

# Loi santé : une attaque contre le service public de proximité et le statut de la Fonction publique

Jean-Luc Gibelin

Le texte de loi a été voté par une majorité de député-e-s socialistes et radicaux le 14 avril en première lecture à l'Assemblée nationale. Le groupe des député-e-s du Front de gauche a décidé à l'unanimité moins une abstention de voter contre cette loi. Le Sénat devrait en débattre en juillet. Ensuite, il y aura un passage en commission mixte paritaire composée de 7 député-e-s et 7 sénateur-riche-s chargée de trouver un texte commun entre les versions des deux chambres du parlement. En effet, après le « 49-3 » de la loi Macron, le gouvernement a décidé de la procédure d'urgence pour la loi Santé limitant le débat démocratique parlementaire. La mise en œuvre programmée de cette loi est fixée pour la fin de l'année 2015.

Depuis le début de l'année 2015, des DG ARS ont déjà imposé des mises en œuvre de mesures annoncées dans le projet de loi, il est donc urgent de résister et de construire le rassemblement le plus large pour empêcher la mise en œuvre de cette loi. Les communistes en sont partie prenante avec détermination et conviction.

Des réunions d'information, des temps d'étude de cette loi, des réunions publiques sont à organiser dans la période pour construire le rassemblement le plus large pour s'opposer à la concrétisation de cette mauvaise loi !

## Globalement que penser de ce texte voté ?

**I**l s'agit d'un ensemble de mesures sans rapport direct entre elles. C'est plus une série de diverses mesures d'ordre social et sanitaire qu'une loi cadre de santé publique. Cela n'en diminue pas le danger !

Il y a des mesures de santé publique positives mais notoirement insuffisantes et surtout sans moyens humains ni financiers pour les mettre en œuvre. Les dispositions concernant l'IVG sont positives mais il n'y a rien pour engager la réouverture des centres fermés dans le cadre des restrictions budgétaires. La notion de service public est positive mais les contraintes financières imposées aux établissements ne sont pas remises en cause, au contraire. La notion de la psychologie réintroduite dans les projets d'établissement est positive mais l'article sur la psychiatrie est une remise en cause de la psychiatrie à la française.

Il n'y a pas de remise en cause de la logique de la loi « HPST » dont nous demandons l'abrogation depuis sa mise en place, au contraire, il y a un renforcement de ses aspects négatifs avec un rôle encore plus important des DG d'ARS. Le gouvernement le confirme en nom-

mant dès fin avril 2015 les préfigureur-riche-s pour les nouvelles régions du 1/01/2016. Leurs compétences sont renforcées sur tout le domaine sanitaire, médico-social et social.

## Le tiers payant

C'est la mesure qui est avancée comme étant emblématique et un marqueur de gauche.

Le PCF est pour une Sécurité sociale qui rembourse à 100 % les soins prescrits afin d'agir concrètement contre le renoncement aux soins qui touche actuellement près d'un tiers de la population et plus de la moitié des jeunes étudiantes et étudiants. Ce n'est pas possible de laisser faire cela.

Notre proposition concrétise notre volonté de reconquête de la Sécurité sociale dans cette année de ces soixante-dix ans. C'est toujours une idée d'avenir.

Il est réel que la mise en œuvre du tiers payant, c'est-à-dire de la possibilité de ne pas faire l'avance des frais, est génératrice, d'une part, d'une surcharge de travail administratif. Il y a environ 600 structures dites complémentaires dans le pays. Vérifier que les « droits du patient-e sont ouverts », solliciter les complémentaires

pour le remboursement des frais est une tâche administrative réelle.

La généralisation est aussi génératrice de frais de fonctionnement qui sont évalués à environ 3,50 € par consultation. C'est pour cela que le mouvement des centres de santé demande une prise en charge de ces frais. Pourquoi le gouvernement renonce-t-il à répondre à cette demande? Il en va de la survie de nombreux centres de santé.

Le tiers-payant est une mesure très utile pour favoriser l'accès aux soins. L'expérience des centres de santé le démontre ainsi que celle des hôpitaux publics. Nous la défendons pourvu qu'elle soit organisée de façon efficace, universelle, avec les moyens nécessaires et qu'elle se situe dans une politique générale.

D'abord, pour que ce soit plus que le remboursement par la Sécurité sociale, il faut qu'il y ait une assurance complémentaire. Hors, depuis deux ans, il y a un phénomène très sensible de désaffiliation des « complémentaires santé » pour cause financière. Pour ces patient-e-s-là, le tiers-payant n'a qu'un effet limité. Pour les autres, le tiers-payant c'est une invitation à prendre une complémentaire, c'est une aide indirecte aux complémentaires plutôt que de promouvoir la Sécurité sociale.

Le tiers payant ne règle rien des dépassements d'honoraires, des forfaits et des franchises qui ne sont pas remis en cause par ce gouvernement!

### Et la santé publique?

Nous sommes pour de vraies et grandes mesures de prévention et de santé publique. Il ne s'agit pas de communication mais bien d'éducation à la santé, de mesures permettant l'appropriation par le plus grand nombre pour garantir la mise en œuvre de moyens humains et financiers afin d'être au plus près de la population.

Le paquet de cigarette « neutre » est mis en œuvre dans plusieurs pays d'Europe assez récemment. Il n'y a pas le recul suffisant pour en mesurer l'intérêt.

L'accès à la santé ne se résume pas à l'accès à la seule médecine curative. Les dimensions préventive et éducative de la santé ont été depuis trop longtemps mésestimées en France.

Seule une politique de santé publique ambitieuse qui associe éducation à la santé, prévention et promotion de la santé pourra répondre aux enjeux de santé publique d'aujourd'hui et de demain.

Elle devra pour toucher efficacement toutes les populations:

- Être financée à la hauteur des besoins, par l'État et la Sécurité sociale;

- S'appuyer sur les compétences des acteurs médicosociaux de terrains: associations de quartiers, d'usagers, structures et services médicaux de prévention, associations de dépistage des cancers et réseaux de prise en charge des maladies chroniques, services de PMI, médecine scolaire, centres de lutte antituberculeuse, centres de santé, services de santé des collectivités mais aussi médecins libéraux.

Il est important de développer l'enseignement de la santé publique et de la prévention dans le programme de la formation initiale des médecins, chirurgiens-dentistes, infirmiers, sages-femmes et des paramédicaux. Il est utile d'inscrire l'éducation à la santé au programme scolaire des enfants dès leur plus jeune âge, puis au programme des collégiens et des lycéens. De même, accorder les moyens nécessaires à la médecine scolaire, universitaire et de PMI, à la médecine du travail pour qu'elles puissent remplir leurs missions respectives nous paraît indispensable.

Il ne faut donc pas être leurré par quelques aspects de la loi votée, quelques formules à l'intonation de gauche



qui pourraient convenir ; il est important de mesurer la gravité de la remise en cause du service public, la perspective d'une considérable restructuration de la réponse aux besoins de santé de la population.

Prenons quelques exemples.

### Les Groupements hospitaliers de territoire (GHT)

C'est un levier pour restructurer de manière massive et généralisée sur le territoire national. Les GHT vont être très dangereux et leur mise en œuvre pourrait être très rapide.

Le Groupement hospitalier de territoire (GHT) est une appellation politique mais la concrétisation sera, sur le terrain, pour le même territoire, des fusions d'établissements, des directions communes et sans doute un groupement de coopération sanitaire (GCS) pour coordonner l'ensemble des structures. Ce sera d'ailleurs, sans doute, un mélange des trois dispositifs.

Le texte voté dispose qu'au 1<sup>er</sup> janvier 2016, « *chaque établissement public de santé, sauf dérogation tenant à sa spécificité dans l'offre de soins régionale, est partie à une convention de groupement hospitalier de territoire* ». C'est donc très vite!

« *Le GHT assure la rationalisation des modes de gestion par une mise en commun de fonctions ou par des transferts d'activités entre établissements.* »

Tous les GHT s'associeraient à un CHU au titre des activités hospitalo-universitaires.

Les députés ont adopté un amendement destiné à tenir compte de la spécificité des établissements ayant la psychiatrie comme principale activité. Les établissements publics de santé autorisés en psychiatrie peuvent, après accord du directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) dont dépend l'établissement support du GHT concerné, être associés à l'élaboration du projet médical de groupements auxquels ils ne sont pas parties, dans le cadre des communautés psychiatriques de territoire.

Les établissements ou services médico-sociaux publics pourraient être « parties » à une convention de GHT, à raison d'un seul GHT par établissement. Les établissements privés pourraient conclure une convention de partenariat à un GHT, prévoyant l'articulation de leur projet médical avec celui du groupement.

Les établissements frontaliers de pays voisins pourront être associés aux GHT par voie conventionnelle.

Chaque établissement actuel devra donc conclure une convention pour être intégré dans un GHT et un seul.

Dans chaque GHT, « *les établissements parties élaborent un projet médical partagé garantissant une offre de proximité ainsi que l'accès à une offre de référence et de recours* ». Ce projet pourra être arrêté « *dans un délai d'un an après la conclusion de la convention constitutive, et au plus tard le 1<sup>er</sup> juillet 2016* », selon le texte. C'est donc très rapidement que les conventions constitutives des GHT vont être élaborées.

Cette convention constitutive intégrera le projet médical partagé, les délégations d'activité, les transferts d'activités de soins ou d'équipements de matériels lourds, ainsi que les modalités de constitution des équipes médicales communes et, le cas échéant, des pôles inter établissements.

L'établissement support assurerait pour le compte des établissements parties du GHT « *la stratégie, l'optimisation et la gestion commune d'un système d'information hospitalier convergent, en particulier la mise en place d'un dossier patient* », la fonction achats, la coordination des instituts et écoles de formation paramédicale et des plans de formation continue et de développement professionnel continu ainsi que la gestion d'un département de l'information médicale (DIM) de territoire.

À compter du 1<sup>er</sup> janvier 2016, les anciennes communautés hospitalières de territoire (CHT) régulièrement approuvées, dont aucune des parties n'aura voulu rompre la coopération, seront transformées en GHT par avenant à leur convention constitutive.

Il y a même une disposition qui prévoit par ailleurs qu'à compter de l'exercice 2020, les établissements publics de santé, dès lors qu'ils contrôlent une ou plusieurs personnes morales et que ce groupe dépasse une certaine taille, seront tenus d'établir et de publier des comptes consolidés ainsi qu'un rapport sur la gestion du groupe.

Ce sont ces conventions qui acteront le contour des nouvelles structures sanitaires et médico-sociales ainsi que les activités transférées. La désignation de l'établissement support doit être approuvée par les conseils de surveillance à la majorité des deux tiers ou à défaut, par le directeur général de l'ARS, après avis du comité territorial des élus. Il est important de prévoir rapidement des expressions des élu-e-s pour s'opposer à la disparition des établissements de proximité.

Il s'agit d'une centralisation considérable!

Mais tout cela, pourquoi?

Dans l'étude d'impact, le gouvernement tombe le masque et estime que cette réforme se traduirait par environ 400 millions d'euros d'économies sur trois ans: 270 millions au titre de la réduction du coût des fonctions techniques, administratives et logistiques, 50 millions au titre d'une réduction de 10% du recours à l'intérim médical d'ici à 2017, et 38 millions au titre d'une réduction de 5% du nombre de gardes et astreintes...

Il ne s'agit pas de répondre aux besoins de la population mais de réduire les dépenses d'assurance maladie au détriment de la qualité des soins.

### Les ordonnances!

Un autre aspect est particulièrement inquiétant. Plusieurs articles autorisent le gouvernement à légiférer par ordonnances. Les parlementaires qui ont voté cela se dessaisissent de leur rôle de législateur et laissent le gouvernement décider sans contrôle démocratique. C'est un recul démocratique considérable.

Les sujets ainsi abandonnés ne sont pas mineurs. Ce sont des domaines divers qui vont ainsi concrétiser un recul démocratique, des remises en cause statutaires pour les agents de la Fonction publique, de la mise en place d'outils de concentration des activités de santé.

– Pour les établissements de santé, il s'agit de la clarification des procédures de passation des marchés; de l'aménagement de la procédure de fusion entre établissements publics de santé; de la mise à jour de la liste d'établissements relevant de la Fonction publique hospitalière (FPH); de l'harmonisation du régime des autorisations de pharmacie à usage intérieur (PUI) et

application à la brigade de sapeurs-pompiers de Paris et au bataillon des marins-pompiers de Marseille; des conditions dans lesquelles le Centre national de gestion (CNG) gère et prend en charge la rémunération des directeurs d'hôpital et des personnels médicaux titulaires mis à disposition des inspections générales interministérielles;

– Pour la sécurité sanitaire, il s'agit de l'abrogation de l'obligation de vaccination contre le typhus exanthématique et de vaccination antivariolique en cas de guerre; de la mise à jour du code de la santé publique sur les déchets d'activités de soins à risque infectieux (Dasri); de l'autorisation d'utilisation d'eau non destinée à la consommation humaine lorsque la qualité de l'eau n'a pas d'effet sur la santé ou la salubrité d'un aliment;

– Pour la gestion des données de santé, les domaines sont les suivants: l'harmonisation de référentiels et des procédures d'hébergement des données personnelles de santé (code de la santé publique et code du patrimoine); les modalités d'accès du médecin employé par l'hébergeur aux données personnelles de santé; la transformation de l'agrément des hébergeurs de données de santé en une «évaluation de conformité technique réalisée par un organisme certificateur accrédité par l'instance nationale d'accréditation» ou par l'organisme compétent d'un autre État membre de l'Union européenne; l'encadrement des conditions de destruction des dossiers médicaux déjà numérisés; la précision des conditions permettant de garantir une valeur probante aux données et documents de santé numérisés.

Concernant les produits de santé, il s'agit de la clarification des dispositions législatives relatives aux substances vénéneuses et aux autres substances et plantes ayant une action pharmacologique; de la mise en cohérence des dispositions relatives aux sanctions pénales dans le domaine de la toxico-vigilance avec le code de l'environnement.

Au sujet des soins de ville, ce sera la mise en cohérence des dispositions relatives aux maisons de santé avec celles relatives aux sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires (Sisa) et autorisation de constitution de Sisa à capital variable; la clarification des dispositions relatives aux conditions de création, de gestion, d'organisation et de fonctionnement des centres de santé; la mise en cohérence et abrogation de certaines dispositions relatives aux aides à l'installation des professionnels de santé; l'adaptation des conditions de transfert et de regroupement communal des officines de pharmacie; l'harmonisation et simplification des régimes d'agrément et d'autorisation de mise en service des transports sanitaires.

Le médico-social n'est pas en reste, il s'agit de l'adaptation des dispositions législatives relatives au contrôle des structures sociales et médico-sociales.

Enfin, pêle-mêle, il y a la suppression de la condition d'inscription sur la liste des experts judiciaires pour les candidats à l'inscription sur la liste nationale des experts en accidents médicaux; l'amélioration du plan de la troisième partie du code de la santé publique et adaptations terminologiques des livres relatifs à la lutte contre l'alcoolisme; l'harmonisation et simplification du cadre réglementaire des conditions d'implantations et de fonctionnement pour les activités de soins et d'équipements matériels lourds; la simplification des modalités de contractualisation entre les agences

régionales de santé (ARS), les établissements de santé et les structures de coopération, afin d'assurer une plus grande cohérence avec les projets régionaux de santé (PRS) «*intégrant ainsi la révision des durées d'autorisation, et d'alléger les procédures, notamment à l'occasion d'opérations de renouvellement, de transfert ou de cession d'autorisation*»; la redéfinition de la composition et de la mission du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale (Cnoss); la suppression du statut des conseillers généraux des établissements de santé (CGES) et intégration dans le statut d'inspecteur général des affaires sociales (Igas).

## Le domaine des GCS

Enfin, un article autorise à prendre par ordonnance, les mesures du domaine de la loi permettant «*de faciliter la constitution et le fonctionnement des groupements de coopération sanitaires (GCS)*».

Les mesures consistent à adapter les conditions de création, d'organisation et de fonctionnement des GCS et clarifier les modalités de détention et d'exploitation d'autorisations, notamment de soins, par un de ces groupements; de définir le régime des mises à disposition des agents des établissements publics de santé membres d'un GCS et permettre l'application aux GCS de droit public des dispositions du Code du travail relatives aux conditions de représentation du personnel; d'adapter le régime fiscal des GCS et faciliter l'exploitation d'une pharmacie à usage intérieur (PUI) et d'activités biologiques d'assistance médicale à la procréation (AMP); de supprimer, dans le code de la santé publique, les références aux fédérations médicales hospitalières et modifier certaines dispositions législatives laissant croire à tort que le statut de groupement d'intérêt public (GIP) s'applique aux GCS.

Ces dispositions vont avoir des conséquences très importantes.

Il s'agit de permettre l'articulation des groupements de coopération sanitaire (GCS) avec les groupements de coopération sociaux et médico-sociaux (GCSMS) pour augmenter «*le décloisonnement inter-secteur*». C'est porteur de danger de remise en cause pour le secteur médico-social.

## Les autorisations d'activité

Le gouvernement envisage également de clarifier les modalités de détention et d'exploitation d'autorisations par un GCS afin de «*permettre à nouveau aux GCS de moyens d'exploiter l'autorisation de leurs membres*».

C'est une disposition très grave. À l'occasion des autorisations d'activité des établissements sanitaires et médico-sociaux, l'activité pourrait être attribuée par les DG ARS aux GCS plutôt qu'aux établissements de santé. Le déplacement des activités en serait accélérée et la mobilité contrainte des personnels aussi... Des établissements de santé pourraient se retrouver sans activité, une vraie coquille vide.

## Les agents de la Fonction publique et les GCS

Le gouvernement est autorisé à mettre en place l'extension du droit commun de la mise à disposition de plein droit de fonctionnaires aux groupements dont l'objet est la reprise d'une activité de ses membres. Pour le gou-

vernement, le dispositif actuel constitue « une entrave à la création d'un groupement chargé de la poursuite d'une activité » car les « fonctionnaires concernés peuvent refuser leur mise à disposition auprès de la structure de coopération pour y exercer les mêmes missions que précédemment ».

Le gouvernement a décidé de passer en force et de se donner les moyens de contraindre les agents de la Fonction publique à intégrer un GCS.

Pour donner le change, il est prévu d'autoriser les dispositions du Code du travail sur les représentations du personnel à tous les GCS. C'est juste inacceptable !

## Quelles mesures pour une politique de gauche ?

Nous proposons de reconquérir le remboursement par la Sécurité sociale des soins prescrits, avec le retour au 80 % tout de suite, de viser le 100 % pour les jeunes de moins de 25 ans et les étudiant-e-s dans la perspective d'aller rapidement au remboursement à 100 % des soins prescrits par la Sécurité sociale et pour tout le monde. Bien entendu, dans les soins prescrits nous englobons la consultation du médecin généraliste et l'ensemble des prescriptions comme par exemple la lunetterie, le dentaire, etc. Plutôt que des effets d'annonces ou des polémiques, il y a des mesures urgentes à prendre dans l'immédiat :

- Suppression des franchises et forfaits notamment imposés par la loi « Bachelot ». Ce sont des prélèvements supportés par toute la population de manière injuste.
- Réelle suppression des dépassements d'honoraires avec une revalorisation de la rémunération des médecins. L'encadrement décidé par la ministre n'a eu comme conséquence que d'inciter plus de médecins à pratiquer les dépassements d'honoraires.
- Attribution des moyens pour soutenir les centres de santé qui appliquent le tiers-payant sans aide de la Sécurité sociale ni de l'État. Si le tiers-payant est vraiment une proposition à généraliser, il doit être d'abord financé pour les structures qui l'appliquent depuis des années mais aussi être généralisé.
- Pôle public du médicament qui permette de gagner une maîtrise publique du médicament, de la recherche à la distribution. Il faut en finir avec les profits des multinationales du médicament ; il n'est plus supportable d'avoir des remboursements partiels de médicament : soit le produit est efficace et il est remboursé à 100 %, soit ce n'est pas un médicament et il ne doit plus être dans le circuit des médicaments.
- Véritables remboursements pour la lunetterie, les soins dentaires, l'audition. Il faut en finir avec l'hypocrisie du montant scandaleusement bas du remboursement de ces soins.
- Arrêt immédiat des suppressions d'activité et des fermetures de services de santé...

Le caractère solidaire de la Sécurité sociale inventée par Ambroise Croizat est une des valeurs identifiant le Parti communiste.

Les thématiques de la santé et de la protection sociale participent aux fondements d'un type de société correspondant bien à celle que les communistes veulent construire.

Nous considérons indispensable de répondre aux besoins de la population plutôt qu'aux injonctions du

patronat de l'industrie pharmaceutique ou du monde assurantiel.

Le développement des services publics, la démocratie dans le fonctionnement de ces services, sa répartition sur l'ensemble du territoire pour répondre aux besoins de la population sont des marqueurs concrets des choix de gauche que nous portons.

Le projet voté par une majorité des député-e-s socialiste n'est qu'un texte de type « diverses mesures d'ordre social » ; ce n'est pas la loi cadre de santé publique dont le pays a besoin.

## Résister, se rassembler, agir !

Au-delà, la mise en commun au niveau du département mais aussi au niveau des régions qui seront installées au 1<sup>er</sup> janvier 2016 est indispensable. À noter que les DG préfigurateurs des nouvelles ARS seront nommés à compter de fin avril 2015. Ne les laissons pas préparer en toute tranquillité le découpage des régions en territoires...

Les centres hospitaliers actuels, les CHU et CHR actuels ne doivent pas être démantelés. Les établissements de proximité concourant au maillage du territoire doivent être défendus « bec et ongles » pour garantir les réponses aux besoins de la population et l'emploi qualifié.

Il n'est pas question pour nous d'exonérer la droite de ses lourdes responsabilités dans la « casse » de la santé publique. Nos critiques contre la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » sont plus que jamais légitimes et fondées surtout au regard de la poursuite de sa mise en œuvre. Notre opposition au projet actuel s'appuie sur la volonté d'une nouvelle loi qui remplace la loi « Bachelot ». Il n'est donc pas question de laisser penser que notre opposition au projet actuel aurait des points communs avec la volonté de la droite de remettre en cause encore plus le service public.

Face à une telle attaque contre le système sanitaire, médico-social et social avec un rôle renforcé des DG ARS, il est indispensable de résister.

Il est indispensable de prendre le temps de comprendre les attaques contenues dans ce texte de loi.

Le décryptage de la loi dans ses grandes lignes est une étape utile pour mieux et plus efficacement la combattre. La comprendre, c'est se donner les moyens de l'expliquer autour de nous, de permettre aux agents de la Fonction publique, aux médecins, aux contractuelle-s, aux élu-e-s, aux citoyen-ne-s ayant droits à la santé de mesurer l'étendue des attaques en cours.

Face à cela, le rassemblement le plus large s'impose. Toutes les catégories, toutes les professions, toutes les structures sanitaires et médico-sociales sont concernées. Personne ni aucune structure n'est épargné par les attaques de cette loi...

Les actions permettant d'empêcher la poursuite de la mise en œuvre de la loi HPST et les anticipations de la loi Touraine sont à l'ordre du jour. Le gouvernement a décidé de passer en force avec la procédure d'urgence et les ordonnances ; la lutte et la rue seront la réponse des personnels et des usagers ayants-droits à la santé.

Il n'y rien à attendre du débat au Sénat où la droite majoritaire va renforcer les aspects de la loi « Bachelot ». C'est donc sur le terrain qu'il faut organiser la résistance à la mise en œuvre de la loi. ■