création du service territorial de santé au public.

Par un tour de passe-passe le service territorial de santé publique devient «service territorial de santé au public » Ce service ne recouvre en fait que l'aspect territorial de l'organisation des soins. Il donnerait les outils dont les professionnels de santé auraient besoin pour « mieux coordonner les prises en charge ». Ce service, qui recouvre la seule fonction de coordination, serait chapeauté par l'ARS qui a la main sur la définition de territoire (loi HPST). **Il s'agit principalement de la « structuration territoriale des soins primaires ».**

Le « parcours » sous contrat sera dans un premier temps réservé « aux patients atteints d'une maladie chronique, les personnes en situation de vulnérabilité ou de précarité sociale, les personnes en situation de perte d'autonomie... »

Nous pouvons émettre l'hypothèse que ce contrat fera probablement référence à un certain nombre d'actes et/ou de prescriptions définis, comme le rapport Cordier y faisait expressément allusion, nous retrouvons là le projet ultralibéral de « panier de soins » du rapport Chadelat.

Il faut noter l'article sensé « renforcer l'organisation territoriale de la santé mentale ».

En réalité la notion de territorialité va donner le coup de grâce à la psychiatrie de secteur basée sur la notion d'équipe et d'engagements professionnels autour du patient.

Le secteur est en effet conçu sur le principe de continuité des soins par la même équipe, en lien avec les acteurs médicosociaux locaux, l'hôpital n'étant qu'un éventuel moment du soin.

De cela, le projet de loi ne retient que l'idée de quadrillage des populations (et encore pas pour tout le monde) dans un territoire et non de continuité des soins sans toucher à la loi sécuritaire du 5 juillet 2011.

Il demeure une vaste interrogation quant à la définition des territoires.

En toute logique nous restons bien dans le cadre des territoires définis par les ARS, pouvant recouvrir un département, voire plusieurs dans deux régions différentes : bonjour la proximité !

Il faut relever qu'il s'agit, ni plus ni moins, de rendre visible ce que les professionnels, avec les moyens du bord ont péniblement mis en place autour des addictions, des maladies chroniques, des réseaux de gériatrie, ou encore de périnatalité !!

Là où il y a désert médical, il y aura toujours désert médical ; là où il y a pénurie il y aura toujours pénurie !

Nous voyons se profiler des parcours, des services territoriaux adaptés à l'offre et non à la demande, avec le risque majeur de l'explosion des inégalités d'un territoire à l'autre, d'un département à l'autre.

Sous-jacent, se profile une démarche politique de désengagement de l'Etat, réfléchie et cohérente avec le désengagement financier, tant au niveau du budget de la nation que de la Sécurité Sociale.

Le projet de loi entend faciliter l'accès aux soins de premier recours (soins primaires), et cela dans le prolongement de l'action menée par le gouvernement pour lutter contre les déserts médicaux!

Les moyens octroyés pour un tel objectif sont:

- un numéro harmonisé national de permanence des soins;
- étendre le parcours de soins coordonné aux enfants de moins de seize ans;
- les centres de santé.

Nous aurions pu espérer une place de choix pour les centres de santé pour l'accès aux soins de premier recours (rapport de l'IGAS, propos de la Ministre dans ce sens, et le bilan positif de l'ARS d'Ile de France) en terme de développements, de soutien, de valorisation compte tenu de leurs missions et pratiques et de leur organisation. Surtout en regard de la pénurie de médecins annoncée par leurs syndicats.

Non ! Il s'agit, ici, juste de permettre aux centres de santé de transposer les modes de rémunération prévus par les conventions des professionnels libéraux, autres que le paiement à l'acte !

Le chapitre III propose quelques mesures pour lutter contre les barrières financières de l'accès aux soins.

Il s'agit :

- de la généralisation du tiers-payant pour la médecine de ville d'ici 2017, avec une première application aux bénéficiaires de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS);

- des dispositifs permettant de mieux lutter contre les refus de soins : « un observatoire de refus », un « bilan annuel ».

- Autre mesure fortement médiatisée : « un encadrement des tarifs des prestations d'optique, de soins dentaires... » pour les seuls bénéficiaires de l'ACS.

Malgré les cris d'orfraie des libéraux, cela ne risque pas de leur faire très mal et pourtant le ministère recule sous leur pression!

Le mouvement des médecins libéraux a amplifié la confusion autour du tiers payant, souvent présenté comme un unique problème technique.

Le tiers-payant (non avance des frais) est utile pour favoriser l'accès aux soins, mais pas suffisant. **Le tiers-payant dans le contexte de cette loi est une invitation à prendre une Complémentaire Santé.** Celles-ci y ont vu une aubaine en proposant «leurs services» pour trouver une solution technique à la mise en œuvre.

Ainsi, un certain nombre d'articles distillent la confusion entre Sécurité Sociale obligatoire et Complémentaires Santé, porte ouverte demain à la généralisation des «sur-complémentaires », comme le suggère le Medef.

L'information tronquée et manipulée par les puissants syndicats des médecins spécialistes et la FHP (hôpitaux privés lucratif) a escamoté les causes réelles du renoncement aux soins pour plus de 30% de la population : pauvreté, précarité, augmentation des restes à charge, franchises, forfaits, éloignement des services, dépassements d'honoraires et avance des frais de soins.

Autres points du projet.

Ensuite viennent les gadgets, « pour mieux accompagner les usagers dans leur parcours de santé », comme la mise en œuvre d'un service public d'information en santé (un e-service !)

L'article 22 introduit une perversion dans le concept d'information aux patients. En faisant le lit de la promotion des « hôtels hospitaliers ».

Il s'agit de rendre obligatoire, pour tout établissement de santé, de fournir au patient une note détaillant tous les coûts de son hospitalisation.

Cette démarche est d'individualiser les dépenses (tournant ainsi le dos au principe de solidarité qui fonde le financement de l'Assurance Maladie) et de culpabiliser les patients.

Chap. VI : ancrer l'hôpital dans son territoire.

Seuls, deux articles de ce projet de loi sont consacrés à « l'hôpital »!

L'article 25 propose de refonder « un service public hospitalier » susceptible de répondre aux attentes des citoyens en matière d'accès à la santé. Madame Tournaine nous avait promis de tourner la page de la loi HPST. **En effet une page est tournée, dans le mauvais sens et le glissement sémantique agit à merveille.**

Ce projet ne parle plus de « missions de service public » mais de « service public hospitalier » (SPH), concept qui servira à gommer définitivement le distinguo entre hôpitaux publics et établissements privés lucratifs.

Le SPH futur n'est plus défini que par certaines obligations que les établissements doivent respecter sur toute leur activité. Les établissements privés lucratifs pourront en faire la demande avec la bénédiction des ARS qui «ont la main» sur la définition de « l'offre territoriale ».

Nous pouvons soutenir que cette définition sera à géométrie variable selon l'opportunité de favoriser tel ou tel regroupement ou tel mieux disant économique.

Après avoir dilué les Hôpitaux Publics dans ce fumeux SPH, **l'article 26** entend accélérer le processus de rétrécissement du périmètre imparti aux Hôpitaux Publics dans le système de soins, en les obligeant à adhérer à un groupement hospitalier de territoire (GHT). Considérant sans doute que la procédure des Communautés Hospitalières de Territoire instituée par la loi HPST n'allait pas assez vite, malgré le forcing des ARS dans certaines régions, le projet de loi rend ces groupements **obligatoires**, assujettis à des sanctions financières.

Pour les futurs GHT, il s'agit de projet médical unique,

et pas seulement de coordination de l'offre de soins, tout en sachant que les établissements de santé privés lucratifs y seront associés.

Ainsi, le GHT «dans le cadre d'un schéma arrêté par l'ARS, a pour objet de permettre à ses membres la mise en œuvre d'une stratégie commune. Il assure la rationalisation des modes de gestion par une mise en commun des fonctions et activités par des délégations ou des transferts de compétences entre établissements »

A terme les «établissements supports » des GHT contrôleront toutes les activités fonctionnelles et les autres établissements deviendront des services opérationnels, là où sont pris en charge les patients...

On est loin de la déclaration d'intention : «répondre aux attentes des citoyens en matière d'accès à la santé », mais dans un processus orchestré autoritairement de fusion/privatisation/rationnement.

Contrairement à notre attente de l'abrogation de la loi HPST, nous sommes en présence d'un projet qui confirme les objectifs de celle-ci et élargit les compétences des ARS pour «aller plus vite et plus loin» ! « Il convient de passer d'une logique de structures et de moyens à une logique de service... Le service est un objectif à atteindre...et non pas d'abord des moyens à fournir ou à financer ». rapport Cordier

L'hôpital public risque de se résumer à « une équipe-ressource » sur le territoire, comme le laisse présager un texte en préparation pour « partager les médecins hospitaliers » alors qu'il y a un manque cruel de Praticiens Hospitaliers dans nombre d'Etablissements Publics de Santé. Le projet de loi entend créer «un corps de médecins hospitaliers remplaçants titulaires » !

Cette dernière proposition s'inscrit dans la logique de gestion de la pénurie de professionnels, de soignants, elle se traduit par des dispositions de glissements de compétences et responsabilités au nom du «développement de nouvelles pratiques», ou «pratiques avancées» dévoyées.

Construire une alternative

Cette analyse partielle est un premier pas pour développer une position critique se démarquant des mobilisations réactionnaires menées par les libéraux et le secteur lucratif. (Les aînés pour leur part auront la loi sur l'adaptation de la société au vieillissement, partie prenante également de la « refondation »)

Notre rassemblement dans NSED est un atout pour que salarié-e-s et professionnel-l-es de santé, usager-e-s, militant-e-s, élu-e-s, syndicalistes nous prenions à-bras-le-corps ces questions qui sont décisives pour reconstruire un système de santé publique.

Rappel des éléments du

Socle commun de Notre Santé en Danger

- **L'accès aux soins pour toutes et tous partout et à tout instant.**
- **Un système public de santé (incluant les soins primaires, la prévention, l'information, la lutte en amont contre les causes des maladies), un secteur médico-social et social, public et associatif, développés sur tout le territoire.**
- **Le maintien et le développement des structures de proximité : centres de santé, centres d'IVG, centres médico-psychologiques, centres d'accueil d'urgence....**
- **Un plan d'urgence pour la médecine scolaire, du travail, et la PMI.**
- **Un secteur psychiatrique public coordonnant et assurant la continuité des soins, le lien avec les élus locaux, les services sociaux et sanitaires et les associations de familles et de patients.**
- **L'augmentation du nombre de professionnels de santé formés.**
- **Une recherche publique indépendante.**
- **Une politique publique du médicament intégrant la recherche, la production et le contrôle.**
- **Une protection sociale, ouverte à toute la population, basée sur le principe « chacun cotise selon ses moyens et reçoit selon ses besoins », qui intègre l'AME et la CMU.**
- **Une protection des données telle que l'avait décidée la loi de 2002.**
- **Une évolution vers la suppression de tous les restes à charge.**
- **La définition démocratique des besoins de la population, l'élaboration et le suivi des projets, associant usagers, professionnels, élus, sur un plan d'égalité.**
- **Une réelle représentativité des usagers, des personnels et des élus dans les instances décisionnelles à tous les niveaux.**

C'est pourquoi, pour construire la mobilisation nécessaire, nous appelons à une journée-débats :

Les raisons de notre colère
Maison des métallos
salle Jean Bornes
samedi 25 avril 2015 de 10h30 à 17h30
94 rue Jean-Pierre Timbaud, 75011 Paris