

Commentaire diapo 1

Si la santé ne représente pas une mission régaliennne de l'Etat, celui-ci s'est intéressé à ce secteur dans la période contemporaine.

Mais très vite les notions de politique de santé et de protection sociale sont intimement mêlées.

Issues du programme du Conseil Nationale de la Résistance (CNR), les ordonnances des 4 et 19 octobre 1945 créent la Sécurité Sociale, système « visant à assurer à tous les citoyens des moyens d'existence dans tous les cas où ils sont incapables de se les procurer par le travail, avec gestion appartenant aux représentants des assurés et de l'Etat et une retraite permettant aux vieux travailleurs de finir dignement leurs jours ». Le principe : une caisse unique où chacun cotise selon ses moyens et reçoit selon ses besoins. La Sécu, c'est 500 milliards d'euros de prestations sociales par an, 1/4 de la richesse nationale.

Réforme Jeanneney de 1967 : 4 ordonnances :

- Au niveau de la démocratie : abandon de l'élection pour la désignation des administrateurs
- Eclatement du régime général avec la création de 4 caisses nationales : la CNAMTS, la CNAVTS, la CNAF, l'ACOSS (agence centrale des organismes de Sécurité Sociale, centralisation du réseau des trésoreries, caisse nationale du réseau des URSSAF). Les directeurs sont nommés en conseil des ministres.

Années 70 :

- première réforme de l'hôpital public qui instaure le plein temps médical hospitalier et ...le secteur privé. (avant les hôpitaux publics plutôt des hospices)
- Développement des hôpitaux régionaux
- instauration du numéus clausus dans les études médicales

1991 : mise en place de la CSG par Michel Rocard : début de la fiscalisation

Plan Juppé de 1996 :

- création des lois de financement de la Sécurité Sociale (LFSS), avec instauration de l'ONDAM en 2005
- mise en place de conventions d'objectifs et de gestion entre l'Etat et les caisses
- nomination des Directeurs locaux par le Directeur des Caisses nationales
- création des ARH

Mise en Place de la T2A et Réforme Douste-Blazy en 2004

Loi HPST de 2009 :

- participation forfaitaire d'1€ sur chaque acte médical
- mise en place du parcours de soins coordonnés
- renforcement du rôle de la CNAMTS et de son Directeur général
- création de la Haute autorité de santé
- création de l'UNOCAM (complémentaires)
- création du comité d'alerte sur les dépenses d'assurance maladie (suivi de l'évolution de l'ONDAM)
- 2009, avec la Loi HPST, création des ARS

Commentaires diapo 2

Les différentes réformes hospitalières ont toujours eu 2 objectifs :

- Diminuer les dépenses publiques
- Marchandiser une partie des soins

Dès 1996, des regroupements s'opèrent avec le secteur privé, avec les fameux « ppp » : partenariats public-privé . La mise en place des ARS (Agences régionales d'hospitalisation) avaient entre autre pour but la coordination des activités hospitalières entre le public et le privé avec la mise en place des SROS : schémas régionaux d'organisation sanitaire

Cette tendance s'est accentuée avec les plans 2007 et 2012 où les établissements ont été fortement incités à se restructurer, à se moderniser, devant pour ce faire recourir largement à l'emprunt, en pleine période de crise financière. Pour certains établissements, de taille moyenne, les surcouts liés aux emprunts toxiques atteignent plus de 6 millions d'€.

La mise en place de la tarification à l'activité a été le point d'orgue de la casse des hôpitaux publics : une rémunération des hôpitaux sur la base de l'activité produite, mais dans le cadre d'une enveloppe budgétaire fermée (l'ONDAM). Avec ce système, les hôpitaux de taille moyenne perdent un peu plus d'1 million d'€ par an.

La T2A a largement profité au secteur privé qui peut se permettre de choisir les patients les plus rentables quand l'hôpital a l'obligation de soigner, sans distinction aucune.

La loi HPST a également instauré la nouvelle gouvernance, avec un rôle accru des ARS et des Directeurs d'établissement, au détriment de la démocratie : transformation de CA en CS ; mise en place des pôles avec leur mise en concurrence ; concurrence également entre établissements publics.

Conséquence de ces réformes successives :

Des hôpitaux globalement surendettés, avec de moins en moins de moyens, incitant les patients qui le peuvent à s'orienter vers le secteur privé.

Commentaires diapos 3 à 5

Avec les GHT, c'est une réforme profonde de l'offre de soins qui se met en place et qui va modifier pour longtemps la carte sanitaire du pays.

Les risques de cette énième réforme sont importants :

- Remise en cause de la proximité dont on sait, en plus des difficultés socio-économiques, qu'elle est la cause du renoncement aux soins
- Remise en cause totale de la chaîne de continuité des soins : exemple des maternités : en fermant des maternités de niveau 1, on surcharge des maternités de niveau 2 et 3, remettant alors en cause leur capacité d'intervention spécifique. Il en va de même pour les services d'urgence où l'arrêt de la proximité va provoquer des engorgements sur des services centralisés
- Les conventions avec le secteur privé permettent la mise à disposition de personnels, dans un sens comme dans l'autre, avec ce que l'on sait concernant les différences de pratiques et les différences de statuts.

Commentaires diapo 6

La loi « ma santé 2022 » vient mettre un point final à l'organisation territoriale de la santé. Elle amène quelques mesures positives comme la disparition du numerus clausus, la volonté d'aligner les formations sur les besoins des territoires, la prise en compte de la prévention dans les formations médicales...

Au niveau de l'hôpital, elle semble replacer le service au sein de l'organisation des soins.

Elle remet cependant profondément en cause le statut de la fonction publique hospitalière, avec une ingérence de plus en plus importante du secteur privé.

Commentaires diapo 7

Le souhait de vouloir mieux coordonner l'action des professionnels de santé sur un territoire pourrait paraître intéressante. Malheureusement, elle ne reprend pas le rôle fondamental que pourraient jouer les centres de santé dans cette organisation.

l'exercice isolé persiste toujours, alors que les jeunes professionnels voudraient développer une forme d'exercice plus collective.

La création des postes d'assistants médicaux reste une interrogation : quelles missions auront-ils ? Que deviennent les infirmières de pratique avancée ?

Ce dispositif est en fait une volonté de tenter de gérer la pénurie et de jouer sur le maintien à domicile ou en EHPAD des personnes âgées pour éviter leur venue aux urgences, notamment.

Commentaires diapo 8

C'est en fait le point fort de la réforme : parachever la casse de l'hôpital public en achevant l'organisation territoriale des soins.

Le décret de 2016 précise qu'un établissement est « **éligible** » s'il répond à au moins 2 des critères suivants :

La part de la population âgée de plus de 75 ans y est supérieure à la moyenne nationale ;

« b) La part de la population, située en dessous du seuil de pauvreté, y est supérieure à la moyenne nationale ;

« c) La densité de sa population n'excède pas un niveau plafond ;

« d) La part des médecins généralistes pour 100 000 habitants y est inférieure à la moyenne nationale.

Pourront être concernés tout ou partie d'un établissement (exemple Ruffec).

Ces établissements fonctionneraient le plus souvent avec des médecins généralistes du secteur libéral.

Resteraient ensuite les hôpitaux généraux et les pôles d'excellence avec les CHU qui vont voir aussi leur nombre réduit de façon importante.

En fait, les hôpitaux généraux vont se trouver très vite saturés puisqu'il n'est pas prévu de moyens supplémentaires, bien au contraire. La répartition des activités de santé devra alors compter avec le secteur privé qui privilégiera les activités les plus rentables.

Commentaires diapo 9

C'est un des éléments mis en avant, notamment par le Président de la République.

Au centre, le dossier médical partagé (DMP) que vous êtes incités à ouvrir à grands renforts de spots publicitaires.

Il y a aussi le développement de la télémédecine qui peut être considérée comme une avancée intéressante dans certains cas (lectures de radio à distance, par exemple mais ne peut remplacer une vraie consultation.

Le problème du développement des nouvelles technologies est le risque du partage des données et du développement de divers sites « médicaux » ; le danger est

grand qu'une partie de la population tente de s'auto-soigner grâce à internet, faute de médecins et que les données individuelles puissent être récupérées par les assurances, les laboratoires, à des fins purement commerciales.

CONCLUSION

Plus que jamais, nous devons nous réapproprier ce qui nous appartient : la sécurité sociale, ce sont nos cotisations, nos impôts financent aussi une partie de la politique de santé, la santé est un droit garanti dans le préambule de notre constitution : nous avons notre mot à dire.

La loi « ma santé 2022 », comme les précédentes qui ne sont d'ailleurs pas remises en cause, est mortifère pour l'accès aux soins de proximité ; elle met un point final à l'organisation territoriale de la santé en créant de véritables déserts sanitaires et en laissant des pans entiers au privé ; elle évoque à peine le secteur de psychiatrie pourtant en grande souffrance et ne parle pas des EHPAD ; elle n'apporte aucune solution à la dégradation des conditions de travail des personnels.

il faut le faire savoir partout et notamment auprès des élus même si certains ont compris les conséquences pour leurs concitoyens et agissent aux côtés des personnels et des usagers.

Cette réforme va dans le même sens que celle des fonctions publiques, des retraites... C'est une remise en cause d'un modèle de société basé sur la solidarité : il est encore temps d'agir.