

Dr Dominique ORLIAC
Députée du Lot

Monsieur Michel ANTHONY
Président Coordination Nationale
Des Comités de Défense
Des Hôpitaux et Maternités de Proximité
1, rue Jean Moulin
70200 LURE

Objet : Politique de santé

Cahors, le 12 mars 2012

Monsieur le Président,

Vice-présidente du Parti Radical de Gauche chargée des questions de santé, c'est au nom du Président du PRG Jean-Michel Baylet que je me permets de répondre au courrier que vous avez bien voulu adresser à notre formation politique concernant la Politique de Santé et dont je tiens à vous remercier.

Comme vous le savez, le Parti Radical de Gauche, fervent défenseur de l'égalité, de la solidarité et des services publics ne peut que partager votre combat pour la défense des hôpitaux et maternités de proximité. Durant ces cinq dernières années, la multiplication des fermetures de services hospitaliers a démontré une fois de plus la logique de démantèlement de notre service public organisé par le gouvernement, au détriment notamment des territoires ruraux, en première ligne, et de leur population. Dessertes ferroviaires, gendarmeries, trésoreries, services météo, bureaux de poste, classes d'école et donc, comme vous l'évoquez bien justement, hôpitaux et maternités : autant de suppressions qui mettent à mal le service public et dégradent peu à peu les conditions de vie de nos concitoyens. En tant qu'élue locale, je n'ai de cesse de me battre activement, sur le terrain comme dans l'hémicycle de l'Assemblée Nationale, pour dénoncer ces situations absurdes. La question du devenir de nos services publics implique des enjeux très larges pour le devenir de nos territoires. Leurs suppressions progressives sont totalement incompréhensibles au regard des réalités locales. Elles handicapent lourdement le développement de ces territoires, de même qu'elles isolent encore un peu plus leur population du reste du territoire national. Ces populations se sentent d'ailleurs totalement laissés pour compte, condamnées à l'isolement. Sans services publics de qualité, performants et égalitaires, se sont nos communes qui, peu à peu, se videront de leurs habitants et c'est toute l'âme de nos territoires ruraux qui disparaîtra dans cette logique de désertification.

.../...

Permanence Parlementaire
93-99 rue Caviolle - B.P. 233
46000 CAHORS
Tél. 05 65 35 01 08
Fax 05 65 35 04 99

Assemblée Nationale
126 rue de l'Université
75355 PARIS 07 SP
Tél. 01 40 63 73 19
Fax 01 40 63 78 87

e.mail : orliacdominique@orange.fr

Un scénario auquel bien entendu les membres du PRG ne peuvent se résoudre au regard des valeurs qui les animent et c'est pour cela qu'il ne peuvent que saluer l'implication de votre coordination pour la sauvegarde des hôpitaux de proximité.

S'agissant de la Loi Hôpital Patients Santé et Territoires, j'y étais, ainsi que mes collègues du groupe PRG à l'Assemblée Nationale, fermement opposée. Ce texte comporte en effet des dérives majeures. Si une réforme de l'hôpital était certes nécessaire, nous avons été profondément frappés par le caractère avant tout technocratique mais surtout déconnecté des réalités de ce texte de loi. Déconnecté de la réalité des territoires ruraux d'une part et de celles des professions de santé d'autre part. Ainsi, il est par exemple très difficile de comprendre comment un texte qui prétendait améliorer la qualité des soins sur tout le territoire entraîne la suppression de maternités ou de services de chirurgie. Où est le progrès, dans la mesure où il en résulte au final un accroissement des inégalités entre les territoires et donc entre les Français ? Lutter efficacement contre la désertification médicale et maintenir une offre de soins de qualité c'est maintenir un maillage hospitalier, un maillage de pharmacies d'officine afin de renforcer la chaîne des services de santé sur tout le territoire. Si l'idée des communautés hospitalières n'était pas à rejeter d'un revers demain, la réforme telle qu'elle a été envisagée est dramatique car elle augmente considérablement les risques d'asphyxie des hôpitaux de proximité, aggravant de fait la désertification médicale, dans un contexte de grande inégalité et de suppression des savoir-faire.

Par ailleurs, on ne peut que regretter que ce texte ne se soit pas intéressé plus clairement aux dépassements d'honoraires. La mise en œuvre de cette réforme aurait pu être l'occasion parfaite de régler ce problème qui contribue directement à l'exclusion de dizaines de milliers de patients et représente pas moins de deux milliards d'euros par an.

De la même manière, la mise en place des Agences Régionales de Santé a été mal pensée. L'échelon régional aurait pu être pertinent mais la méthode choisie a conduit à un degré de complexité rarement égalé. En effet, les ARS ont été conçues de manière technocratique, sans réelle amélioration pour la démocratie sanitaire et le rapprochement du sanitaire et du médico-social.

Pour les députés PRG, nul doute de la nécessité de rationaliser les politiques de santé au niveau local : elles pâtissaient en effet évidemment du trop grand émiettement des compétences entre d'un côté les agences régionales de l'hospitalisation, et de l'autre l'assurance maladie et les directions régionales des affaires sanitaires et sociales. Pour remédier à cette situation qui rend difficile la mise en œuvre d'un service de santé efficace pour nos concitoyens, il convient de regrouper les moyens et les attributions au sein d'un même organisme. Pour les Radicaux de Gauche, l'objectif principal de toute politique de santé doit être de construire une politique efficace à l'échelle régionale et en accord avec les besoins locaux. Or, si l'échelon régional nous semble pertinent, l'ARS telle que conçue par la loi Bachelot n'est pas appropriée car nous ne pouvons accepter que la régionalisation ait pour conséquence la raréfaction de l'offre

sanitaire dans nos régions. Nous ne voulons pas d'une ARS qui n'aurait qu'une vision comptable de la santé et qui sacrifierait le service public de santé de proximité sur l'autel de la rentabilité. Je pense ici notamment à nos hôpitaux de proximité dans nos territoires ruraux, grandement mis à mal, et qui permettent pourtant l'accès aux soins à la population. L'ARS ne doit pas se transformer en outil de désertification sanitaire. C'est pour cela que lors de l'examen de l'article 26 de la loi HPST instaurant les ARS, les députés PRG avaient préconisé de confier l'ARS notamment à ceux qui connaissent les besoins sur le terrain, ceux qui sont au contact de la population au quotidien : les élus locaux. Par leur vision stratégique du territoire et leur expérience, ils sont les mieux placés pour ajuster les politiques sanitaires au niveau régional. C'est pourquoi nous avons demandé à ce que le conseil de surveillance des ARS ne soit pas dirigé par le préfet de région ; selon nous le président devait être élu par les membres du conseil, qui deviendrait ainsi un organe démocratique qui ajusterait au mieux, selon les ressources disponibles, l'offre de santé sur le plan régional. Par ailleurs, au-delà de la présence des élus locaux, nous avons indiqué qu'une organisation régionalisée de la santé et de l'accès aux soins ne pouvait se concevoir non plus sans la présence en son sein de la représentation des professionnels de santé, notamment des représentants des Conseil de l'Ordre des Médecins, qui ont une expertise en matière de démographie médicale et de permanence des soins, et ont une connaissance approfondie du terrain. Autre critique que nous avons formulé concernant la mise en place de ces agences : le placement des hôpitaux et de leurs directeurs sous la tutelle des puissantes ARS, ce qui ne va pas sans poser un certain nombre de problèmes de gouvernance d'une part, d'efficacité d'autre part. Nous avons alors prôné pour le renforcement des pouvoirs du conseil de surveillance des ARS ; demandé à ce que la MSA soit représentée par deux administrateurs au sein des conseils de surveillance ; et demandé par ailleurs la création d'une commission régionale de l'organisation sociale et médico-sociale. En outre, s'agissant plus spécifiquement de l'assurance maladie, nous avons très clairement indiqué que sa place au coeur du dispositif devait être préservé, et ce, parce que l'assurance maladie se devait de continuer à piloter de façon cohérente et coordonnée sur tout le territoire la gestion du risque assurantiel en santé.

Tout aussi grave, cette loi HPST a organisé la marginalisation des partenaires sociaux, des représentants des élus et des usagers. La démocratie sanitaire est abandonnée au profit de la technocratie et du secteur marchand. En fait, l'affichage de la rationalité masque de plus en plus mal la tentation du rationnement des soins. La santé à certes un coût ; mais elle correspond d'abord à un droit pour tous. Le respect de ce droit n'est pas conciliable avec la privatisation rampante de notre système de protection sociale et l'éloignement du patient d'une véritable médecine de proximité et de qualité. L'inégalité sociale et territoriale d'accès aux soins est bien la première des injustices. Elle porte sur l'essentiel des droits : le droit à la santé. Or, la loi Bachelot a eu des dégâts considérables, elle a participé à la « casse » de l'hôpital public géré comme une entreprise. Or, selon le PRG, la vision purement comptable comme celle prônée par le Gouvernement n'a rien à faire au sein de l'hôpital public. Celui-ci remplit une mission de service public, une mission de soins et une mission sociale. Il n'a que trop subi de plein fouet ces dernières années les

effets pervers de la tarification à l'activité et de la volonté politique de la droite de l'aligner sur le secteur privé. Symbole de cet alignement public/privé, la loi HPST a remplacé le terme « service public hospitalier » par l'expression « établissement de santé, public ou privé ». Un glissement sémantique qui s'inscrit dans la conception « d'hôpital entreprise » où la rentabilité prend le pas sur les objectifs de santé publique et d'égalité d'accès aux soins. Cette conception s'est notamment traduite par l'augmentation continue du forfait hospitalier qui pénalise en priorité les plus défavorisés. Et au-delà du forfait hospitalier, la population est également touchée de plein fouet par les franchises médicales, la multiplication des déremboursements, et dernièrement la taxation des mutuelles. Aujourd'hui, 1/3 des français disent avoir reporté des soins médicaux ou renoncé à ceux-ci en raison de difficultés financières. Avec la casse de l'hôpital public qui pénalise très largement les territoires ruraux et leurs populations, ce gouvernement à organiser aussi la casse de notre système de sécurité sociale.

Comme vous le savez, le PRG a choisi, à l'issue des Primaires Citoyennes, d'apporter son soutien à la candidature de François Hollande. C'est dans ce cadre que nous portons une politique de santé ambitieuse à travers de nombreuses propositions qui respecteront les principes de justice, d'égalité et de solidarité qui doivent guider toute politique de santé digne de ce nom.

Ainsi, nous souhaitons rétablir le service public hospitalier, dont le nom même de service public a été effacé par la loi HPST. Car nous croyons à la force et à la spécificité de l'hôpital public. Il doit demeurer un lieu où tout le monde peut être soigné, où toutes les pathologies sont prises en charge, où les professionnels sont formés et les innovations engagées. Par ailleurs, parce que l'hôpital public n'est pas une entreprise, nous entendons mettre fin au principe de convergence tarifaire entre le public et le privé. De la même manière, la tarification à l'activité a atteint ses limites, provoquant notamment une véritable spirale inflationniste en conduisant à la multiplication des actes, dont tous ne sont pas appropriés.

Il faut donc redéfinir le mode de financement de l'hôpital pour l'adosser à d'autres critères que la seule activité en tenant compte des missions sociales de l'hôpital, de la nature et de la pertinence des séjours des patients et des indications thérapeutiques. En outre, nous souhaitons qu'un nouveau pacte social soit négocié à l'hôpital, qui prendra en compte la promotion sociale, les conditions de travail et les contraintes liées aux nouvelles organisations territoriales. Enfin, l'hôpital doit être mieux coordonné avec le secteur médico-social et la médecine de ville. Il est dans l'intérêt de l'hôpital que nous allions vers une meilleure prise en charge des urgences simples par le médecin de ville, par le médecin de proximité. Il est nécessaire que l'hôpital s'appuie davantage sur le médecin de ville lorsque les patients ont quitté ses murs.

S'agissant de la lutte contre les déserts médicaux, nous ne sommes pas favorables à une politique de contrainte envers les professionnels qui serait vouée à l'échec car contournée. Pour autant, l'objectif de l'égalité d'accès aux soins partout sur le territoire, n'est pas négociable. Pour ce faire, le relèvement *numerus clausus* peut être souhaitable.

De même, une offre de soins de proximité doit être garantie. Cela passe par une revalorisation de la médecine générale et, au-delà, l'ensemble de la médecine clinique. Pour engager les médecins à s'installer dans un secteur sensible, nous devons créer un environnement propice à l'installation en cabinet dès le début des études de médecine. Le modèle universitaire actuel est trop centré sur le système hospitalier. Il doit s'ouvrir davantage. Nous proposons donc de réorienter les études pour généraliser les stages en cabinet, et notamment en zones rurales.

L'exercice libéral est également découragé par le mode de protection sociale des médecins. C'est un chantier que François Hollande compte ouvrir. Cela concerne en particulier les femmes pour leur congé maternité.

Enfin, François Hollande souhaite avoir une approche territorialisée de la santé. C'est à partir des lieux de vie que doit se faire la coordination du parcours de santé et de soins du patient. Aucun territoire de santé ne doit être à plus de 30 minutes d'un centre permettant une prise en charge de l'urgence. Dans chaque bassin de population doit exister un pôle de santé et de soins de proximité, dont la forme peut varier (maison médicale, un centre de santé avec des médecins salariés, une structure adossée à l'hôpital public etc). Ainsi, l'accent doit être mis sur un travail coordonné en équipe de soins, permettant la prise en charge d'une patientèle et pas seulement de patients.

Le coût de la santé pour les Français n'a cessé d'augmenter. Pour cette raison, beaucoup ont renoncé à certains soins. Pour autant, les déficits ont continué à se creuser. C'est pourquoi, François Hollande veut redonner confiance aux Français dans la prise en charge sur laquelle ils peuvent compter, les assurer que notre modèle de protection sociale sera équilibré si l'on veut qu'il soit pérennisé dans les règles actuelles. Par ailleurs, il souhaite que la protection sociale, qui est au cœur de notre pacte démocratique, soit également protégée. Cela voudra dire une démocratie sanitaire véritable, avec des droits des patients, mais aussi faire qu'une nouvelle étape puisse être franchie, à travers une loi qui permettra d'écrire les droits collectifs auxquels les patients peuvent légitimement accéder.

S'agissant de la prise en charge, François Hollande souhaite procéder à l'encadrement des dépassements d'honoraires par spécialité et par région. Les dépassements d'honoraires ont augmenté de manière inquiétante pour les patients. Cette dérive doit cesser. Il nous faut aussi mieux maîtriser les coûts des médicaments, en donnant priorité à la santé publique. Cela passe par une meilleure maîtrise des prix.

Enfin, le renforcement du régime obligatoire, qui reste le socle incontournable de notre protection sociale, doit s'accompagner d'un débat sur la place, le rôle des organismes complémentaires dont les contrats sont trop divers et insuffisamment encadrés. Il est clair

que nous ne pouvons pas vivre avec des déficits structurels de l'Assurance Maladie. Cependant, nous ne pouvons pas demander de rétablir ces comptes de la Sécurité sociale, en réduisant les droits d'accès des malades. Pas davantage, d'ailleurs, en inventant une nouvelle TVA. Nous devons prendre en compte ce que notre système de financement de protection sociale comporte, c'est-à-dire des cotisations et une contribution sociale généralisée. Si des ressources nouvelles doivent être trouvées, il semblerait légitime et pertinent de mettre à contribution l'ensemble des revenus, ceux du travail mais aussi ceux du capital.

Ainsi, au-delà de l'avenir de la Sécurité Sociale qui ne se satisfera pas de simples mesures d'économie conjoncturelles, il est indispensable de mener des réformes de structure qui doivent passer par la prévention, un meilleur soin, des garanties plus claires et un système de financement plus sûr. Ce sont ces réformes qui doivent être adossées à une véritable politique de santé ; politique qui n'a justement pas été portée ces cinq dernière année et qui au contraire a été mise à sac par la loi HPST. Nous devons définir un nouveau modèle, fondé sur une conception économique, sociale, démocratique de la santé. C'est une belle ambition que de vouloir à la fois garder ce qu'il y a de mieux de notre système de santé – le contrat social, qui a été passé au lendemain de la Seconde guerre mondiale – et en même temps, d'inventer ensemble un modèle de santé qui doit être un facteur de cohésion, de dynamisme et de rayonnement.

Espérant avoir répondu à vos interrogations concernant le positionnement du PRG en matière de Politique de Santé, je puis vous assurer de notre entière détermination à défendre le Service Public de la Santé. Un service public que nous nous plaignons encore à espérer juste, accessible, performant et égalitaire.

Je vous prie de croire, Monsieur le Président, à l'assurance de ma considération distinguée.

Dominique ORLIAC

