
Presentation avant-projet de loi hôpital, patients, santé et territoires HPST et actions

Fabien Cohen

Dossier de synthèse: Version 26/11/2009

Merci aux camarades et ami(e)s

Parti
communiste
français

Comité Régional IDF

Commission santé

Contexte général – Les comptes de la santé 2007

- Hôpital public : 34 % des dépenses (part en constante diminution depuis 2000)
- Cliniques privées : 10 % des dépenses (par augmentant plus vite que celle de l'hôpital depuis 2000)
- Augmentation des dépenses de médicaments : + 7,1 % en 2007 (après 5,4 % en 2006) □ 20,4 % des dépenses

Conclusion :

- *Augmentation des « parts de marché » des cliniques privées.*
- *Industrie pharmaceutique : énormes profits*

Les comptes de la Sécu et les perspectives

- En l'absence d'économies ou de recettes nouvelles, le déficit tendanciel du régime général atteindrait « – 15 milliards d'euros » l'an prochain
- En pleine crise économique et financière, le gouvernement se fixe l'objectif très ambitieux de réduire l'an prochain le déficit de l'assurance maladie de plus de la moitié. Dans cette hypothèse, la branche maladie afficherait encore un solde de – 3,4 milliards d'euros.
- confirme la contribution de 1 milliard d'euros à la charge des complémentaires santé en 2009. Cette somme représente 70 % des 1,4 milliard d'euros de recettes nouvelles annoncées par les pouvoirs publics pour 2009.
- « Une charge que ces organismes répercuteront à plus ou moins court terme sur leurs tarifs, et donc, quoi qu'en dise Mme Bachelot, sur les assurés »

LA VIEILLESSE ET LA MALADIE AGGRAVENT LE DÉFICIT DE LA « SÉCU » EN 2009

(Soldes par branche du régime général)

Résultats en milliards d'euros	2006	2007	Prévisions 2008	Prévisions 2009 avant mesures	Prévisions 2009 après mesures
Maladie	- 5,9	- 4,6	- 4,0	- 7,6	- 3,4
Accidents du travail	- 0,1	- 0,5	0,4	0,4	0
Vieillesse	- 1,9	- 4,6	- 5,7	- 8,0	- 5,0
Famille	- 0,9	0,2	0,4	0,3	- 0,2
Régime général	- 8,7	- 9,5	- 8,9	- 15	- 8,6

- D'autres solutions existent, les communistes ont des propositions concrètes pour de nouveaux financements

Compte de la sécu et situation des gens

- 8 % des Français renoncent à souscrire une complémentaire santé, principalement pour des raisons financières.
 - Selon une enquête de l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (Irdes), réalisée en 2006, 15 % des personnes vivant avec moins de 840 euros par mois n'ont pas de mutuelle et n'ont pas droit à la CMU complémentaire car elles dépassent le plafond fixé à 606 euros.
 - L'aide à la complémentaire, instituée en 2005, peine à trouver son public. Seules 330 000 personnes (sur les 2,5 millions concernées) en bénéficiaient fin 2007.
-

Contexte général – Exonérations de charges sociales

- 28,7 milliards d'allègements généraux, plus 41 milliards d'exemption d'assiette: total 70 milliards
- Exonérations atteignant 19,4 % des cotisations patronales en 2006.
- Augmentation de + 13,4 % par rapport à 2005

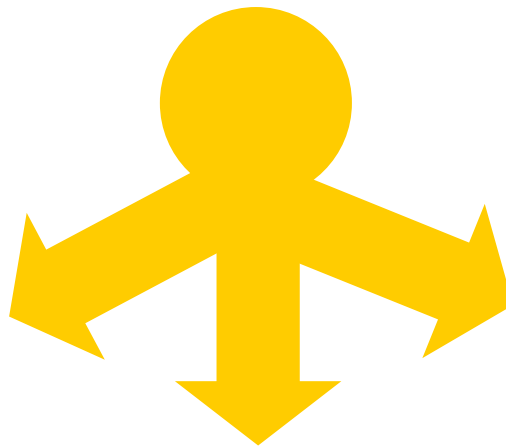
Contexte général – Démographie médicale

1. Deux chiffres sur les inégalités territoriales concernant les médecins généralistes libéraux :
 - 63/100 000 habitants en Seine Saint-Denis
 - 120/100 000 habitants dans l'Hérault
 2. **Dans le Val-de-Marne, la *Densité médicale est inférieure à la densité régionale, mais supérieure à la densité de la France métropolitaine.***
 - Ce constat est à nuancer selon que l'on parle des généralistes ou des spécialistes.
 - En effet, la densité de spécialistes est beaucoup plus élevée que la densité de généralistes. La faible densité médicale globale du Val-de-Marne, inférieure à celle de l'Île de France, est principalement le fait des généralistes.
 - A l'inverse, cette densité globale, supérieure à celle du territoire national, est tirée vers le haut par le nombre de spécialistes.
-

HPST: Loi majeure aux objectifs politiques clairs et libéraux

Economique

L'objectif, désormais obligatoire = ramener les dépenses de santé à l'équilibre budgétaire



Politique

alignement total sur une démarche marchande, concurrentielle, productive

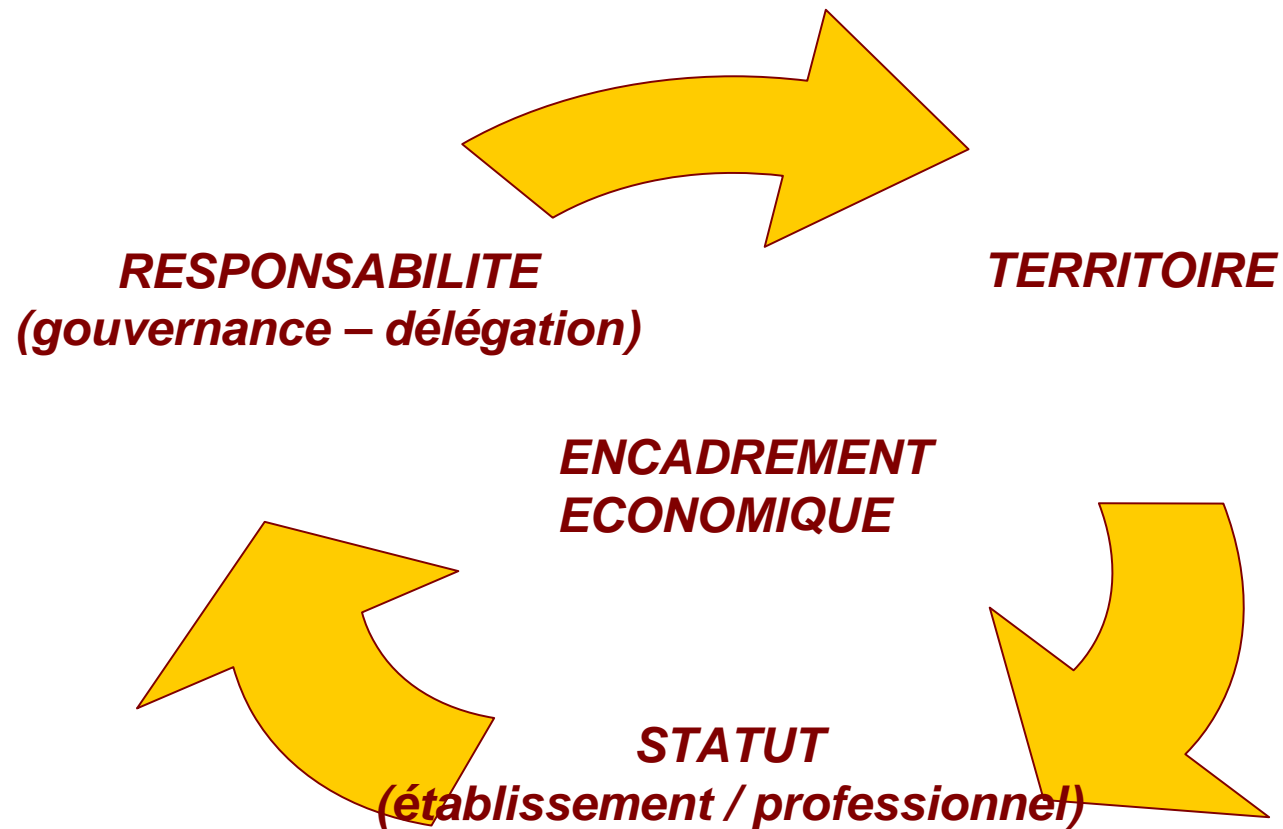
Territoriale

L'organisation hospitalière, dans le cadre de la régionalisation et des territoires de santé, entend peser qualitativement et quantitativement sur l'offre de soins



Objectifs politiques - structure

*Ce dispositif entre dans une loi cadre économique, politique, social.
Il s'articule autour de 4 points :*



Composition de la loi



Eléments intégrés dans le PLFSS 2009

- Certification des comptes des établissements de santé
 - Traitement des situations de déséquilibre financier, mise sous administration provisoire, contrôle des décisions et certification des établissements publics de santé
 - Conditions d'accès à la prévention médicalisée et à la contraception
 - ONIAM - indemnisation des victimes de l'hépatite C d'origine transfusionnelle
-

Place accrue des Complémentaires

exemples

- Le gouvernement s'est engagé à intégrer dans le projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) les termes du protocole d'accord qu'il a conclu le 28 juillet avec la Mutualité française : en contrepartie d'une taxe de 1 milliard d'euros sur leur chiffre d'affaires en 2009 pour renflouer l'assurance-maladie, ils seront parties prenantes des négociations conventionnelles avec les professionnels de santé et auront accès aux données de santé des assurés sociaux. L'enjeu est d'importance puisqu'ils veulent pouvoir gérer plus finement leurs coûts et adapter leurs contrats de manière plus « pertinente ».
- **Article 12: à partir de 2009 tout change le Fonds CMU sera financé uniquement par les complémentaires(pour rappel, à ce jour, L'Etat contribuait au financement à hauteur de 2,5 milliards. Les mutuelles et les assurances étaient taxées à hauteur de 1,75% puis 2.5% sur leur chiffre d'affaires).** La suite logique sera de demander le remboursement au premier Euro , la mise en concurrence de l'assurance maladie afin que les assurés aient le « libre » choix. Il faut bien être « libéral » dans une Europe de « concurrence libre et non faussée »! Ensuite, il va sans dire que les complémentaires, s'ils deviennent les financeurs uniques du Fonds CMU, vont demander une révision de sa gouvernance. Cela posé, il est très risqué de gérer une source de dépenses quand on ne maîtrise pas les recettes, puisque c'est la loi qui les fixe.
- **L'article 30. C'est lui qui va donner un vrai pouvoir de négociation conventionnelle à l'Union nationale des organismes du complémentaire (Unocam).**

Après le vote négatif du conseil de la CNAM, la Caisse nationale d'allocations familiales (CNAF) et la CNAV (Caisse nationale d'assurance vieillesse) ont également émis un vote négatif

A venir dans les suites de la loi :

- 2 ordonnances (Réforme des laboratoires d'analyse de biologie médicale et modifications nécessaires pour les ARS)
 - 60 décrets à venir (dont 10 en conseil d'État)
 - 20 arrêtés prévus
-

Titre I - MODERNISATION DES ETABLISSEMENTS DE SANTÉ

Chapitre 1er

Missions des établissements de santé

Article 1 - Missions des établissements de santé et service public hospitalier

Propositions loi HPST

- Organisation territoriale sous contrôle des ARS dans le cadre du SROS.
- Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) définissant la mission de l'établissement.
- Possibilité pour des établissements privés avec des médecins exerçant en libéral d'assurer l'un ou l'autre des missions de service public.
- Possibilité de mutualisation régionale de plusieurs SAMU.

Commentaires

- *Autorité pleine et entière de l'ARS sur la carte sanitaire.*
 - *La mission de service public peut être assurée par un établissement privé lucratif qui pourra négocier les moyens afférents.*
 - *Poursuite de la disparition de certains SAMU départementaux au profit d'un SAMU régional comme c'est déjà le cas en Franche-Comté.*
-

Article 2 : Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM)

Propositions loi HPST

- CPOM : vecteur privilégié de la mise en œuvre des SROS et de l'attribution des missions de service public aux établissements.
- Pénalités prévues en cas de non respect des engagements contractuels.

Commentaires

- *Il s'agit de la mesure essentielle d'encadrement (étranglement) financier des établissements. Si la fixation des objectifs est simple, l'attribution des moyens l'est moins!*
-

Article 3 - Qualité et sécurité des soins dans les établissements de santé

Propositions loi HPST

- Objectif : passer d'une logique de moyens à celle de résultats.
- Renforcement du rôle de la CME et diminution du nombre des instances qui se limitent à la CME, à la commission des soins infirmiers (CIRMT), à la commission de relation avec les usagers (CRU PCQ) et au CTE.

Commentaires :

L'objectif d'amélioration de la qualité est louable, mais plusieurs éléments doivent nous faire réfléchir :

- *Alors qu'est largement citée la gestion des risques, aucune mention du CHSCT!*
- *La logique de résultats qui se substitue à celle des moyens, c'est très risqué en médecine. En effet, les soignants ont une obligation de moyens mais pas de résultats : la médecine n'est pas une science exacte. En cas de défaut de résultat, il faut rechercher une cause pour définir les responsabilités et mettre en œuvre des mesures de correction; le défaut de moyen qui conduit à une perte de chance pour le patient est traité au pénal!*

Titre I - MODERNISATION DES ETABLISSEMENTS DE SANTÉ

Chapitre 2

Statut et gouvernance des établissements publics de santé

Article 4 : Statut des établissements publics de santé

Propositions loi HPST

- Statut unique des établissements publics de santé.
- Directeur, véritable « patron » de l'hôpital
- Organes décisionnels réduits : directeur, conseil de surveillance et directoire.
- Création d'une Fondation hospitalière chargé de faciliter le rapprochement entre le monde hospitalier, notamment les CHU, et le monde de l'industrie.

Commentaires

- *Il s'agit de la déclinaison législative du rapport Vallancien. Le statut et la gouvernance de l'hôpital (cf. articles suivants) sont calqués sur le modèle de l'entreprise capitaliste classique.*
 - *La Fondation hospitalière est une structure du même type. Calquée sur le modèle américain, elle sera chargée de récolter des « dons » qui permettront aux entreprises de défiscaliser une partie de leurs marges tout en contrôlant les axes de la recherche publique.*
-

Article 5 - Conseil de surveillance des établissements publics de santé

Propositions loi HPST

- Le conseil stratégique remplace le conseil d'administration. Il définit des orientations stratégiques et contrôle de l'activité de l'établissement.
- Composition très réduite : au plus 12 membres dont seulement 4 représentants pour le personnel médical (2 désignées par la CME) et non médical (2 désignées par le CTE)
- Son président est élu parmi les représentant des collectivités territoriales (4) ou les personnalités qualifiées nommées par le directeur de l'ARS (4).
- Le directeur de l'ARS assiste aux séances avec voie délibérative et il peut demander l'inscription de toute question à l'ordre du jour.
- Un directeur de caisse d'assurance maladie désigné par le directeur de l'ARS assiste aux séances avec voie délibérative.

Commentaires

- *Le directeur de l'ARS contrôle de très près cette instance qui a en fait peu de pouvoir puisque tout est en fait défini par le CPOM signé entre le directeur de l'établissement et le directeur de l'ARS.*
 - Il est significatif de passer d'un conseil qui administre, donc décide, à un conseil qui surveille ce que l'on veut bien lui montrer à voir
-

Article 6 - Directeur et directoire des établissements publics de santé

Propositions loi HPST

- Le directeur est président du directoire et assume à la fois les responsabilités de président et de directeur général.
- Il sera assisté par un vice-président qui sera de droit le président de la CME.
- Le conseil exécutif devient le directoire qui ne comportera plus que 5 membres (7 en CHU).
- Le président du directoire dispose d'un pouvoir de nomination de tous les personnels de l'établissement, y compris les médecins; il est également ordonnateur des dépenses et des recettes de l'établissement...

Commentaires

- *Il s'agit vraiment de l'application pleine et entière du rapport Vallancien dans toute sa brutalité. **L'hôpital doit être géré comme n'importe quelle entreprise avec le même mode de gouvernance et un véritable « patron » qui a tous les pouvoirs sans aucun contrôle dans l'établissement même. Le directeur de l'établissement n'est en fait responsable que devant le directeur de l'ARS.***
 - *Il renforce son pouvoir face aux médecins avec le strapontin de vice-président offert au président de la CME.*
-

Article 7 - Nomination et gestion des personnels de direction de la fonction publique hospitalière

Propositions loi HPST

- Ouverture du recrutement des directeurs à des cadres issus du privé ou à des médecins.
- Possibilité de recrutement par voie contractuelle avec dérogation législative pour autoriser un détachement des fonctionnaires sur contrat au sein de leur propre fonction publique.
- Le directeur de l'ARS fixe les objectifs que le directeur de l'établissement doit atteindre et sur lesquels il sera jugé.

Commentaires

- *C'est la fin du statut des directeurs.*
-

Article 8 - Organisation interne des établissements publics de santé

Propositions loi HPST

- Renforcement des pouvoirs de l'organe exécutif, en particulier ceux du président du directoire (c'est-à-dire le directeur).
- Renforcement du rôle du chef de pôle qui se verra fixer des objectifs de résultats en lien avec les moyens matériels et humains qui lui sont délégués.
- Le chef de pôle dispose d'une large délégation de gestion; il a autorité sur l'ensemble des personnels médicaux et non médicaux du pôle.

Commentaires

- *C'est « Hôpital 2007 » au carré avec l'accentuation de toutes les dérives déjà constatées : fuite en avant vers le productivisme, entraînant notamment une sélection des patients pour « rentabiliser » les pôles.*
 - *Le personnel non médical passe sous la coupe du responsable de pôle qui devient de fait leur employeur*
-

Article 9: Ressources médicales hospitalières

Propositions loi HPST

- Création d'un statut de contractuel pour les médecins.
- Modulation des rémunérations sur la base d'objectifs et d'engagements individuels du praticien, notamment d'activité.
- La rémunération du praticien comportera une part fixe et une part variable en fonction du degré de réalisation des objectifs (jusqu'à 70 % de la part fixe).
- Ces contrats seront ouverts aux praticiens titulaires dans le cadre d'un détachement limité dans le temps.
- Mesures concernant les PADHUE : possibilité de passer 3 fois (au lieu de 2) les épreuves de vérification des connaissances, suppression de l'épreuve de maîtrise de la langue française.

Commentaires

- *Comme pour les directeurs, c'est la fin du statut de PH.*
 - *Rémunération sur la base d'objectifs de production de soins, toujours dans la logique de l'hôpital entreprise.*
-

Article 10 - Simplification du régime relatif aux cessions immobilières, aux marchés, baux et contrats de partenariat

Propositions loi HPST

- Les procédures applicables aux baux emphytéotiques, aux contrats de partenariat et aux marchés publics conclus par les établissements publics de santé sont simplifiées.

Commentaires

- *Mécanisme facilitant l'entrée du privé dans l'hôpital public (ex. construction de l'hôpital par un groupe de BTP, puis bail emphytéotique pour les bâtiments).*
-

Article 11- Communautés hospitalières de territoire

Propositions loi HPST

- La communauté hospitalière de territoire (CHT) permet à plusieurs établissements de se fédérer ou à un établissement de créer des « filiales ».
- La CHT s'appuie sur un « établissement siège » qui définit le projet commun et détermine la politique d'investissement.
- Pour certains aspects de la gestion, le CPOM de « l'établissement siège » s'impose à tous les membres de la CHT.
- Deux types de CHT :
 1. L'un des établissements assure le rôle de siège.
 2. Les établissements préexistants confient à la CHT l'ensemble de leurs compétences et deviennent des sites de la communauté hospitalière de territoire intégrée.

Commentaires

- *Il ne s'agit plus de travailler en réseau mais d'une intégration verticale au sein d'une structure de tête qui récupère tous les pouvoirs.*
 - *Il s'agit de l'outil idéal pour accélérer les restructurations et les fermetures de sites: C'est la volonté d'arriver à une seule structure par territoire de santé. Il y a actuellement environ 250 territoires de santé, rappelons qu'il y a aujourd'hui 2500 établissements publics de santé.*
 - *L'AP-HP a déjà pris les devants*
-

Article 12 - Simplification du droit des groupements de coopération sanitaire

Propositions loi HPST

- Toilettage de la loi pour simplifier les coopérations entre le public et le privé lucratif.

Commentaires

- *Ce toilettage ne se fera sûrement pas au bénéfice du secteur public mais plutôt du privé lucratif qui pourra récupérer les activités les plus juteuses au sein des GCS.*
-

Titre I - MODERNISATION DES ETABLISSEMENTS DE SANTÉ

Chapitre 4

Modernisation de la recherche clinique

Article 13 - Définition de la recherche sur la personne en trois sous-catégories

Propositions loi HPST

- Simplification de la législation actuelle.

Commentaires

- Unicité recherche publique/privée voulue par le législateur : ouvre la porte au privé pour la recherche et la formation médicale avec les fonds publics. C'est l'accomplissement d'un vieux rêve du secteur marchand. Rappelons que dans les missions régaliennes de la FPH, la recherche fondamentale, la recherche fondamentale et appliquée se réalisent avec le CNRS et les INSERM auquel s'ajoute la formation médicale ce dans un cadre partenariat ministériel qui du reste se restreint toujours plus.
-

Article 13 - Définition de la recherche sur la personne en trois sous-catégories

- Ce sont des missions publiques majeures pour les CHU en particulier. Avec le projet de loi en question, le secteur marchand devrait par conventions et contrats y accéder. Les conséquences seront là – aussi lourdes – en terme économique et de développement mais aussi avec la formation médicale pour les étudiants en médecine et internes qui constitueront un gisement de personnels à bon prix pour le secteur privé.
 - Pour la recherche, ces liens, avec l'industrie pharmaceutique, seront renforcés avec les développements partenariaux obligatoires – La nouvelle fondation de recherche s'appuie sur les fonds privés et bénévoles et entérine le retrait progressif des soutiens publics. Enfin, les critères et contenus de recherche imposés permettront ainsi au capital investi par le secteur commercial des retours d'investissement plus rapides. Il sera mis fin au système de répartition des laboratoires de l'INSERM et CNRS).
-

Titre II - ACCES DE TOUS A DES SOINS DE QUALITE

Article 14 - Définition de l'organisation de l'offre de soins en niveaux de recours, en fonction des besoins de santé de la population.

Propositions loi HPST

- L'agence régionale de santé (ARS) est chargée de définir :
 - un niveau de soins de premier recours avec comme acteur pivot le médecin traitant généraliste;
 - un niveau de soins de second recours d'expert en coordination avec le médecin traitant et sans hospitalisation.
- Ces soins comprennent :
 - 1° La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies et des affections courantes ;
 - 2° La dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux ;
 - 3° En tant que de besoin, l'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ;
 - 4° L'éducation pour la santé

Commentaires

- *Si la logique paraît intéressante, on se rend compte plus loin que les ARS ne sont que des structures d'autorité, imposant une vision strictement financière de l'administration sanitaire.*

Article 15 - Formation médicale initiale : régulation territoriale de la démographie médicale par le numérus clausus de première année, la répartition des postes d'internes par spécialité, la mise en place d'un post internat et mise à jour des contenus des formations médicales

Propositions loi HPST

- Propositions déterminées pour 5 ans par l'ONDPS (observatoire national de la démographie des professions de santé) sur la base des propositions des comités régionaux.

Commentaires

- *Du fait de l'enterrement de toute proposition efficace lors des EGOS (Etats généraux de l'organisation sanitaire), on voit mal quelles seront les mesures prises par les ARS pour obtenir une régulation de l'installation des médecins.*
-

Article 16 - Organisation et gestion de la permanence des soins ambulatoire

Propositions loi HPST

- L'ARS doit organiser la permanence des soins avec les médecins libéraux et les établissements de santé. Possibilités de réquisition fixées par décret.
- Numéro unique de régulation téléphonique de permanence des soins et d'aide médicale urgente.

Commentaires

- *La centralisation des appels sur les centres 15 souffre de l'absence de moyens, notamment en PARM. Les maisons de santé ne résolvent pas le problème de la visite à domicile la nuit (il n'existe pas de SOS-médecins dans tous les territoires!).*
-

Article 17: Principe général de coopération entre professionnels de santé

Propositions loi HPST

- Transfert d'actes.
- Encadrement par des protocoles de la HAS.

Commentaires

- *Transfert de compétence avec reconnaissance des qualifications ou glissement de tâches ?*
 - *Les expérimentations récentes ne peuvent que nous rendre réticents.*
 - *Sans évolution du dossier LMD, nous pouvons craindre le pire.*
-

Article 18 - Limitation des refus de soins par les médecins et dentistes

Propositions loi HPST

- Encadrer et réprimer le refus de soins (notamment pour la CMUc), ou la mise en œuvre de mesure visant à le restreindre (dépassements d'honoraires sans tact et mesure, défaut d'information préalable écrite)
- Présomption de preuve en faveur des assurés (le professionnel de santé devra prouver que le refus de soins s'appuie sur des données objectives étrangère à toute discrimination.
- Mise en place de pénalités financières (retrait du droit à dépassement, retrait de la prise en charge des cotisations sociales pour une durée limitée), publication de la sanction, recensement par les caisses des 5% de professionnels recevant la plus faible part des bénéficiaires de la CMUc
- Création d'un observatoire régional de l'accès aux soins dans chaque ARS

Commentaires

- *Il ne peut qu'être positif d'introduire le refus de soins dans la loi.*
- *Mais les assurés n'oseront pas (n'auront pas l'information ?) demander des sanctions.*
- *C'est la généralisation des dépassements d'honoraires qui pose le plus de problème, car les plus démunis soit cherchent des praticiens sans dépassements quitte à s'éloigner ou à attendre, soit renoncent à une 2e visite (renoncement aux soins ou nomadisme par consultation d'un autre praticien).*

Article 19 - Formation continue des professions médicales, pharmaciens, auxiliaires de santé et préparateurs en pharmacie

Propositions loi HPST

- Recentrer l'obligation de FMC sur l'évaluation des pratiques
- Mise en place d'un conseil national unique par profession associant les représentants des professionnels concernés (conseil de l'ordre et syndicats), l'HAS, l'URCAM, des organismes de formation, des personnalités qualifiées, des représentants des usagers et du ministère de la santé.

Commentaires des propositions que l'on pourrait retrouver dans le PLFSS 2009

- *Ces dispositions ne tiennent pas compte des besoins différents de formation selon les modes d'exercices professionnels et font la part belle au secteur libéral. Les professionnels salariés risquent d'en faire les frais.*
 - *Alors que les représentants des usagers sont prévus dans toutes les instances nationales (avec quelle représentativité ?), les représentants des collectivités locales sont étrangement absents (aussi bien les établissements de santé que les collectivités territoriales).*
 - *Ce sont les conseils de l'ordre (des médecins, des sages-femmes, des pharmaciens, des dentistes) qui sont chargés de piloter les instances nationales (Conseil national de la formation continue) ; pour les autres professions, ce n'est pas précisé.*
 - *Le financement n'est pas exposé.*
-

TITRE III - PREVENTION ET SANTE PUBLIQUE

Article 21 - Interdiction de vente d'alcool aux mineurs

Article 22 - Interdiction de la vente d'alcool au forfait, dans les stations-services...

Article 23 – Interdiction des cigarettes bonbons

Propositions loi HPST

- Interdire la vente de cigarettes modifiées (goût sucré vanille, chocolat...).
- Interdire la vente d'alcool aux mineurs, interdiction des open bars, interdiction de la vente d'alcool dans les lieux de vente de carburants, interdiction de vente d'alcool au forfait les ventes à emporter étant considérées comme des ventes sur place (avec application des contraintes s'y référant).

Commentaires

- *OK ; quid de la prévention ?*
-

Article 24 - Education en santé – Education thérapeutique du patient

Propositions loi HPST

- Création d'une compétence d'éducateur de santé chargé de l'éducation thérapeutique du patient et de l'éducation pour la santé avec un programme national de formation.
- Mise en place d'un maillage territorial de l'offre en éducation thérapeutique du patient en ville et à l'hôpital sous le contrôle de l'ARS (agence régionale de santé).

Commentaires

- *Bonne idée concernant l'éducation thérapeutique. Mais la création de cette nouvelle compétence peut fragiliser encore plus certains métiers comme les psychologues.*
 - *Mais il est dommage d'y associer sans plus de précision l'éducation pour la santé qui a également besoin de se professionnaliser avec une formation qualifiante, et une évaluation des programmes (notamment pour les interventions en milieu scolaire)*
 - *Cela n'est toujours pas pris en compte dans la T2A ... pour l'éducation à la santé dans les établissements de santé.*
-

Articles du titre III à basculer dans le PLFSS

Propositions que l'on pourrait retrouver dans le PLFSS 2009

- Dans les CPEF et les centres de santé, les sages-femmes pourront :
 - prescrire la contraception et le suivi biologique;
 - faire du suivi gynécologique de prévention avec obligation de proposer un frottis cervicovaginal de dépistage du cancer du col utérin à la femme enceinte;
 - faire des IVG médicamenteuses.
 - Dans les CPEF, en PMI et en santé scolaire, les infirmiers pourront renouveler la contraception pour une durée de 6 mois (prescriptions de moins de 1 an)

Commentaires

- *Les objectifs vont plutôt dans le bon sens, bien qu'il ne soit pas certain que ces mesures soient accueillies favorablement par les professionnels concernés et les collectivités locales ; en effet il n'y a pas eu de réelle concertation, ni avec les médecins, ni avec les sages-femmes ou les infirmières, ni avec les collectivités locales sur la faisabilité, les moyens...de mise en œuvre.*
-

Titre IV - Organisation territoriale du système de santé

Chapitre 1er

Création des agences régionales de santé

Article 25 - Création des agences régionales de santé – Missions et compétences des ARS

Propositions loi HPST

- Une Agence par région.
- Compétences :
 - Politique de santé publique
 - Soins ambulatoires et hospitaliers.
 - Prise en charge dans les services médicosociaux
 - Professions de santé.

Commentaires

- *L'Etat s'assure le pouvoir pour gérer le système au détriment de la SS et de la démocratie.*
 - *Les relations conventionnelles entre la SS et les professionnels de santé sont menacées.*
-

Article 25 - Création des agences régionales de santé – Organisation et fonctionnement des ARS

Propositions loi HPST

- L'ARS est une personne morale de droit public, dotée d'une autonomie administrative et financière.
- Conseil de surveillance présidé par le Préfet de région où les syndicats ne peuvent être présents que par l'intermédiaire des organismes d'assurance maladie.
- La conférence régionale de santé est un organisme consultatif.

Commentaires

- *Confirmation de l'absence de démocratie (la conférence de santé qui se réunit une fois tous les deux ans est un alibi).*
 - *La personnalité morale de droit public est affirmée mais avec une concentration impressionnante de pouvoir dans les mains du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé.*
 - *Nous sommes dans une déconcentration du pouvoir central et non dans une décentralisation*
-

Article 25 - Création des agences régionales de santé – Ressources et personnels des ARS

Propositions loi HPST

- L'assurance maladie doit contribuer au financement.
- Personnel:
- Fonctionnaires.
- Agents contractuels de droit public.
- Agents de droit privé (conventions collectives des organismes de SS)

Commentaires

- *La SS finance l'administration d'Etat!*
 - *Quelle coexistence de personnels à statuts différents?*
-

Article 25 - Création des agences régionales de santé

– Pilotage national des ARS et politique régionale de santé

Propositions loi HPST

- Création d'un conseil stratégique de la santé auprès du Ministère de la santé fixant les CPOM des ARS.
- Elaboration d'un projet régional de santé avec:
- Un schéma régional de prévention
- Un schéma régional d'organisation des soins.
- Un schéma région d'organisation médicosocial

Commentaires

- ***En fait, il s'agit d'une régionalisation complète du système de santé sous le contrôle uniquement financier étroit de l'Etat.***
-

Article 25 - Création des agences régionales de santé – Gestion du risque assurantiel en santé

Propositions loi HPST

- Etablissement par l'ARS et les organismes d'assurance maladie d'un programme pluriannuel régional de gestion du risque assurantiel en santé.

Commentaires

- *C'est la mise en place d'un redoutable mécanisme de contrôle (et donc de réduction) des dépenses.*
 - *L'assurance maladie est mise sous la tutelle des ARS avec la disparition des URCAM et l'atrophie voire la suppression des CRAM.*
-

Article 25 - Création des agences régionales de santé – Contractualisation avec les offreurs de santé

Propositions loi HPST

- CPOM entre les ARS et les hôpitaux, les GCS, les réseaux de santé, les centres de santé, les maisons de santé ainsi que les établissements médicosociaux.
- Possibilité d'expérimentation de nouveaux modes de rémunération des professionnels complétant ou se substituant à la rémunération à l'acte.

Commentaires

- *Les CPOM dans le cadre actuel sont des outils de contrainte.*
 - *On expérimente à la marge alors que le problème de la rémunération à l'acte est un problème national global auquel il faut s'attaquer.*
-

Titre IV - Organisation territoriale du système de santé

Chapitre II

Représentativité des professions de santé libérales

Article 25 - Création des agences régionales de santé – Organisation et fonctionnement des ARS

Propositions loi HPST

- L'ARS est une personne morale de droit public, dotée d'une autonomie administrative et financière.
- Conseil de surveillance présidé par le Préfet de région où les syndicats ne peuvent être présents que par l'intermédiaire des organismes d'assurance maladie.
- La conférence régionale de santé est un organisme consultatif.

Commentaires

- *Confirmation de l'absence de démocratie (la conférence de santé qui se réunit une fois tous les deux ans est un alibi).*
 - *Le directeur de l'ARS a en fait tous les pouvoirs.*
-

Article 26 - Représentativité des professions de santé libérales

Propositions loi HPST

- Les enquêtes de représentativité menées par la CNAMTS qui étaient souvent contestées seront remplacées par des élections dans chaque corps professionnel. Ce seront les plus représentatifs qui négocieront les différentes conventions professionnelles.

Commentaires

- *C'est surtout le niveau du conventionnement qui sera à surveiller (national ou régional) car jusqu'à présent les conventions étaient nationales.*
 - *Les élections éviteront les contestations, mais gare au nombre d'associations professionnelles!*
-

Titre IV - Organisation territoriale du système de santé

Chapitre III

**Dispositions relatives aux
établissements et services
médicosociaux**

Article 28-29-30 - Fin des ARH et CRAM, substitution par les ARS

Propositions loi HPST

- Fin des ARH, des CRAM, des DDASS et des DRASS
- Mise en place au 1er janvier 2010
- Utilisation des ordonnances pour la mise en place de la loi.

Commentaires

- *Utilisation des ordonnances pour éviter tout débat.*
-

Ce qui a sauté entre les 2 versions

- Réforme du dépistage en milieu scolaire
 - Santé des femmes et mesures de prévention
 - Conditions d'accès à la prévention médicalisée et à la contraception Prévention des cancers liés à l'environnement : radon et amiante
 - Création d'un établissement public autonome socio-médico-judiciaire de sûreté
 - Définition des missions et des modalités de création des centres de santé, du fonctionnement des maisons de santé.
 - Encadrement juridique de l'activité de télémédecine
 - Modalités d'exonération de la soumission au code des marchés publics pour les établissements publics de santé
 - Mise en cohérence des procédures budgétaires et financières au vu de la nouvelle gouvernance des établissements publics de santé
-

Loi HPST et Centre de santé

- Si les dispositions spécifiques aux centres de santé sont rares dans cet avant-projet, les dispositions qui les intéressent y sont nettement plus nombreuses.
- la rédaction proposée introduit l'idée que tous les établissements de santé (sans autre précision) comme étant susceptibles de créer et de gérer un centre de santé. **Cela permettrait de faciliter évidemment la présence de gestionnaires privés à but lucratif.**
- Il faut noter que la formulation proposée (**qui supprime l'agrément**) introduit un risque concernant la période intermédiaire entre la situation actuelle, où les centres sont soumis à un agrément, et la situation future, où ils seront soumis à une autorisation de l'ARS : celui de ne pas pouvoir ouvrir de centres de santé faute de la promulgation du décret déterminant les conditions techniques de fonctionnement.
- Le projet de loi, **supprime l'article L. 6323-2 du code de la santé publique qui concerne l'instance nationale de concertation** qui était par ailleurs le seul lieu de concertation réunissant les gestionnaires de centres de santé, les syndicats de professionnels, l'Etat et l'Assurance maladie. Le fonctionnement d'une telle instance aurait été le lieu idéal de discussion des transpositions des conventions avec les libéraux.
- **Aucune mention des centres de santé en ce qui concerne la formation initiale des médecins et notamment le 3^o cycle, ni dans le champ de ces coopérations entre professionnels de santé.**
- Si l'ARS est compétente pour autoriser la création des centres de santé, il faudrait **ajouter aux compétences de l'ARS celle de la réduction des inégalités de santé, ce qui n'est pour l'instant pas le cas.**

CONTRE LA REFORME DE L'IRCANTEC

- La CGT, la FSU, les syndicats des professionnels des centres de santé, l'Amuf s'inscrivent totalement dans l'action lancée par la Confédération des praticiens des hôpitaux (CPH) et l'Intersyndicat national des praticiens hospitaliers (INPH) contre la réforme de l'Institution de retraite complémentaire des agents non titulaires de l'Etat et des collectivités publiques (Ircantec) dont les textes réglementaires viennent de paraître.
 - Une pétition a été lancée notamment par la CGT
 - Christophe Prudhomme, par ailleurs administrateur de l'Ircantec, a dénoncé une baisse de la retraite de 30% pour les praticiens, poussant ces derniers à se tourner vers un système de retraite par capitalisation.
-

Le financement de la dépendance un enjeu essentiel

- dans un rapport d'étape rendu public mardi 8 juillet, la mission d'information présidée par le sénateur (UMP) Philippe Marini explore plusieurs pistes afin de répondre au défi de la dépendance des personnes âgées. « *Le gouvernement devrait déposer un projet de loi sur ce thème au début de l'année 2009,...., Il faudra compléter le socle de solidarité par une prise en compte du patrimoine des personnes âgées et un développement de l'assurance* », résume le rapporteur de la mission, le sénateur (UMP) Alain Vasselle.
- Aujourd'hui, la France consacre 19 milliards d'euros, soit 1 point de PIB, à la prise en charge de la dépendance des personnes âgées Cette enveloppe comprend à la fois les dépenses de soins prises en charge par l'assurance-maladie, le budget de l'allocation personnalisée d'autonomie et de l'aide sociale à l'hébergement (ASH), qui relève principalement des départements, la participation au financement des établissements assurée par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et les réductions fiscales accordées par l'Etat au titre de la dépendance.
- Au cours des dernières années, cette enveloppe n'a cessé d'augmenter : l'objectif national des dépenses de l'assurance-maladie (Ondam) personnes âgées croît plus vite que le reste des dépenses et le budget de l'APA a été multiplié par 2,5 depuis la création de l'allocation, en 2001. Malgré cet effort, les familles sont lourdement mises à contribution lorsqu'un de leurs proches entre en institution : selon la mission d'information du Sénat, le *"reste à charge"* assumé par la famille est en moyenne supérieur à 1 600 euros par mois. Près de 80 % des personnes qui résident en établissement font donc appel à leurs proches pour financer leur séjour.

COMMENTAIRES

- La prise en charge de la dépendance est livrée aux appétits du secteur privé marchand sous l'égide de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) par l'organisation d'un « partenariat public-privé » avec les organismes de prévoyance individuelle et collective : mutuelles, assurances...La prise en charge de la perte d'autonomie ne doit pas être extraite de la Sécurité sociale.
- Nous remettons en cause l'existence de la CNSA. En effet, celle-ci constitue l'amorce d'une protection distincte pour les personnes âgées et les personnes handicapées contraire aux principes de l'assurance-maladie qui a vocation à couvrir tous les besoins de toutes les catégories de population. Cela s'oppose à la création d'une 5^{ème} branche. Le maintien à domicile doit être pris en charge par la solidarité. Nous sommes opposés à toute proposition d'une hausse des prélèvements obligatoires pour assurer le financement de la dépendance.

En Ile de France, plusieurs opérations de fusions, de reconversions d'établissements de santé en Ile de France sans attendre la Loi Bachelot.

- l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH) d'Ile-de-France recommandent plusieurs opérations de fusions, de reconversions d'établissements de santé et de créations de Groupements de coopération sanitaire (GCS) dans les huit premiers projets médicaux de territoire (PMT) élaborés en Ile-de-France
 - Les HUIT premiers PMT, au plan géographique, concernent les territoires de Paris Ouest et Sud, du sud de la Seine-et-Marne, de Versailles-Rambouillet (Yvelines), du sud de l'Essonne, du nord des Hauts-de-Seine, d'Aulnay-Montfermeil (Seine-Saint-Denis et une petite partie de la Seine-et-Marne), de Créteil (Val-de-Marne) et d'Argenteuil-Eaubonne-Montmorency (Val d'Oise).
 - Ils préconisent ainsi la fusion des hôpitaux de Dourdan et d'Etampes (Essonne), du CHI Le Raincy-Montfermeil avec le centre de convalescence Les Ormes à Montfermeil, des deux hôpitaux présents à Saint-Maurice (CHS Esquirol et Hôpital national, Val-de-Marne) et des hôpitaux locaux de Jouars-Pontchartrain, d'Houdan et de Montfort l'Amaury (Yvelines).
 - Les PMT préconisent par ailleurs la reconversion de quatre établissements qui sont l'hôpital Léopold Bellan à Paris, les hôpitaux privés participant au service public hospitalier (PSPH) Saint-Michel et Notre Dame du Bon Secours à Paris dans le cadre de leur fusion avec le groupe hospitalier Saint-Joseph, et l'hôpital de Nemours (Seine-et-Marne).
 - Parmi les huit GCS suggérés:
 - deux concernent des hôpitaux de Seine-et-Marne: de Fontainebleau-Nemours et de Melun-Montereau-Provins.
 - Deux autres sont prévus dans les Hauts-de-Seine, d'une part entre le CHI de Neuilly-Courbevoie et l'hôpital PSPH de Levallois-Perret, d'autre part entre l'hôpital Max Fourestier à Nanterre et l'hôpital Louis Mourier à Colombes (AP-HP).
 - Dans les Yvelines, le projet recommande un GCS entre les hôpitaux de Versailles, Rambouillet et Plaisir.
 - Dans le Val-de-Marne, un GCS réunirait l'hôpital Henri Mondor (AP-HP) et le CHI de Créteil.
 - Dans le Val d'Oise, un GCS est envisagé entre l'hôpital d'Argenteuil et le CHI d'Eaubonne-Montmorency.
 - Ces GCS pourront ensuite devenir des Communautés hospitalières de territoire (CHT)
-
- 14 projets médicaux de territoire restant seront également élaborés en 2009

Communiqué des syndicats de l'AP-HP CFTC, CFE-CGC, FO, SUD Santé, UNSA, USAP-CGT

- L'intersyndicale a été reçu dans son bureau par le Président du CA, Monsieur LEGUEN(PS), pour qui « ...*Cette logique des 13 groupes hospitaliers n'est pas une logique de Communauté Hospitalière de Territoire (CHT), de fermeture de services et de diminution de l'offre de soins. Je n'y vois pas pour ma part de danger* ». Nous sommes loin de la Prédence d'Alain LHOSTIS(PC).
- Cependant les élus syndicaux CGT, FO, SUD Santé, siégeant au CA ont fait, avant de quitter la séance, une déclaration réaffirmant au nom de l'intersyndicale et des milliers personnels leur exigence de voir abandonner définitivement le projet de la Direction générale de démantèlement des 38 hôpitaux et de toutes leurs structures, du Siège, des services généraux,... Ils exigent le maintien des 38 hôpitaux avec toutes leurs structures, du Siège, de l'ensemble des services généraux, des centres de formation,... l'embauche de personnels de toutes catégories, l'intégration de tous les contractuels dans le Statut. C'est une question vitale pour tous.
- Les syndicats de l'AP-HP : CFTC, CFE-CGC, FO, SUD Santé, UNSA, USAP-CGT proposent à leurs syndicats et sections d'établissements
 - d'interpeller les élus et présidents des Commissions de Surveillance pour qu'ils se prononcent pour le retrait du plan de démantèlement et d'éclatement de l'AP-HP.
 - d'en appeler à la population, les familles, les patients pour qu'ils s'adressent, en signant notamment nos pétitions, à B.Delanoé, aux élus d'arrondissements de Paris et maires des communes hors Paris pour qu'ils exigent avec nous le retrait de ce plan.
 - d'organiser des délégations dans l'unité syndicale auprès des directions d'établissement, comme cela a commencé à être fait à Bicêtre, Joffre Dupuytren, San Salvador, Trousseau, G.Clémenceau,... pour exiger des garanties quant au maintien de toutes les activités médicales, services, consultations, logistiques,... au maintien de l'emploi sur place des personnels quelle que soit leurs catégories professionnelles.
 - de constituer le dossier, sur la base des délégations organisées et des faits rassemblés au niveau local, qu'ils remettront à la Direction Générale et au Président du Conseil d'Administration de l'AP-HP pour appuyer leur exigence de retrait du plan de démantèlement des hôpitaux de l'AP-HP.
 - de prendre contact avec les syndicats de médecins
- **Les Communistes d'Ile de France ne peuvent que s'associer à cette démarche, et exiger avec eux la prise en compte de ces revendications que nous soutenons.**

Des luttes et des collectifs

- Trois collectifs associés dans la lutte:
 - Coordination des Hôpitaux et maternités de proximités
 - Convergence pour la défense et le développement des services publics
 - Collectif contre les franchises, pour l'accès à la santé de tous et pour une sécurité sociale solidaire
 - Parce que nous refusons l'entrée des assurances privées dans la sécurité Sociale et que l'argent existe. Parce que nous refusons les coupes budgétaires dans la santé : **Une seule revendication « Retrait de la Loi BACHELOT »**
 - Un rendez-vous le 24 janvier autour de l'Hôpital
 - Dans le Val-de-Marne les trois sont réunis en un seul collectif qui prend la suite du collectif pour la défense de la CPAM, avec pour objectifs:
 - mobiliser en vue de l'initiative à Paris pour la fin novembre
 - Diffuser un tract et une pétition (en cours) pour une diffusion en novembre dans toutes nos villes dans l'action solidaire, et plus particulièrement devant les hôpitaux
-