



Les cahiers de la Vie Fédérale

Année 2015 - n°07
Avril 2015

LOI SANTÉ :

*Une série de diverses mesures et une attaque
du service public de proximité*

**L'urgence :
gagner son retrait !**

Le projet de "loi de modernisation de notre système de santé" a été voté en première lecture par une majorité de député-e-s le 14 avril à l'Assemblée nationale. Le Sénat devrait en débattre en juillet. Ensuite, il y aura un passage en commission mixte paritaire composée de 7 député-e-s et 7 sénateur-ice-s chargée de s'accorder sur un texte commun entre les versions des deux chambres du Parlement. La mise en œuvre programmée de ce texte est donc pour la fin de l'année 2015.

Depuis début 2015, des Directeurs généraux d'Agences Régionales de Santé (ARS) ont déjà imposé des mises en œuvre de mesures annoncées dans le projet de loi ; il est donc urgent de résister et de construire le rassemblement le plus large pour empêcher la mise en œuvre de cette loi en gagnant son retrait.

Il est important que les militantes et militants, que les syndiqué-e-s soient informé-e-s du contenu des dispositions dangereuses de cette loi.

Au-delà, la mise en commun au niveau des départements mais aussi des régions qui seront installées au 1^{er} janvier 2016 est indispensable. A noter que les DG préfigurateurs des nouvelles ARS ont été nommé-e-s le 22 avril dernier par le Conseil des Ministres. Ne les laissons pas préparer en toute tranquillité le découpage des régions en territoires

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

LOI SANTÉ :

Une série de diverses mesures et une attaque du service public de proximité

☞ Globalement, que penser de ce texte voté ?

Il s'agit d'un ensemble de dispositions sans rapport direct entre toutes. C'est davantage une série de diverses mesures d'ordre "social" et sanitaire qu'une loi cadre de santé publique. Cela n'en diminue pas le danger !

Il y a des mesures de santé publique qui pourraient représenter un "plus" mais notoirement insuffisantes, et surtout sans les moyens humains ni financiers pour les mettre en œuvre. Des dispositions concernant l'IVG peut apparaître comme positives, cependant il n'y a rien pour engager la réouverture des centres fermés dans le cadre des restrictions budgétaires. La notion de **service public** est réintroduite, mais les contraintes financières imposées aux établissements ne sont pas remises en cause, au contraire elles seraient renforcées. La notion de la **psychologie** est de nouveau insérée dans les projets d'établissement mais parallèlement, l'article sur la psychiatrie démontre le choix de remettre en cause " la psychiatrie à la française".

La logique de la loi « HPST » pour laquelle la CGT a revendiqué l'abrogation depuis sa mise en place est largement poursuivie. Il y a renforcement de ses aspects négatifs avec un rôle encore plus important

dédié aux DG d'ARS. Le gouvernement le confirme en ayant nommé le 22 avril 2015 les préfigurateur-ice-s pour les nouvelles régions au 1^{er} janvier 2016. Avec ce texte, leurs compétences sont renforcées sur tout le domaine sanitaire, médico-social et social.

Il ne faut donc pas être leurré par quelques aspects, quelques formules qui pourraient convenir. Il est important de mesurer la gravité de la remise en cause du service public, la perspective d'une considérable restructuration de la réponse aux besoins de santé de la population.

➔ Les Groupements hospitaliers de territoire (GHT)

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

Le Groupement hospitalier de territoire (GHT) représente une appellation politique mais la concrétisation passera, sur le terrain, pour le même territoire, des fusions d'établissement, des directions communes et sans doute un groupement

Le texte voté dispose qu'au 1^{er} janvier 2016, « *chaque établissement public de santé, sauf dérogation tenant à sa spécificité dans l'offre de soins régionale, est partie à une convention de groupement hospitalier de territoire.* ».

L'objet est de « *permettre aux établissements de mettre en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité. Il assure la rationalisation des modes de gestion par une mise en commun de fonctions ou par des transferts d'activités entre établissements.* ».

Tous les GHT s'associeraient à un CHU au titre des activités hospitalo-universitaires. « *Cette association est traduite dans le projet médical du GHT ainsi que dans une convention d'association entre l'établissement support du GHT et le CHU qui vise à renforcer l'implication des établissements*

concernés dans les activités de recherche clinique, d'enseignement et d'accueil des professionnels de santé en formation. ».

Les CHU devraient ainsi coordonner les missions d'enseignement de formation initiale des professionnels médicaux et celles de recherche, de gestion de la démographie médicale de référence et de recours.

Les modalités d'application à l'Assistance publique-hôpitaux de Paris (AP-HP), aux Hospices civils de Lyon (HCL) et à l'Assistance publique-hôpitaux de Marseille (AP-HM) seront déterminées par un décret en conseil d'Etat.



de coopération sanitaire (GCS) pour coordonner l'ensemble des structures. Ce sera sans doute un mélange des trois (cf encadré page 2).

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

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

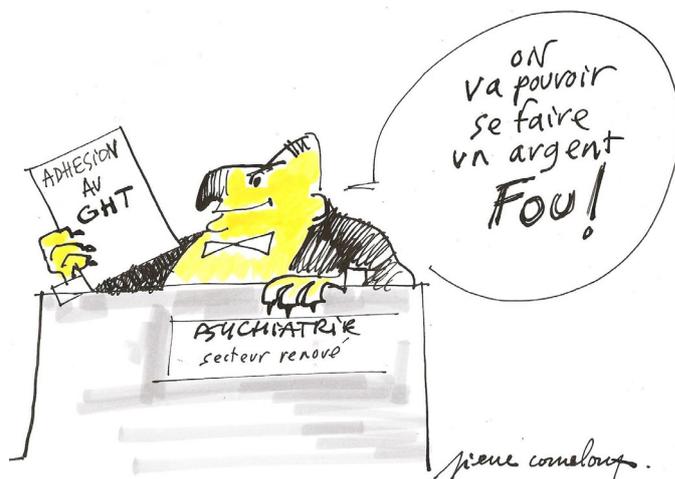
Les établissements frontaliers de pays voisins pourront être associés aux GHT par voie conventionnelle.

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

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

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

Ce sont ces conventions qui acteront le contour des nouvelles structures sanitaires et médico-sociales ainsi que les activités transférées. Seront aussi précisées les modalités d'organisation et de



fonctionnement du groupement, la composition du comité stratégique chargé de se prononcer sur la mise en œuvre de la convention et du projet médical partagé, les modalités d'articulation entre les commissions médicales d'établissement (CME) pour l'élaboration du projet médical partagé «et le cas échéant, la mise en place d'instances communes».

La désignation de l'établissement support devra être approuvée par les conseils de surveillance à la majorité des deux tiers ou à défaut, par le directeur général de l'ARS, après avis du comité territorial des élus.

Il s'agit d'une centralisation considérable !

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

Attention : A compter du 1^{er} janvier 2016, les anciennes communautés hospitalières de territoire (CHT) régulièrement approuvées, dont aucune des parties n'a voulu rompre la coopération, seront transformées en GHT par avenant à leur convention constitutive.

Par ailleurs, il y a même une disposition qui prévoit par ailleurs qu'à compter de l'exercice 2020, les

établissements publics de santé, dès lors qu'ils contrôlent une ou plusieurs personnes morales et que ce groupe dépasse une certaine taille, seront tenus d'établir et de publier des comptes consolidés ainsi qu'un rapport sur la gestion du groupe.



👉 Mais pourquoi tout cela ?

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

👉 Les ordonnances !

Un autre aspect est particulièrement inquiétant. Plusieurs articles autorisent le gouvernement à légiférer par ordonnances. Les parlementaires qui ont voté cette disposition se dessaisissent de leur rôle de législateur et laissent le gouvernement décider unilatéralement sans contrôle démocratique.

Ce dispositif ne concerne pas sur des sujets mineurs...

Pour les établissements de santé :

Il s'agit de la clarification des procédures de passation des marchés.

- ▶ De la mise à jour de la liste d'établissements relevant de la Fonction publique hospitalière (FPH) par la modification de l'article 2 de la loi 86-33 ;
- ▶ De l'aménagement de la procédure de fusion entre établissements publics de santé ;
- ▶ De l'harmonisation du régime des autorisations de pharmacie à usage intérieur (PUI) et application à la brigade de sapeurs-pompiers de Paris et au bataillon des marins-pompiers de Marseille ;
- ▶ Des conditions dans lesquelles le Centre national de gestion (CNG) gère et prend en charge la rémunération des directeurs d'hôpital et des personnels médicaux titulaires mis à disposition des inspections générales interministérielles.

Pour la sécurité sanitaire :

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

Pour la gestion des données de santé :

Les domaines sont les suivants :

- ▶ L'harmonisation de référentiels et des procédures d'hébergement des données personnelles de santé (Code de la santé publique et code du patrimoine) ;
- ▶ Les modalités d'accès du médecin employé par l'hébergeur aux données personnelles de santé ;
- ▶ La transformation de l'agrément des hébergeurs de données de santé en une «évaluation de conformité technique réalisée par un organisme certificateur accrédité par l'instance nationale d'accréditation» ou par l'organisme

compétent d'un autre État membre de l'Union européenne ;

► L'encadrement des conditions de destruction des dossiers médicaux déjà numérisés ; la précision des conditions permettant de garantir une valeur probante aux données et documents de santé numérisés.

Concernant les produits de santé :

► Il s'agit de la clarification des dispositions législatives relatives aux substances vénéneuses et aux autres substances et plantes ayant une action pharmacologique ;

► De la mise en cohérence des dispositions relatives aux sanctions pénales dans le domaine de la toxico-vigilance avec le code de l'environnement.

Au sujet des soins de ville :

► Concerne la mise en cohérence des dispositions relatives aux maisons de santé avec celles relatives aux sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires (Sisa) et autorisation de constitution de Sisa à capital variable ;

► La clarification des dispositions relatives aux conditions de création, de gestion, d'organisation et de fonctionnement des centres de santé ;

► La mise en cohérence et abrogation de certaines dispositions relatives aux aides à l'installation des professionnels de santé ;

► L'adaptation des conditions de transfert et de regroupement communal des officines de pharmacie ;

► L'harmonisation et simplification des régimes d'agrément et d'autorisation de mise en service des transports sanitaires

Le médico-social n'est malheureusement pas en reste non plus :

► Concerne l'adaptation des dispositions législatives relatives au contrôle des structures sociales et médico-sociales.

Enfin, pêle-mêle :

► Il y a la suppression de la condition d'inscription sur la liste des experts judiciaires pour les candidats à l'inscription sur la liste nationale des experts en accidents médicaux ;

► L'amélioration du plan de la troisième partie du code de la santé publique et adaptations terminologiques des livres relatifs à la lutte contre l'alcoolisme ;

► L'harmonisation et simplification du cadre réglementaire des conditions d'implantations et de fonctionnement pour les activités de soins et d'équipements matériels lourds ;

► La simplification des modalités de contractualisation entre les agences régionales de santé (ARS), les établissements de santé et les structures de coopération, afin d'assurer une plus grande cohérence avec les projets régionaux de santé (PRS) «intégrant ainsi la révision des durées d'autorisation, et d'alléger les procédures, notamment à l'occasion d'opérations de renouvellement, de transfert ou de cession d'autorisation» ;

► La redéfinition de la composition et de la mission du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale (Cnoss) ;

► La suppression du statut des conseillers généraux des établissements de santé (CGES) et intégration dans le statut d'inspecteur général des affaires sociales (Igas).



Le domaine des GCS

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

► Les mesures consistent à adapter les conditions de

création, d'organisation et de fonctionnement des GCS et clarifier les modalités de détention et d'exploitation d'autorisations, notamment de soins, par un de ces groupements ;

- ▶ De définir le régime des mises à disposition des agents des établissements publics de santé membres d'un GCS et permettre l'application aux GCS de droit public des dispositions du Code du Travail relatives aux conditions de représentation du personnel ;
- ▶ D'adapter le régime fiscal des GCS et faciliter l'exploitation d'une pharmacie à usage intérieur (PUI) et d'activités biologiques d'assistance médicale à la procréation (AMP) ;
- ▶ De supprimer, dans le Code de la santé publique, les références aux fédérations médicales hospitalières et modifier certaines dispositions législatives laissant croire à tort que le statut de groupement d'intérêt public (GIP) s'applique aux GCS.

Ces dispositions vont entraîner des conséquences très importantes. Il s'agit pour le gouvernement de faciliter l'articulation des groupements de coopération sanitaire (GCS) avec les groupements de coopération sociaux et médico-sociaux (GCSMS) pour augmenter « le décloisonnement inter-secteur ». Ces dispositions constituent de véritables dangers de remise en cause du secteur médico-social.

↳ **Les autorisations d'activité**

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

C'est aussi une disposition très grave. A l'occasion des autorisations d'activité des établissements sanitaires et médico-sociaux, l'activité pourrait être attribuée par les DG ARS aux GCS plutôt qu'aux établissements de santé. Le déplacement des activités en serait accéléré et la mobilité contrainte des personnels aussi...

↳ **Les agents de la fonction publique et les GCS**

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

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

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

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

↳ **Les Ordres professionnels**

Un tract est disponible sur le site fédéral :

"NON à la loi Touraine, Abrogation de l'Ordre Infirmier !"

<http://www.sante.cgt.fr/Tract-NON-a-l-Ordre-Infirmier>



Résister, se rassembler, agir !



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

➔ **Face aux attaques contenues dans la loi contre le système sanitaire, médico-social et social avec un rôle renforcé des DG ARS, il est indispensable de résister.**

Dans les syndicats, dans les USD, au niveau des coordinations régionales, il est indispensable de prendre le temps de comprendre les attaques contenues dans ce texte de loi.

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



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

Il n'y a pas grand-chose à attendre du débat au Sénat où la droite majoritaire va renforcer les aspects de la loi «Bachelot».

➔ **C'est donc sur le terrain qu'il faut organiser la résistance à la mise en œuvre de la loi.**



COMMUNIQUÉ DE PRESSE

La Fédération CGT de la Santé et de l'Action Sociale demande le retrait immédiat du projet de loi santé.

Le congrès de la Fédération de la Santé et de l'Action Sociale qui s'est tenu du 23 au 27 Mars 2015 à Reims a voté à l'unanimité dans son appel le retrait sans réserve du projet de loi santé.

Hier a été voté en première lecture à l'Assemblée Nationale ce même projet de loi.

La Fédération de la Santé et de l'Action Sociale réaffirme son entière opposition à cette loi et demande son retrait immédiat.

Ce projet de loi remet en cause directement l'offre de soin et l'accès au service public, il représente une véritable régression sociale portant atteinte aux intérêts des salariés et des usagers !

La Fédération de la Santé et de l'Action Sociale revendique un vrai débat, large et public, permettant de construire une loi cadre pour développer une réelle politique de santé dans laquelle le service public jouerait un rôle prépondérant.

Le financement de la mise en œuvre de la politique de santé, tourné vers la prévention, l'éducation, la promotion du travail et de la santé, doit être adossé à une protection sociale de haut niveau qui garantisse par la solidarité l'accès de tous. Les prises en charge de l'autonomie, du médicament et de la recherche doivent également être financées par le système de protection sociale.

Montreuil, le 15 Avril 2015