

Que nous réserve la Loi de Santé 2015 ?

Que nous réserve la Loi de Santé 2015 ?

Marianne COUDROY, FOF-BRETAGNE

La Loi de Santé a été adoptée à l'Assemblée dans le cadre d'une procédure accélérée, (une seule lecture par chambre) le 14 avril 2015 ; après de longs mois de négociations et de manifestations parfois contradictoires des organisations professionnelles, des syndicats et des usagers.

L'analyse claire du Syndicat de la Médecine Générale, partenaire dont les options éthiques et professionnelles sont très proches de celles de la F.O.F, a été une bonne aide pour décrypter les enjeux et les failles de cette loi.

L'article commence par une synthèse, puis les principaux articles sont présentés et commentés. Tous les articles n'ont bien sûr pas pu être cités.

Introduction

Titre Liminaire : Rassembler les acteurs de la santé autour d'une stratégie partagée

« La Nation définit sa politique de santé afin de garantir le droit à la protection de la santé de chacun.

La politique de santé relève de la responsabilité de l'État.

Elle tend à assurer la promotion de conditions de vie favorables à la santé, l'amélioration de l'état de santé de la population, la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé et l'égalité entre les femmes et les hommes, et à garantir la meilleure sécurité sanitaire possible et l'accès effectif de la population à la prévention et aux soins. Elle est conduite dans le cadre d'une stratégie nationale de santé définie par le Gouvernement, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État. La stratégie nationale de santé détermine, de manière pluriannuelle, des domaines d'action prioritaires et des objectifs d'amélioration de la santé et de la protection sociale contre la maladie. Un volet de la stratégie nationale de santé détermine les priorités de la politique de santé de l'enfant. »

Que nous réserve la Loi de Santé 2015?

Si nous partageons les objectifs poursuivis, remarquons la centralisation extrême : le gouvernement définit la stratégie de santé dont l'État est responsable, les pouvoirs des ARS sont renforcés.

La loi propose :

- **Titre I** de *Renforcer la prévention et la promotion de la santé*,
- **Titre II** de *Faciliter au quotidien le parcours de santé* des français,
- **Titre III** d'*Innover pour garantir la pérennité du système de santé*,
- **Titre IV** de *Renforcer l'efficacité des politiques publiques et la démocratie sanitaire*,
- **Titre V** des *Mesures de simplification*.

La loi prend des mesures positives importantes :

- pour la prévention (accès plus facile à la contraception, expérimentation des salles de consommation à moindre risque...)
- pour l'accès aux soins (généralisation du tiers payant à tous les Français, rétablissement d'un service public hospitalier autour d'un bloc d'obligations, mise en place de tarifs sociaux pour les lunettes et les prothèses dentaires et auditives, création du statut de médecin traitant pour les enfants de 0 à 16 ans, élargissement aux sages-femmes de la pratique de l'IVG...)
- pour le service public hospitalier, avec des obligations pour les établissements quel que soit leur statut : accès de tous aux soins, absence de dépassement de tarifs, plus grande transparence des comptes...
- pour créer de nouveaux droits pour les patients (création d'un droit à l'oubli pour les anciens malades du cancer et d'autres pathologies lourdes, création de l'action de groupe en santé, suppression du délai de réflexion pour l'IVG...)
- pour renforcer la démocratie sanitaire (obligation légale de représentation des usagers dans les organes de gouvernance de toute agence sanitaire nationale, transparence des liens d'intérêts entre médecins et industries de santé).

Mais globalement, derrière des intentions louables telles que la prévention, la réduction des inégalités face aux soins, le maintien d'un système de santé solidaire ; il n'y a pas toujours les mesures ou les moyens qui seraient nécessaires. Les logiques globales d'austérité ne sont pas mises en causes. Certaines mesures vont même à l'encontre des orientations affichées. Les dangers principaux

Que nous réserve la Loi de Santé 2015

étant le risque d'un recul supplémentaire de notre système de sécurité sociale, l'ouverture au privé des données, des menaces sur la confidentialité du dossier médical et la poursuite des mesures de baisse des coûts à l'hôpital :

- prévention souvent limitée à des mesures ponctuelles, de l'information et des réglementations, sans revenir sur la baisse des équipes de prévention à l'école ou dans le milieu du travail.
- place croissante donnée aux Complémentaires Santé au côté de l'Assurance Maladie dans la gestion du Tiers Payant Généralisé. Si l'Assurance Maladie n'en est pas le guichet unique, il y a un risque de mettre en péril le caractère solidaire et universel du système de santé.
- menaces sur la confidentialité par la gestion unique des dossiers de plusieurs établissements dans les Groupements Hospitaliers et par l'élargissement important de l'accès au dossier médical, qui de « personnel » devient « partagé ».
- ouverture aux intérêts privés par l'ouverture des données dans le système national des données de santé, par les mesures de simplification des conventions promoteur-hôpital dans le but de réduire les délais de mise en place des recherches industrielles, par la place importante donnée aux Complémentaires Santé qui pourraient imposer des filières de soin.
- dans les hôpitaux publics intégrés dans les Groupements Hospitaliers de Territoire : poursuite de la tarification à l'activité, des rationalisations de l'organisation des soins et diminution des coûts de fonctionnement, se traduisant par des restrictions de personnels, des fermetures de services sous la gouvernance d'ARS renforcées et, pour les patients, par un éloignement des établissements hospitaliers.
- risque de services territoriaux de santé adaptés à l'offre et non à la demande de soins, avec le danger de l'augmentation des inégalités d'un territoire à l'autre, d'un département à l'autre.

Les nouveaux contrats qui vont lier les praticiens entre eux et aux ARS permettront-ils une meilleure coordination des soins ou un encadrement des pratiques ?

Que nous réserve la Loi de Santé 2015?

Analyse par articles

Titre I :

Renforcer la prévention et la promotion de la santé

Prévention et promotion de la santé : Articles 2 à 11

Les mesures permettant un meilleur accès à la contraception, la prévention des troubles de l'audition, troubles alimentaires, dangers des ultraviolets, l'ouverture de salles de consommation de drogues, l'affirmation de la lutte contre les inégalités de santé, sont positives.

Analyse :

Le traitement des inégalités sociales de santé semble trop ponctuel, souvent limité à de l'information, des réglementations, (obésité, alcool, risques sanitaires liés à l'environnement), au dépistage (MST), ou aux traitements médicamenteux (tabac), sans renvoyer à une organisation nouvelle capable de repérer les risques en santé, les inégalités sociales de santé, les causes des maladies et les besoins de santé. Rien n'est proposé pour développer la présence des médecins et infirmières scolaires à l'école, ni celle de médecins du travail formés et protégés par leur statut dans les entreprises à l'heure où la loi MACRON affaiblit gravement la protection sanitaire des salariés.

Titre II : Faciliter au quotidien les parcours de santé

Chapitre I : Promouvoir les soins primaires et favoriser la structuration des parcours de santé

On relève un glissement des ambitions : il n'est plus question de parcours de soin, mais de parcours de santé !

Article 12 :

Equipe de soins primaires : « [c'est un] ensemble de professionnels de santé constitué autour de médecins généralistes de premier recours, [...] sur la base d'un projet de santé qu'ils élaborent. [L'équipe] peut prendre la forme d'un centre de santé ou d'une maison de santé. »

« Son projet [...] a pour objet, par une meilleure coordination des acteurs, la prévention, l'amélioration et la protection de l'état de santé de la population, ainsi que la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. » Elle « contribue à la structuration des parcours de santé [...] des usagers. »

Que nous réserve la Loi de Santé 2015 ?

Communautés Professionnelles Territoriales de Santé :

« Afin d'assurer une meilleure coordination, [...] des professionnels de santé peuvent décider de se constituer en Communauté Professionnelle Territoriale de Santé. [Celle-ci] est composée de professionnels de santé regroupés, le cas échéant, sous la forme d'une ou de plusieurs équipes de soins primaires, d'acteurs assurant des soins de premier ou de second recours, [...] et d'acteurs médico-sociaux et sociaux concourant à la réalisation des objectifs du projet régional de santé. Ils transmettent à l'Agence Régionale de Santé leur projet de santé [qui] précise en particulier son territoire d'action.

À défaut d'initiative des professionnels, l'Agence Régionale de Santé prend [...] les initiatives nécessaires à la constitution de Communautés Professionnelles Territoriales de Santé. »

« Pour répondre aux besoins identifiés dans le cadre des diagnostics territoriaux et sur la base des projets de santé [...], l'ARS peut conclure des contrats territoriaux de santé. Le contrat territorial de santé définit l'action assurée par ses signataires, leurs missions et leurs engagements, les moyens qu'ils y consacrent et les modalités de financement, de suivi et d'évaluation. »

Analyse :

L'objectif est la coordination entre professionnels de soins, médicaux-sociaux et travailleurs sociaux sur un territoire. Il concerne également les établissements hospitaliers. Si les professionnels ne font pas la démarche, l'ARS fait en sorte de les y amener. Ces communautés sont liées par des contrats assortis de financements. Si ces crédits peuvent aider à financer des temps de concertation entre professionnels, ils peuvent être utiles, mais rien n'est précisé sur les contenus de ces contrats, sur les engagements des professionnels en dehors de réalisation des objectifs du projet régional de santé. Les notions de liberté du patient de recourir au professionnel ou à la structure de son choix, comme celle du professionnel de choisir ses modalités de soin ne sont pas réaffirmées. Les usagers sont-ils associés à ces projets et contrats de santé ?

Pacte Territoire-Santé

« Le pacte Territoire-Santé a pour objet d'améliorer l'accès aux soins de proximité, en tout point du territoire. [...]

[Il est destiné] aux territoires particulièrement isolés et aux quartiers prioritaires de la politique de la ville [...]. Il est arrêté par le ministre chargé de la santé. Les ARS le mettent en œuvre après concertation avec les acteurs concernés, et associent les conseils territoriaux de santé. »

Que nous réserve la Loi de Santé 2015?

Analyse :

Ces pactes visent les déserts médicaux et paramédicaux. Pourront-ils compenser les carences de services publics qui limitent l'installation de professionnels dans ces territoires et le manque de professionnels formés en nombre suffisant ?

Article 13 :

Il prévoit l'organisation du service territorial de santé au public en matière de santé mentale et réaffirme une mission de psychiatrie de secteur.

Analyse :

Selon la CGT, les notions de soins de proximité et de continuité des soins, qui sont deux piliers de la sectorisation, sont reconnus, mais le secteur ne sera plus la base organisationnelle de la psychiatrie publique. La continuité des soins est entendue comme la gestion d'un parcours de soins mais ne signifie plus une continuité relationnelle, pourtant si importante en psychiatrie, dans le suivi du patient par la même équipe. Les différentes modalités de soins en psychiatrie extra ou intra-hospitalières relèveront de projets et de procédures d'habilitation distincts, sous le contrôle des ARS. La santé mentale, quant à elle, n'aura plus une base sanitaire et hospitalière. Elle reposera sur les collectivités territoriales avec des objectifs où, au nom de la prévention, la place du contrôle social sera, à n'en pas douter, prévalente sur le soin.

Chapitre II : Faciliter l'accès aux soins de premier recours.

Mise en place d'un numéro national pour la permanence des soins ambulatoires (**Article 15**).

Extension du rôle de médecin généraliste ou de pédiatre traitant pour les enfants de moins de 16 ans (**Article 16**).

Extension aux centres de santé des modes de rémunération prévus dans les conventions, autres que le paiement à l'acte (**Article 17**).

Chapitre III : Garantir l'accès aux soins

Tiers payant

Ce chapitre vise à éliminer les barrières financières de l'accès aux soins. L'introduction de ce chapitre rappelle dans les motifs que « garantir à tous l'accès à une couverture complémentaire en santé de qualité est une condition sine qua non pour un accès aux soins effectif, tout particulièrement pour les populations les plus précaires. »

Que nous réserve la Loi de Santé 2015 ?

Article 18 :

Généralisation du tiers payant obligatoire pour les consultations en ville.

Certaines catégories de patients y ont déjà droit : les bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C), de l'Aide Médicale d'État (AME) et les victimes d'accidents du travail ou d'une maladie professionnelle. Cela représente environ 1/3 des consultations des généralistes.

Tous les assurés peuvent aussi profiter du tiers-payant chez la quasi-totalité des pharmaciens, chez de nombreuses infirmières, kinés ou encore radiologues.

La loi prévoit une généralisation du tiers-payant dès juillet 2015 pour les bénéficiaires de l'Aide à la Complémentaire Santé (ACS), les patients en ALD à partir de juillet (accès) ou décembre 2016 (obligation) et tous les assurés en janvier (accès) ou novembre 2017 (obligation). Seuls les patients qui n'ont pas de complémentaire santé devront payer leur part mutuelle au médecin. Les autres n'auront plus de frais médicaux à avancer, sauf en cas de dépassements d'honoraires non pris en charge par les complémentaires.

L'Assurance Maladie pilotera le flux unique du paiement des actes et garantira un délai maximum de 7 jours. Une instance sera créée par décret pour trouver un système « lisible et simple ». Elle rassemblera les acteurs concernés, CNAM, mutuelles et assurances complémentaires, et professionnels de santé.

Les patients devront autoriser l'Assurance Maladie à prélever 1 euro par consultation sur leur compte puisqu'il existera toujours les franchises médicales sur les médicaments, les actes médicaux et paramédicaux et les transports sanitaires.

Analyse :

Contrairement à la majorité des syndicats médicaux, nous partageons le soutien des organisations de gauche et du SMG au tiers payant généralisé. C'est une avancée sociale évidente pour répondre aux besoins des patients et lutter contre les inégalités sociales et d'accès aux soins. 26,7 % de la population reconnaît renoncer aux soins pour des difficultés financières. Même si la généralisation du tiers payant ne règle pas les problèmes que sont la rémunération à l'acte et le désengagement de l'assurance maladie obligatoire au profit des assurances complémentaires, il s'agit tout de même d'une mesure favorable aux assurés sociaux. Le tiers payant est aussi un bon révélateur des dépassements d'honoraires, les patients verront tout de suite ce qu'ils devront payer en plus de leur poche. Mais les débats de l'hiver ont masqué les véritables enjeux : le danger d'une privatisation grandissante de notre couverture sociale au profit des complémentaires santé.

Que nous réserve la Loi de Santé 2015?

La loi associe accès aux soins et accès à une complémentaire santé. L'État s'est d'ailleurs engagé à financer de différentes façons ces complémentaires. C'est le choix des gouvernements successifs, plutôt que d'augmenter le niveau de couverture de l'Assurance Maladie de base. Le financement du régime de base est solidaire, car la somme due (la cotisation antérieurement et la CSG aujourd'hui) est proportionnelle au revenu tandis que les remboursements sont proportionnels aux besoins.

Il y a trois types de complémentaires : les mutuelles, les assurances commerciales, les institutions de prévoyance. Elles ont au départ des objectifs différents. Mais pour la législation européenne, elles relèvent toutes de la même législation et se retrouvent donc en concurrence. De plus en plus, leur fonctionnement tend à se rapprocher. Les primes sont de plus en plus souvent forfaitaires. De plus, les risques qu'elles couvrent sont très inégaux d'un contrat à l'autre. Pour le collectif « Notre santé est en danger », *« la généralisation du tiers-payant, couplée à la complémentaire santé obligatoire d'entreprise (subventionnée par l'État), va permettre aux complémentaires et assurances de s'introduire encore plus dans notre système de santé »*. Pour le Pr GRIMALDI *« Les conséquences du désengagement de la Sécurité sociale au profit des mutuelles et des compagnies d'assurance sont connues : accroissement des inégalités sociales de santé, augmentation des dépenses de santé, mais réduction relative de la dépense publique. Les enjeux financiers sont évidemment colossaux pour les assureurs privés. »*

« Ensemble pour une santé solidaire » met en garde contre des évolutions possibles : certaines complémentaires pourraient « mettre en place des réseaux de soins obligeant le cotisant/adhérant à n'avoir d'autre choix de passer par « leurs » professionnels de santé sous peine de se voir moins bien remboursé. Certains pôles de santé/maisons de santé, financés par des fonds publics, regroupant plusieurs spécialités seront tout simplement rachetés par les complémentaires/mutuelles ajoutant ceux-ci à leur réseau de soins et ne gardant que les plus rentables. »

Élargissement du secret médical

Chapitre IV : Mieux informer, mieux accompagner les usagers dans leur parcours de santé

Article 22 :

Expérimentation de dispositifs d'accompagnement des patients affectés par la maladie chronique ou particulièrement exposés au risque d'une telle maladie par voie de conventions signées entre l'ARS et des acteurs volontaires.

Que nous réserve la Loi de Santé 2015 ?

L'article prévoit que « *les professionnels participant directement à un projet d'accompagnement constituent une équipe de soins, au sens de l'article 1110-4 du code de la Santé Publique, au sein de laquelle peuvent être échangées et partagées, dans les conditions prévues par cet article, les informations strictement nécessaires à la prise en charge des personnes bénéficiaires et relatives à leur état de santé, à leur situation sociale ou à leur autonomie.* »

Analyse :

Quels seront « les acteurs de santé volontaires » pour intégrer ces dispositifs ? L'article de loi ne le précise pas. Dans l'énoncé des motifs pour cet article, il est mentionné « associations, collectivités locales » etc. Une vigilance importante est nécessaire car il existerait un risque d'introduction des lobbys pharmaceutiques par l'intermédiaire d'associations écrans, et de systèmes assurantiels privés. Cet article soulève aussi une question au regard du secret médical.

Chapitre V : Renforcer les outils proposés aux professionnels pour leur permettre d'assurer la coordination du parcours de leur patient

L'Article 24 instaure un document écrit obligatoire de liaison entre les services de soins en ville et à l'hôpital, sous la forme d'une lettre de liaison dans les 7 jours suivant la sortie, ce qui semble utile.

Analyse :

Quels seront « les acteurs de santé volontaires » pour intégrer ces dispositifs ? L'article de loi ne le précise pas. Dans l'énoncé des motifs pour cet article, il est mentionné « associations, collectivités locales » etc. Une vigilance importante est nécessaire car il existerait un risque d'introduction des lobbys pharmaceutiques par l'intermédiaire d'associations écrans, et de systèmes assurantiels privés. Cet article soulève aussi une question au regard du secret médical.

Article 25 :

Créer les conditions d'une meilleure circulation des informations entre professionnels.

Un professionnel peut échanger avec un ou plusieurs professionnels identifiés des informations relatives à une même personne prise en charge à condition qu'ils participent tous à la prise en charge du patient et que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins ou de son suivi médico-social et social.

Que nous réserve la Loi de Santé 2015?

L'article refonde le dispositif de Dossier Médical Personnel (DMP). Ce dossier médical est désormais nommé dossier médical partagé, l'article énumère les garanties pour les patients : en particulier l'ouverture du dossier sera soumis à l'accord du patient.

Analyse : Cet article ne spécifie pas les professionnels concernés et introduit la question du suivi médico-social et social. Il modifie considérablement la question du secret médical. Selon le Dr GEKIERE (Union Syndicale de la Psychiatrie), il y a un risque majeur pour la confidentialité des données personnelles nominatives : « *On passe des seuls soins à un patient au "suivi médico-social et social", vaste ensemble flou. Il y a une croyance aux bienfaits de la transparence et de l'exhaustivité réunies : en mettant en commun le plus d'informations possibles et en les accumulant, on prendra mieux quelqu'un en charge. Mais il faut tenir compte des risques majeurs d'atteinte à l'intimité et à la vie privée, et à leurs conséquences, souvent très stigmatisantes.* »

Article 26 :

Gestion unique des dossiers dans les Groupements Hospitaliers de Territoire obligeant désormais plusieurs établissements publics à se regrouper, à faire un projet médical unique, et à avoir un DIM (Département d'Information Médical) commun, géré par « l'établissement support » qui assure « la gestion d'un système d'information hospitalier et d'un département de l'information médicale uniques. »

Analyse : Cette gestion unique multipliera les risques de fuites.

Gouvernance

Le texte donne à l'État la responsabilité de la politique de santé dans sa globalité, incluant les soins de villes, les remboursements et les indemnisations, auparavant du ressort de l'Assurance Maladie (**Article 1**).

Analyse : Ce renforcement du pouvoir de l'État est dans la continuité de la suppression des élections à la Sécurité Sociale (élections des représentants du patronat et des syndicats, financeurs qui cogéraient la Sécurité Sociale) en 1992 puis de la nomination du directeur de l'Assurance Maladie par l'État en 2004 et de la création des Agences Régionales de Santé (loi HPST) en 2009.

Chapitre VI : Ancrer l'hôpital dans son territoire

Service Public Hospitalier

Ce chapitre est consacré au rôle de l'hôpital au service de son territoire. Il refonde le service public hospitalier (**Article 26**). Il définit un Service Public Hospitalier (SPH) rénové et ouvert à tous les établissements de santé, indépendamment de leur statut juridique. Pour participer au SPH, la loi soumet les établissements à des obligations :

Que nous réserve la Loi de Santé 2015 ?

- des garanties accordées aux patients au service de l'accessibilité des soins pour tous indépendamment de leurs difficultés (accueil adapté y compris pour les personnes en situation de vulnérabilité pour des raisons de précarité sociale ou de handicap, égal accès, absence de dépassement de tarifs),
- des obligations dans le fonctionnement de l'établissement afin d'en rendre la gestion plus transparente (transmission des comptes) et pour que la parole des usagers soit entendue et prise en compte dans l'organisation de la réponse (participation des usagers à la gouvernance de l'établissement),
- des garanties contribuant à la qualité et l'accessibilité des soins au niveau des territoires : les établissements du SPH peuvent être désignés par les ARS pour développer des actions afin de répondre à des carences de l'offre de soins. Ils doivent participer aux actions de coopération et en particulier au service territorial de santé.

Analyse :

Ces garanties, si elles sont respectées, sont un progrès pour l'accès de tous aux soins, par rapport aux missions « à la carte » pour les établissements privés, de la loi HPST de 2009. Mais on arrive à l'effacement de la distinction entre établissements publics ou privés, puisqu'on ne parle plus que d'établissements de santé, alors que leurs modes de gestion n'ont pas changé. Tous font partie, s'ils y sont habilités, du service public hospitalier.

Groupements hospitaliers de territoire

Sauf dérogation, les établissements publics de santé d'un même territoire, y compris ceux de psychiatrie, doivent se coordonner dans un Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) : élaboration d'un projet médical unique, transfert obligatoire de certaines fonctions. Les établissements privés peuvent passer des conventions avec les groupements. Chaque GHT est associé à un CHU (**Article 27**).

Analyse :

Comme le dit le SMG, le principe d'une coopération, comme elle était pensée initialement dans certaines Coopérations Hospitalières de Territoire (loi HSPT), est valable si ce principe tient compte des besoins de santé d'une population avec une offre et un accès aux soins cohérents sur un territoire de santé. Construction d'une filière coordonnée du parcours-patient : du médecin généraliste de soins primaires, aux services des urgences, aux services Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO), vers un retour à domicile avec parfois une orientation

Que nous réserve la Loi de Santé 2015?

médico-sociale. D'autres mutualisations et coordinations sont tout aussi louables comme l'organisation pratique d'une filière Accident Vasculaire Cérébraux, ou le développement des consultations avancées ou postes avancés de Pédiatrie, Cardiologie, Néphrologie, Gynécologie Obstétrique... permettant ainsi de conforter certains établissements et, notamment, les maternités de proximité ou les consultations avancées de chirurgies diverses etc.... Mais, dans la réalité, ces coopérations sont bien différentes :

- Les besoins de santé de la population n'apparaissent pas clairement comme le point de départ incontournable de ces coopérations.
- L'accès aux soins primaires n'est plus assuré sur tout le territoire national, il en est de même pour la continuité et la permanence des soins. Comment construire une filière de soins cohérente si les soins primaires deviennent si défailants ? Certaines consultations avancées sont en fait les seules réponses proposées à des fermetures de services hospitaliers.
- La tarification à l'activité et la concurrence entre établissements se poursuivant, il est fort probable que ces GHT deviennent des « coopérations de la misère » pour des établissements de santé publics sous-financés, en état d'asphyxie et dont les activités de santé, dites rentables, sont absorbées par le pôle privé ou mutualiste (70% de la chirurgie ambulatoire est actuellement réalisée dans le privé).
- un éclatement géographique des activités avec un recul inexorable de la proximité au bénéfice de très gros centres hospitaliers, structures de référence sur un territoire. La mutualisation forcée des moyens (départements d'information médicale, activités administratives, logistiques, ressources humaines...) risque d'entraîner la création de véritables usines à gaz centralisées, aux bénéfices totalement improbables, tant sur le plan fonctionnel que financier.
- Une « rationalisation » des activités avec la poursuite des suppressions d'emplois dans le secteur public (rappel : 35 000 emplois supprimés ces deux dernières années). Le 4 février 2015, la Ministre de la santé a présenté aux conférences hospitalières un plan d'économie de 3 milliards d'euros d'ici 2017, au-delà du virage ambulatoire. Les hôpitaux déjà en déliquescence sont invités à maîtriser leur masse salariale, mutualiser les services.

Que nous réserve la Loi de Santé 2015 ?

Titre III : Innover pour garantir la pérennité de notre système de santé

Chapitre I : Innover en matière de formation des Professionnels

Article 28 :

Le Développement Professionnel Continu des professionnels de santé

Le Développement Professionnel Continu (DPC) « constitue une obligation pour les professionnels de santé. Chaque professionnel de santé doit justifier, sur une période de trois ans, de son engagement dans une démarche de DPC comportant des actions de formation continue, d'analyse, d'évaluation et d'amélioration de ses pratiques et de gestion des risques. »

Les orientations pluriannuelles prioritaires de DPC sont définies par un arrêté ministériel :

« 1° Des orientations définies par profession ou par spécialité sur la base des propositions des conseils nationaux professionnels ou, en l'absence de conseils nationaux professionnels, des représentants de la profession ou de la spécialité ;
2° Des orientations s'inscrivant dans le cadre de la politique nationale de santé ;
3° Des orientations issues du dialogue conventionnel. »

« L'université participe, par son expertise pédagogique dans le domaine de la formation initiale et continue des professionnels de santé, à la dimension scientifique du DPC. »

« Les conseils nationaux professionnels retiennent, notamment sur la base des méthodes élaborées par la Haute Autorité de Santé, celles qui leur paraissent les plus adaptées pour la mise en oeuvre du DPC. »

Analyse : A noter l'introduction des universités dans la formation continue

Chapitre II : Innover pour préparer les métiers de demain

« Les auxiliaires médicaux relevant des titres I à VII du présent livre peuvent exercer en pratique avancée au sein d'une équipe de soins primaires coordonnée par le médecin traitant ou au sein d'une équipe de soins en établissements de santé coordonnée par un médecin ou, enfin, en assistance d'un médecin spécialiste, hors soins primaires, en pratique ambulatoire. »

Article 30 : Création du métier d'infirmier clinicien.

Que nous réserve la Loi de Santé 2015?

Article 31 : Élargissement des compétences des sages-femmes vers les interruptions volontaires de grossesse médicamenteuses et la vaccination de la femme et du nouveau-né, voire de son entourage.

Article 32 : Élargissement des compétences des pharmaciens vers la vaccination.

Analyse :

Si l'élargissement des compétences des infirmiers et des sages-femmes semble correspondre à l'évolution des métiers, et pour les sages-femmes permettre un meilleur accès des patientes à l'IVG, celle des pharmaciens pose celle d'un conflit d'intérêt et de la nécessaire prescription des vaccins.

Articles 33 et 34 : Il s'agit de permettre l'exercice des assistants dentaires, médecins, dentistes et pharmaciens formés hors de l'UE et du statut de médecins hospitaliers titulaires remplaçants, les intérimaires coûtant très cher.

Analyse :

La carence de ces praticiens pose le problème de la politique de numéris clausus en FRANCE et de la débauche et de l'exploitation de médecins formés dans des pays moins développés.

Chapitre III : Innover pour la qualité des pratiques, le bon usage du médicament et la sécurité des soins

Article 35 : Création d'une fiche de bon usage des médicaments par la Haute Autorité de Santé (HAS) pour chaque médicament ayant fait l'objet d'une évaluation médico-économique.

Mise en place de guides de stratégies thérapeutiques ou diagnostiques par la HAS également ou par des professionnels de santé, validés ensuite par la HAS.

Analyse :

Le SMG demande quelle sera l'utilisation de ces guides et fiches et redoute un retour en arrière, si ces fiches sont considérées comme références opposables, ou une rigidification des pratiques sur un mode normatif, qui ne rendrait pas service aux patients. De plus, les critiques récurrentes dont fait l'objet la HAS concernant ses liens d'intérêts financiers fragilisent l'ensemble de ses productions.

Article 36 : Lutte contre les ruptures d'approvisionnement des médicaments d'intérêt thérapeutique majeur.

Que nous réserve la Loi de Santé 2015 ?

Chapitre IV : Développer la recherche et l'innovation en santé au service des usagers

Article 37 : Convention type « promoteur-établissement de santé » dans le but de réduire les délais de mise en place des recherches industrielles, au sein des établissements de santé.

Analyse :

Cet article vise à réduire les délais de mise en place de recherches à caractère industriel pharmaceutique, à simplifier les démarches administratives et attirer les promoteurs.

Il est question de favoriser la recherche privée et de simplifier sans plus de garanties, ni sur la sécurité des patients, ni sur l'intérêt que ces recherches auront pour les patients. Toute la filière du médicament doit faire l'objet d'une réforme.

Titre IV : renforcer l'efficacité des politiques publiques et la démocratie sanitaire

Chapitre I : Renforcer l'animation territoriale conduite par les ARS

Ce chapitre concerne le renforcement du pouvoir de l'ARS et la coordination des ARS autour de la stratégie nationale de santé. Les mots d'ordre sont simplification, coordination des secteurs sanitaire et médico-social.

Article 38 : Il s'agit de créer un seul schéma d'organisation de santé appelé schéma régional de santé pour piloter globalement le secteur. Les objectifs seront de faciliter le parcours de soins et maîtriser les dépenses de santé, et la "caractérisation des zones sur et sous denses".

Le représentant de l'État dans la région, sera consulté pour avis sur le projet régional de santé.

L'ARS coordonnera la santé au travail, la PMI, la santé scolaire et universitaire.

A noter : Le schéma régional de santé indique, dans le respect de la liberté d'installation, les besoins en implantations pour l'exercice des soins de premier et second recours. Les dispositions qu'il comporte à cet égard ne sont pas opposables aux professionnels de santé libéraux.

Le directeur général de l'ARS détermine par arrêté les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins et les zones dans lesquelles le niveau de l'offre de soins est particulièrement élevé, s'agissant des professions de santé pour lesquelles la convention a prévu des mesures de limitation d'accès au conventionnement (actuellement c'est le cas des infirmiers).

Que nous réserve la Loi de Santé 2015?

Le Conseil Territorial de Santé est notamment composé de représentants des élus des collectivités territoriales, des services départementaux de protection maternelle et des différentes catégories d'acteurs du système de santé du territoire concerné. Il veille à conserver la spécificité des dispositifs et des démarches locales de santé fondées sur la participation des habitants. Il comprend également une commission spécialisée en santé mentale. Il remplace les conférences de santé.

Le diagnostic territorial partagé a pour objet d'identifier les besoins sanitaires, sociaux et médico-sociaux de la population concernée en s'appuyant sur des données d'observation. Il tient compte des caractéristiques géographiques et saisonnières du territoire concerné. Il identifie les insuffisances en termes d'offre, d'accessibilité, de coordination et de continuité des services sanitaires, sociaux et médico-sociaux, notamment en matière de soins palliatifs, en favorisant les modes de prise en charge sans hébergement. Il s'appuie, lorsqu'ils existent, sur les travaux et propositions des conseils locaux de santé ou de toute autre commission créée par les collectivités territoriales pour traiter des questions de santé. Il porte une attention particulière aux quartiers prioritaires de la politique de la ville et aux zones de revitalisation rurale.

Analyse :

La région (et à plus forte raison les nouvelles régions), est un échelon beaucoup trop vaste et un diagnostic territorial de santé doit partir de l'échelle plus petite de « bassin de vie », c'est-à-dire un territoire où il existe une cohérence et un repérage possible des questions d'accès aux soins, mais aussi, des risques pour la santé, des inégalités sociales de santé et des besoins de santé, niveau auquel des interventions sont envisageables.

Définira-t-on une véritable politique de prévention pour agir sur les causes des maladies sur le territoire (problème des pesticides sur un secteur, conditions de travail dans une usine, conditions de logement, etc.) ou se limitera-t-on à du dépistage précoce, comme c'est actuellement souvent le cas ?

Chapitre II : Renforcer l'alignement stratégique entre l'État et l'Assurance Maladie

L'État interviendra dans les négociations conventionnelles nationales en amont des accords. Les ministres chargés de la santé et des affaires sociales définiront les attentes de l'État sur les négociations conventionnelles. L'ouverture d'une part de régionalisation des conventions est annoncée (**Article 41**).

Que nous réserve la Loi de Santé 2015 ?

Analyse :

Quelle sera la politique de l'État ? Il s'agirait d'abord de définir clairement le contenu des conventions et leur périmètre : rémunération, répartition des soignants, imposition de normes d'exercice ? Et dans l'intérêt de qui ? Enfin, la régionalisation des conventions porte en elle le risque de déséquilibre de moyens et donc d'inégalités entre régions riches et pauvres. La solidarité nationale doit être garantie.

Chapitre IV : Associer les usagers à l'élaboration de la politique de santé et renforcer les droits

Article 43 :

- Obligation légale de représentation des usagers dans les organes de gouvernance de toute agence sanitaire nationale. Associations de malades et d'usagers participent au Comité Économique des produits de santé, en particulier par rapport au prix des médicaments.
- Publication des rémunérations et avantages reçus par les médecins ou organismes de soins et versées à ces personnes par les industries de santé. Déclaration des liens d'intérêt, droit d'alerte pour les associations.

Article 44 : La commission des usagers dans les établissements de santé reçoit plus de pouvoirs d'information et de consultation.

Article 45 : Les associations d'usagers agréées pourront engager des procédures communes pour faire reconnaître la responsabilité de santé dans la survenue de dommages corporels sériels (Class Action).

Article 46 : Droit à l'oubli pour les anciens malades du cancer ou de pathologies lourdes, leur permettant l'accès à des prêts. Droit d'une personne pacsée, d'un concubin, d'un tuteur d'accéder au dossier médical d'une personne décédée. Élargissement du don d'organe réputé accepté s'il n'est pas explicitement refusé par le donneur.

Analyse :

La meilleure représentation des associations, les déclarations de liens d'intérêts et le droit d'alerte sont des choses positives. Il y a un progrès avec la possibilité des Class Action, même si l'agrément est une procédure lourde qui y met clairement un frein. L'évolution est également favorable pour l'ouverture aux droits des proches des patients et le droit à l'oubli pour les anciens malades.

Que nous réserve la Loi de Santé 2015?

Chapitre V : Créer les conditions d'un accès ouvert aux données de santé

Chapitre préliminaire :

« Les données de santé à caractère personnel recueillies à titre obligatoire et destinées aux services ou aux établissements publics de l'État ou des collectivités territoriales ou aux organismes de sécurité sociale peuvent faire l'objet de traitements à des fins de recherches, d'études ou d'évaluations présentant un caractère d'intérêt public, dans le respect de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Les traitements réalisés à cette fin ne peuvent avoir ni pour objet, ni pour effet de porter atteinte à la vie privée des personnes concernées. Sauf disposition législative contraire, ils ne doivent en aucun cas avoir pour fin l'identification directe ou indirecte de ces personnes. »...

17 milliards de données sont détenues par la CNAM : feuilles de soins, dates d'entrée et de sortie dans les hôpitaux, diagnostics, opérations réalisées, données médico-sociales, prescriptions médicales, causes de décès... Toutes nos traces médicales de la naissance à la mort seront centralisées dans le **Système National des Données de Santé (SNDS)**, anonymisées et rendues plus ou moins accessibles, durant 20 ans (**Article 47**).

Les données qui sont totalement anonymes seront ouvertes à tous : consommation de médicaments, activité des professionnels de santé ou démographie médicale. Les autres ne seront consultables qu'après autorisation de la CNIL (Commission Nationale Informatique et Liberté) et de comités d'experts. Ces dernières données permettent clairement d'identifier les patients : dates de naissance, adresses, soins reçus et dates d'hospitalisations. Le critère pour y avoir accès sera que les recherches soient « d'intérêt public » et non de modification ou d'exclusion des contrats d'assurance en fonction de l'état de santé.

Analyse :

Avec ces gardes fous, cette ouverture ou Open Data, a été largement saluée par les associations de malades et de consommateurs comme par des chercheurs. Elle est censée permettre un meilleur contrôle citoyen des abus de l'industrie pharmaceutique et des prescripteurs, ouvrir le champ de la connaissance et enrichir la démocratie sanitaire. Nous partageons ces objectifs.

Beaucoup alertent au contraire sur un risque de plus grand contrôle des assureurs, banquiers et industriels de santé sur notre vie par un détournement de ces précautions d'accès et des risques de violation du secret médical. Nous partageons également ces craintes.

Que nous réserve la Loi de Santé 2015 ?

Quelques exemples montrent la gravité des risques : En GRANDE-BRETAGNE, en 2014, éclate un énorme scandale. 47 millions de dossiers ont été revendus par le service national de santé à 178 sociétés d'assurances un an après la création d'un centre public regroupant toutes les informations de santé du pays. Ces sociétés ont ainsi pu exploiter les données pour augmenter les primes d'assurance aux plus de 50 ans. Des chercheurs alertent en FRANCE sur des unités de recherche revendant des données de santé à des industriels. Un médecin de SAINT-MALO, Chef de service du département d'information médicale, a dénoncé à la CNIL et au conseil de l'Ordre en 2012 la consultation illégale de 1500 dossiers confidentiels, par une société privée, ALTAO, initialement autorisée à accéder uniquement aux résumés de séjours. Résultat : les pratiques continuent et le médecin a été écarté de ses fonctions. Le syndicat SNPHARE (Syndicat National des Praticiens Anesthésistes Réanimateurs) estime ainsi que 150 000 dossiers médicaux ont été consultés dans 150 établissements hospitaliers.

Conclusion :

Beaucoup d'articles ont été modifiés, parfois dans le sens d'un meilleur contrôle citoyen, au cours de la discussion à l'Assemblée, et après les mouvements de l'automne. Il reste néanmoins beaucoup de risques pour lesquels nous devons rester vigilants sur notre système de santé.

Sources :

Cette analyse porte sur le texte de la loi tel qu'il a été transmis au sénat le 15 avril 2015 et qui peut encore évoluer sur certains points : <http://www.senat.fr/leg/pjl14-406.html>

Syndicat de la Médecine Générale :

<http://www.smg-pratiques.info/Analyse-du-SMG-du-projet-de-loi.html>

Notre Santé est en Danger :

- <http://www.convergence-sp.org/spip.php?article1549>

- <http://www.sante.cgt.fr/Le-projet-de-loi-de-sante-une>

- <http://www.coordination-nationale.org/Communiques/2015/Communique%20du%2015%20mars%202015%20Loi%20sante%20et%20tiers%20payant.pdf>

- <http://www.humanite.fr/loi-sante-comment-les-assureurs-vont-tout-savoir-de-nous-572307>