

La loi Bachelot ou l'enterrement de l'hôpital public

La commission mixte paritaire (CMP), chargée de faire la synthèse entre les deux textes votés par l'Assemblée nationale et le Sénat sur le projet de loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires, a achevé ses travaux le mardi 16 juin. Le texte définitif a été adopté les 23 et 24 juin par les députés et sénateurs.

Les membres de la CMP n'ont modifié qu'à la marge le texte, les amendements sénatoriaux ayant été largement maintenus.

La loi entérine le système de régionalisation du système de santé avec la création d'agences régionales (ARS), véritables services déconcentrés de l'Etat. Un point a toutefois opposé la Caisse nationale d'assurance-maladie (Cnam) et l'Etat sur leurs compétences en matière de gestion de risque (campagnes d'action sur les médecins et les assurés). La CMP a donné un droit de regard sur une prérogative jusqu'ici détenue seulement par la Cnam.

Les chefs de pôle seront nommés par le directeur de l'établissement de santé, sur une liste proposée par la Commission médicale d'établissement (CME). D'abord écartés du processus de nomination dans la version initiale du projet de loi, les médecins hospitaliers ont donc obtenu un pouvoir de proposition. Cependant, en cas de désaccord sur une nomination, les directeurs d'hôpitaux auront le dernier mot.

L'élection du président du conseil de surveillance est élargie par la CMP au collègue des personnalités qualifiées, et non plus aux seuls représentants des collectivités territoriales.

Le contrat santé solidarité est maintenu, assorti en cas de refus d'une contribution forfaitaire annuelle. Surnommée la « taxe Bachelot », cette mesure de contrainte a été vivement contestée par la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF), qui a trouvé un relais efficace auprès des sénateurs de la majorité. La ministre a dû s'appuyer sur les sénateurs de l'opposition, favorables à cette réforme.

En revanche, le gouvernement s'est montré beaucoup moins tenace concernant les dépassements d'honoraires. Alors que les parlementaires souhaitaient les limiter, Mme Bachelot y a renoncé devant la menace de grève des cliniques privés et notamment des jeunes internes.

De même, le testing, comme outil de contrôle de refus de soins (notamment des patients bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle), n'est pas réintroduit dans la loi. Face aux associations de patients, la majorité est restée apathique.

Par ailleurs, la CMP a validé l'ouverture de la publicité pour l'alcool sur Internet, malgré les vives protestations des défenseurs de la santé publique.

Enfin, d'un point de vue européen, la CMP a voté un amendement permettant la reconnaissance de la qualification professionnelle des pharmaciens et des auxiliaires médicaux ressortissants d'un Etat non-membre de la Communauté européenne.

Position défendue par les parlementaires socialistes:

Tout au long du débat parlementaire, mes collègues du groupe socialiste et moi-même avons dénoncé les aspects dangereux de ce texte et nous avons tenté de le modifier en déposant près de 450 amendements. **Nous nous sommes attachés à défendre une autre vision de la modernisation de notre système de santé.** Cela passe par une politique

hospitalière volontariste et ambitieuse, une vaste réorganisation de la médecine de ville et un pilotage régional s'appuyant sur un renforcement de la démocratie sanitaire et sociale.

S'agissant de la réforme hospitalière prévue par le texte, nous avons insisté sur quatre points fondamentaux :

- **le refus du morcellement des missions de service public** : en confiant à tous les établissements de santé, qu'ils soient publics ou privés, la possibilité d'assurer tout ou partie des missions de service public, le texte ouvre la porte à un service public à la carte où les cliniques privées pourront choisir les missions les plus lucratives et laisser aux hôpitaux publics le soin d'assumer les missions les plus délicates et les plus coûteuses comme l'aide médicale d'urgence ou encore la lutte contre l'exclusion sociale. En programmant, année après année, budget après budget, sa banqueroute, c'est bien la fin de l'hôpital public que l'on prépare ;
- **la nécessité de donner à l'hôpital public des moyens à la hauteur de ses besoins** : depuis de trop nombreuses années l'hôpital est sous-financé et reçoit des moyens inférieurs à ses besoins minimums de fonctionnement. De nombreux projets d'investissements sont gelés, l'hôpital se paupérise et perd les moyens pour répondre aux défis de la médecine de demain ;
- la nécessité de revoir les modalités d'application de la tarification à l'activité (T2A) et d'abandonner l'objectif de convergence tarifaire entre hôpitaux publics et cliniques privées car c'est la négation de la spécificité des missions de l'hôpital public qui ne choisit ni ses patients ni les pathologies qu'il traite ;
- le refus de cette énième réforme de la gouvernance, qui calque la gestion des hôpitaux sur celle des établissements privés autour d'un « patron » appelé avant tout à être un bon gestionnaire financier, sans véritable association des équipes soignantes et en négligeant le rôle des élus locaux.

S'agissant de la médecine de ville, nous avons dénoncé le contenu notoirement insuffisant des dispositions prévues par rapport à **l'objectif fondamental qui doit être celui de l'égal accès aux soins**. C'est pourquoi nous avons insisté sur la nécessité :

- d'améliorer la répartition des médecins sur le territoire : le problème est urgent mais le texte renvoie la solution à plus tard ; la régionalisation du numérus clausus ne produira aucun effet avant une dizaine d'années, quant au contrat santé solidarité, il ne pourra pas s'appliquer avant 2013. Nous en sommes persuadés, il est aujourd'hui nécessaire d'aller plus loin et de **freiner les installations dans les zones excédentaires**. Sans drame, les infirmier(e)s ont montré l'exemple, dans une démarche conventionnelle, en subordonnant, dans les zones trop denses, les installations aux départs. Aujourd'hui, les médecins ne peuvent pas rester à l'écart de ce mouvement ; ils doivent s'engager dans une démarche similaire ;

- **de lutter contre les refus de soins** : aujourd'hui, en France, des citoyens ne peuvent plus se soigner en raison de leurs difficultés sociales ; ces discriminations vont à l'encontre des préceptes fondateurs de la République. Et pourtant il ne reste rien des mesures initialement prévues pour protéger les usagers contre ces refus de soins ; renversement de la charge de la preuve, testing, aggravation des sanctions, rien n'a trouvé grâce aux yeux de la majorité, qui a choisi de privilégier l'intérêt des médecins plutôt que celui des patients ;
- et de **mettre un frein aux dépassements d'honoraires** qui excluent de plus en plus de concitoyens de l'accès aux soins : sans mesure ni contrôle, ces derniers relèvent du mercantilisme médical ; rien ne justifie qu'ils échappent à un encadrement mais pourtant, une fois de plus, le Gouvernement a refusé de traiter le sujet.

S'agissant de l'organisation et du pilotage territorial, nous avons regretté une occasion manquée. La création des agences régionales de santé aurait pu être une véritable innovation permettant de décroiser notre système de santé, en rapprochant la médecine de ville de la médecine hospitalière pour une plus grande efficacité. Au départ, c'était même une idée qui faisait consensus.