

**LE POINT
DE VUE****de Mireille Schurch**
Sénatrice de l'Allier
1 juin 2009**LOI
HOPITAL PATIENTS
SANTÉ ET TERRITOIRES**

Compte-rendu synthétique de l'étude du texte au Sénat

L'Hôpital**Privatisation du service
public de santé :**

L'article 1^{er} supprime la notion de Service Public Hospitalier, au bénéfice de la notion «d'établissements de santé», qui regroupe indistinctement établissements publics, privés non commerciaux et privés lucratifs.

Dans cette optique, treize missions de service public ont été créées afin de permettre aux cliniques commerciales de choisir, celles qui permettront les plus fortes rémunérations, c'est-à-dire les plus grands profits pour leurs actionnaires.

A titre d'exemple, l'article 10 autorise l'ensemble des «établissements de santé», à participer à la recherche publique, notre amendement 450 qui avait pour objet de la limiter aux seuls établissements non commerciaux ayant été rejeté.

Mise en concurrence public / privé :

Cette mise en concurrence est déloyale, le secteur public hospitalier étant obligé de prendre en charge toute l'année, 7 jours sur 7, 24 heures sur 24, tous les patients qui se présentent, alors que le secteur à but lucratif peut choisir ceux d'entre eux qui sont les plus rémunérateurs.

L'application d'une logique du secteur privé commercial à l'hôpital public entraîne des conséquences catastrophiques :

- on sait qu'aujourd'hui, en raison de la tarification à l'activité et de la sous-tarification des actes, 70% des hôpitaux sont en situation de déficit.
- la majorité des actes de chirurgies «rentables» (63%) sont menés par le privé commercial. Cette situation de fait, conséquence du désengagement de l'Etat, s'est déjà traduite par une explo-

sion des dépassements d'honoraires, faisant peser sur les malades un important reste à charge.

Nous pouvons nous satisfaire, dans une faible mesure, qu'un amendement similaire à celui que nous avons déposé ait été adopté : il vise à interdire aux praticiens hospitaliers, dans un délai de deux ans suivant leur démission, d'ouvrir un cabinet privé ou d'exercer une activité rémunérée dans un établissement de santé privé à but lucratif, un laboratoire privé d'analyses de biologie médicale ou une officine de pharmacie pour qu'ils ne puissent pas rentrer en concurrence directe avec l'établissement public dont ils sont démissionnaires.

Limitation des dépenses publiques :

L'article 13 du projet de loi autorise le directeur de l'agence régionale de santé à imposer aux hôpitaux des mouvements de fusion, sur la base d'un projet régional de santé dont le seul objectif est la réduction des dépenses publiques. Il s'agit d'appliquer à l'hôpital la révision générale des politiques publiques (RGPP) : cette même politique qui a conduit autoritairement à fermer plus d'un tiers des tribunaux des affaires de la sécurité sociale, à réviser la carte judiciaire, la carte militaire et à fermer des postes de gendarmerie et de police, sans jamais en mesurer l'impact et les conséquences sur les territoires concernés.

La recherche de l'équilibre des dépenses publiques va donc pouvoir s'appliquer aux hôpitaux, dont la grande majorité est en situation déficitaire. Le retour à l'équilibre ne pourra s'effectuer qu'en diminuant la masse salariale. La presse s'est ainsi récemment fait l'écho de la non-reconduction, dans l'avenir, du contrat de travail de plus de 20 000 salariés (principalement en secteur paramédical).

Gouvernance de l'hôpital :

Le conseil d'administration de l'hôpital est supprimé et remplacé par un «conseil de

surveillance» aux compétences réduites. Les membres qui y siègent ne sont plus élus mais désignés par le directeur.

Le gouvernement a néanmoins concédé une plus grande implication de la CME à la gestion des établissements. De même, notre amendement visant à préciser que le président du conseil de surveillance de l'établissement de santé devait être un représentant des collectivités territoriales, a été adopté.

Dans l'article 7 du projet de loi, le poste de directeur d'établissement public de santé est ouvert à des non-fonctionnaires, ce qui contrevient au « principe général du droit d'égalité d'accès des citoyens aux emplois publics ». Il n'est pas fait mention de la possession de quelque diplôme et les compétences requises justifiant ce mode de recrutement ne sont pas déterminées.

Les Patients

Refus de soins aux personnes démunies :

A l'occasion de la discussion de l'article 18, certains sénateurs de la majorité présidentielle ont présenté un amendement visant à alléger les sanctions à l'égard des professionnels de santé ayant pratiqué une discrimination dans l'accès aux soins. Notre proposition, allant au contraire dans le sens d'un plus grand respect des malades bénéficiant de la CMU, a été repoussée.

Limitation du dépassement des honoraires médicaux :

Ce projet de loi se caractérise par le refus de prendre les mesures nécessaires pour garantir l'application du onzième alinéa du Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946, qui garantit à tous la protection de la santé. Ainsi le projet supprime l'article L. 6161-4-1 du code de la santé

publique qui encadrerait et limitait les dépassements d'honoraires.

L'amendement 463 que nous avons présenté, tendant à préciser que l'accès aux tarifs opposables, c'est-à-dire non soumis à dépassements d'honoraires, devait constituer un critère fondamental dans l'appréciation de l'accessibilité aux soins de premiers recours n'a pas été retenu. Rappelons que 39% de nos concitoyens annoncent aujourd'hui avoir déjà renoncé aux soins pour des motifs financiers.

Couverture de l'ensemble du territoire :

Nous avons fait, durant les débats sur l'article 15 du projet de loi, la démonstration que les mesures incitatives développées depuis plusieurs années n'étaient pas efficaces.

C'est pourquoi nous avons proposé de soumettre l'installation des médecins à l'autorisation des agences régionales de santé, dans le cas des zones sur-densifiées et pour certaines spécialités médicales. Nous avons également proposé d'interdire temporairement, dans les zones où l'offre de soins est déjà plus que satisfaite, le conventionnement des médecins de premiers recours. Ces deux amendements ont été rejetés.

Les agences Régionales de Santé

L'article 26 de ce projet de loi, crée les agences régionales de santé, qui réunissent à la fois les missions d'organisation de l'offre de soins, mais également de la gestion du risque.

Nous avons dénoncé l'absence de gestion démocratique de l'agence, le directeur général étant désigné par la Ministre, la direction

et les personnalités qualifiées du conseil de surveillance de l'agence étant toutes désignées par les représentants du de l'Etat.

Opposés à cette conception verticale des pouvoirs, nous avons déposé de nombreux amendements visant à en modifier la composition, comme celui de faire présider le conseil de surveillance de l'agence régionale de santé par un représentant des collectivités territoriales. Cet amendement a été rejeté.

Cela témoigne de la volonté d'étatiser et de concentrer dans les mains du gouvernement, tout le système de santé, notamment afin de peser sur les dépenses de santé.

Pourtant, nous aurions pu être favorables à la création d'agences régionales de santé, dès lors qu'elles auraient eu pour objectif de décloisonner l'offre de soins hospitaliers et de soins de ville.

Le secteur médico-social

Les agences régionales de santé sont également destinées, d'après l'article 26 de ce projet de loi, à veiller à faire respecter l'objectif national de dépenses d'assurance maladie - l'ONDAM - établi en fonction de critères essentiellement économiques. La responsabilité de la gestion des risques, qui relevait jusque là de l'assurance maladie, tombe sous la coupe de ces agences. La suppression des comités régionaux d'organisation sociale et médico-sociale (CROSMS) vient renforcer également le pouvoir des agences au détriment des associations.

Enfin, nous ne pouvons nous satisfaire de la manière dont est organisée, dans les territoires, la prise en compte des besoins en accueil médico-sociaux. Jamais, les agences régionales de santé ne sont liées par les schémas régionaux, et les repré-

sentants des collectivités territoriales dans les ARS – je pense particulièrement à ceux des départements, qui jouent un rôle important dans la prise en charge médico-sociale – n'ont aucun pouvoir réel et ne pourront jamais peser sur les décisions.

Ainsi la concentration en une seule structure régionale de l'organisation hospitalière, de l'offre de soins, des politiques de prévention, de la gestion des risques permettra au directeur

de l'agence régionale –et derrière lui au gouvernement qui le nomme- de contrôler sans partage la gestion des dépenses de soins et leurs financements, qu'ils proviennent de l'impôt ou des cotisations.

Il faut souligner que cette organisation est contraire à ce que l'on observe dans la plupart des pays européens qui opèrent une séparation entre régulation du système et organisation de l'offre de soins.

Mireille Schurch
Sénatrice de l'Allier

Permanence parlementaire

3 rue des Forges
03100 Montluçon
Téléphone : 04 70 07 18 08
Télécopie : 04 70 07 29 65
Email : m.schurch@laposte.net

La permanence est ouverte au public
du lundi au vendredi, de 8h30 à
12h30, et sur rendez-vous.

Des permanences «foraines»
sont organisées sur les secteurs
de VICHY et de MOULINS

> se renseigner à la permanence pour
connaître les dates

