

## SOMMAIRE

Pages 2-3 : Parcours du projet de loi

Page 4 : Principaux impacts du projet de loi de Santé  
pour les MICT

## Spécial « Loi Santé »

EDITO

Le projet de loi « Santé », selon Madame Touraine, a été élaboré, dans le cadre de la Mission Couty et du Pacte de Confiance.

La CGT avait, à plusieurs reprises, émis des réserves fortes sur la forme et sur le fond de la démarche ministérielle. Lors de la présentation du projet de loi au ministère, la déclaration CGT s'intitulait : « **Future loi santé : De l'austérité et des coups au service public, sous couleur de démagogie** ».

Lors de la réunion proposé en juillet 2014, la déclaration de la CGT précisait en direction de la Ministre:

« Nous sommes totalement opposés à la méthode que vous avez choisie, à savoir, définir les moyens financiers avant les orientations. En effet, la loi rectificative de financement de la Sécurité Sociale votée impose de nouvelles contraintes financières aux établissements sanitaires, médico-sociaux et sociaux avec un ONDAM général amputé de 800 millions d'euros. Le PLFSS 2015 ira encore plus loin avec un objectif de réduction des dépenses que nous n'avons encore jamais connu dans la Sécurité Sociale... Le gouvernement a refusé de revenir sur la

loi « Patient, Santé et Territoire », il la prolonge dans ses actes, dans les lois qu'il soumet au Parlement et dans le cadre budgétaire d'austérité qu'il poursuit ».

### **Et maintenant ?**

La question de rassembler, avec la CGT, toutes les forces pour empêcher ce projet de loi de voir le jour est posée.

**L'action déterminée pour que cette loi ne voit pas le jour** devrait sans nul doute s'appuyer sur les combats menés aujourd'hui pour :

- L'arrêt des restructurations, des fusions et des fermetures (de lits, de services, d'établissements).
- Le maintien de tous les services, de tous les postes.
- Le blocage des Plans de Retours à l'Équilibre Financiers et de toute remise en cause des acquis du personnel.
- L'effacement des dettes des établissements

**Jean-Luc Gibelin**

Directeur, membre de la CE de l'UFMICT



## Parcours du projet de loi

Il ne s'agit donc pas d'une analyse exhaustive des quelques 53 articles de ce projet de loi, d'autant que le texte définitif ne sera connu qu'au premier trimestre 2015.

Le projet de loi est la traduction législative de la « Stratégie nationale de santé » lancée en 2013 à grand renfort de communication et la concrétisation du plan d'économie Valls.

**Le débat et le vote du texte interviendront au mieux début 2015, soit après les votes budgétaires, dont le PLFSS 2015, qui doivent prendre en compte les premières coupes sombres dans les dépenses au nom du pacte Hollande/Gattaz et du plan d'économies Valls 1/Valls 2. La première estimation, d'ici 2017, est de l'ordre de 21/25 milliards pour l'ensemble de la protection sociale.**

Le gouvernement veut poursuivre le « détricotage de la Sécurité Sociale solidaire », réduire l'hôpital public et l'accès aux soins, pour des raisons dictées par les exigences du capital financier qui veut faire du profit sur les dépenses non remboursées par la Sécurité Sociale.

La première pierre avait été posée par la loi HPST (dite loi Bachelot) dont la CGT demande l'abrogation, elle a porté des coups à l'Hôpital public mais n'a atteint que partiellement ses objectifs, en raison de la résistance des personnels, avec la CGT, et souvent dans l'unité syndicale.

La Sécu représente un vrai obstacle aux velléités d'éclatement de la société.

Les restructurations ont été freinées (cf. Hôtel Dieu de Paris). Les instances, sous la pression des personnels, ont continué d'être un frein aux économies. Des médecins, parfois les CME, des élus, sont intervenus pour ralentir les mesures.

**La loi Santé prétend aller au bout de ce que la loi Bachelot a engagé.**

### ► PRÉAMBULE.

Un document de travail émanant de la DGOS, appelé « fiche mesure », donne assez brutalement la volonté du Ministère : « **Les coopérations hospitalières sont de nature à générer des économies sur les fonctions transverses et à mieux structurer l'offre de soins. Le développement de la prise en charge ambulatoire et la révolution du**

*premier recours inscrite dans la stratégie nationale de santé doivent conduire à une redéfinition des capacités d'hospitalisation, au profit d'une prise en charge sans hébergement ».*

### ► RENFORCEMENT DU POUVOIR DES ARS.

*« Le rôle des agences régionales de santé doit être renforcé ».*

Les ARS passeront des « contrats » avec les organismes locaux de l'assurance maladie, avec tous les établissements.

### ► LA MAINMISE DE L'ÉTAT SUR LA SÉCU VIA LES ARS.

*« Renforcer l'alignement stratégique entre l'État et l'Assurance maladie »*

### ► FAIRE LA PART BELLE AU PRIVÉ.

Au centre de la loi, il y a le **Service Territorial de Santé au Public (STSP)** qui colle parfaitement au projet de l'Union Européenne de mettre en place des Services d'Intérêt Généraux (SIG) assurés aussi bien par du privé que du public.

Le STSP instaure une confusion jusque dans les termes entre le public et le privé. Au point qu'il est question « d'acteurs », sans préciser s'il s'agit de l'hôpital public ou du secteur privé.

De même, il est question de « service public hospitalier rénové » auquel un établissement privé pourrait participer (p.7 du discours de Touraine).

### ► MISE EN PLACE DES GROUPEMENTS HOSPITALIERS DE TERRITOIRE (GHT).

C'est beaucoup plus qu'un changement de nom, c'est un outil contraignant : « ...la loi rendra **obligatoires les groupements hospitaliers de territoire qui permettront la mutualisation de certaines activités comme, par exemple, les systèmes d'information, la formation initiale ou les fonctions centrales comme les achats. Et désormais, sur un même territoire,**

les établissements porteront un projet médical commun ».

La grande nouveauté, c'est le caractère obligatoire de l'intégration dans un GHT.

Le Ministère annonce que les transferts de compétences seront obligatoires au sein des GHT, notamment : Gestion des données patients – Qualité et sécurité – Contrôle de gestion – Gestion

du personnel médical – Plateaux techniques (mutualisation) incluant la biologie – Services médico-techniques, incluant la stérilisation.

Enfin, il faut relever l'absence de référence à « la politique de santé publique » en rupture complète avec le Code de la santé... publique, ladite loi le réformant dans les concepts mêmes.

## Titre I. Renforcer la prévention et la promotion de la santé

### CHAP. 1 : SOUTENIR LES JEUNES POUR L'ÉGALITÉ DES CHANCES EN SANTÉ

Dès cette première partie, nous avons une démonstration de la méthode choisie :

Enoncer des évidences qui font la quasi unanimité dans la population et chez tous les acteurs et professionnels de la santé ; ensuite cibler, catégoriser, en l'occurrence la jeunesse, remettant en cause le principe d'universalité de toute politique en direction de la population ; troisième temps : pas de moyens supplémentaires.

Pas un mot sur les PMI... passées sous compétence départementale, tout comme les centres de planification. Pas un mot sur la misère de la médecine scolaire... !

### CHAP. 2 : SOUTENIR ET VALORISER LES INITIATIVES DES ACTEURS POUR FACILITER L'ACCÈS DE CHACUN À LA PRÉVENTION ET LA PROMOTION DE LA SANTÉ

Nous assistons au transfert généralisé de l'autorité publique vers des associations, des structures et des professionnels qui ne bénéficient pas de financements pérennes !



## Titre II. Faciliter au quotidien les parcours de santé

### CHAP. 1 : CRÉATION DU SERVICE TERRITORIAL DE SANTÉ AU PUBLIC

Par un tour de passe-passe, le service territorial de santé public se transforme par « au public » !

Il s'agit, principalement de la « structuration territoriale des soins primaires ».

Dans ce chapitre, se trouve l'article consacré à la psychiatrie largement contesté par les professionnels et la CGT.

Ainsi, un certain nombre d'articles distillent la confusion entre sécurité sociale obligatoire et complémentaire, porte ouverte, demain à la généralisation des « sur-complémentaires », comme le suggère le Medef.

### CHAP.VI : ANCRER L'HÔPITAL DANS SON TERRITOIRE

Seuls, deux articles de ce projet de loi sont consacrés à « l'hôpital »...

Mais, moins on en dit, et plus les dangers sont grands.

L'article 25 propose de refonder « un service public hospitalier », concept qui servira à gommer définitivement le distinguo entre hôpitaux publics et établissements privés lucratifs.

Après avoir gommé par un tour de passe-passe les hôpitaux publics dans un fumeux SPH, l'article 26 entend accélérer le processus de rétrécissement du périmètre imparti aux hôpitaux publics dans notre système de soins, en les obligeant à adhérer à un groupement hospitalier de territoire (GHT).

# ➡ Principaux impacts du projet de loi de Santé pour les MICT

Tentons de mettre en lumière les impacts potentiels pour les médecins, ingénieurs, cadres et techniciens du projet de loi santé.

La finalité explicite du projet actuel est bien de reconsidérer l'organisation des soins dans son ensemble.

## ➤ RÉDUCTIONS DU PERSONNEL ET MOBILITÉ.

Dans le document « fiches articles », le Ministère fixe l'objectif: « Les GHT doivent également permettre les mutualisations d'efficience sur les fonctions supports, de manière à réaliser d'importantes économies que l'on peut chiffrer à environ à 270 millions d'€ sur 3 ans » (soit l'équivalent de la destruction de 6 800 ETP).

Nous pouvons évoquer la "variable d'ajustement" qui sera privilégiée pour supprimer autant d'emplois : **les agents contractuels** qui seront prioritairement touchés par des fins de contrats.

Pour les agents sous statut, le projet de loi prépare la mise en place d'une mobilité imposée de grande ampleur : Le Ministère prévoit de modifier les articles 2, 48 et 49 de la loi du 9 janvier 1986 (statut des fonctionnaires hospitaliers) pour permettre :

- l'affectation d'un agent sur un autre établissement du GHT que son établissement d'origine.
- l'affectation d'un agent sur le GHT lui-même quand l'activité est transférée.

C'est bien la conception de l'emploi public qui est percutée par le projet actuel.

Le Ministère prévoit également de réécrire le Code de la Santé pour cet objectif.

## Finalité et concept du travail

La mobilité et la conception économiste des coopérations remettent en cause la conception du travail et sa finalité. Il ne s'agit plus de répondre aux besoins des personnes prises en charge. Plus question de projet d'équipe, de projet de service, d'implication individuelle dans un groupe professionnel. Il s'agit de produire des actes uniquement en fonction de critères financiers. Aujourd'hui sur un site, demain ou le mois suivant sur un autre, puis sur un troisième le trimestre prochain !...

C'est aussi l'éclatement des équipes professionnelles, des solidarités professionnelles.

## ➤ CONCERNANT LE PROJET MÉDICAL.

Le projet de loi est sans ambiguïté : « Chaque groupement hospitalier de territoire élabore **un projet médical unique pour l'ensemble de ses membres** ». Le risque est grand que ce projet médical du groupement soit réalisé loin des actrices et acteurs de terrain.

*L'hôpital public risque de se résumer à « une équipe-ressource » sur le territoire, comme le laisse présager un texte en préparation pour « partager les médecins hospitaliers »... alors qu'il y a un manque cruel de PH dans nombre d'EPS, et que le projet de loi entend créer « un corps de médecins hospitaliers remplaçants titulaires » !!!*

## ➤ CONCERNANT LA GOUVERNANCE.

L'intégration des médecins à la gestion serait poursuivie et des CME privées de projet médical seraient vidées de leur substance.

Il n'est pas prévu d'amélioration de la place et du fonctionnement des instances représentatives des établissements de santé.

## Les ordres professionnels

Contrairement aux promesses ministérielles qui n'engagent que celles et ceux qui y croient, il n'y a rien de prévu dans le projet actuel concernant la remise en cause des ordres professionnels pour les salarié-e-s. Au contraire, le temps pris par la Ministre a permis à la justice de rendre un avis, pour l'instant définitif, concernant les kinésithérapeutes salarié-e-s, imposant l'inscription à l'ordre.

Il est précisé « Les ordres professionnels objectiveront les pratiques de feuilles de soins ! ». Donc les ordres sont maintenus et le projet leur donne un rôle noble afin de justifier encore un peu plus leur existence !



Nous devons investir avec plus d'audace et de permanence des questions qui sont décisives pour crédibiliser des propositions alternatives et mobilisatrices.

Il n'est pas question de laisser ce projet de loi se concrétiser, ni se mettre en œuvre sur le terrain.

**Claire Delors**

Orthophoniste, membre de la CE de l'UFMICT

**Jean-Luc Gibelin**

Directeur, membre de la CE de l'UFMICT