

Un Projet de loi Santé sur ordonnances

Michelle LAUTON

25 Février 2019

Le gouvernement présente au Parlement à partir du 18 mars un projet de loi sur la Santé, traduisant les annonces d'Emmanuel Macron (Plan Santé 2022) sur la restructuration du système de santé, et dont l'essentiel des articles renvoie à des décrets en Conseil d'État ou à des ordonnances. En même temps, le rapport Aubert¹ sur la tarification propose des mesures dans l'objectif de diminuer les coûts.

Ordonnances ... pour pouvoir consulter

Présentée en conseil des ministres le 19 Février, la réforme projetée va transformer l'organisation territoriale de la santé, la formation et les carrières des professionnels de santé, étendre le recours au numérique et à la télé-médecine sans consultation clinique préalable et elle est censée « simplifier, harmoniser et sécuriser » le cadre juridique des soins. C'est donc un ensemble de réformes majeures du système de soins français. Mais le gouvernement veut aller vite pour pouvoir appliquer dès la rentrée 2020 la réforme de la formation en santé. Au CNESER dont l'avis est obligatoire sur les articles concernant les formations, il justifie qu'il va procéder par ordonnances pour pouvoir consulter ! Mais aucune ordonnance ne donnera lieu à un avis consultatif d'instance.

La partie « formations » du projet de loi

Pour la formation initiale des seuls médecins, pharmaciens, dentistes et sage-femmes (quid des kinés dont le principal vivier de recrutement était la PACES, des infirmiers et autres personnels paramédicaux pourtant intégrés à Parcoursup ?), sont instaurées des capacités d'accueil en 2^{ème} et 3^{ème} année déterminées par l'université, après avis conforme de l'ARS² prenant en compte les lieux de stage et des « *objectifs nationaux pluriannuels établis pour satisfaire les besoins du système de santé, réduire les inégalités territoriales d'accès aux soins et permettre l'insertion professionnelle des étudiants* ». Donc officiellement on supprime le « *numerus clausus* » (et le redoublement), ce qui est une de nos revendications ... mais les capacités d'accueil vont jouer ce rôle. Et l'ARS va piloter.

¹ https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_financement_et_regulation.pdf

² Agence Régionale de Santé : établissement public autonome sous la tutelle du Ministère de la Santé, qui a pour objectifs de mettre en œuvre la politique de santé et de maîtriser les dépenses de santé de l'Assurance maladie.

L'organisation concrète est renvoyée à un décret en Conseil d'État et à chaque université (pas de cadrage national). La ministre annonce une augmentation de 20% du nombre de médecins formés, alors que le quota était de 8 205 en 2018.

Si l'article 2 acte la suppression de l'examen classant de second cycle (c'était aussi une de nos revendications), il le remplace par une admission – sans cadrage national - subordonnée à une note minimale à des épreuves permettant d'établir que l'étudiant a acquis les connaissances et compétences suffisantes au regard des exigences de la formation de troisième cycle. Mais le processus de répartition des postes, opaque, est renvoyé à un décret en Conseil d'État.

Rien sur les moyens concernant ces deux articles ... alors qu'on va augmenter le nombre de médecins formés ! Le SNESUP a voté contre le 1^{er} et s'est abstenu sur le 2nd.

D'autres articles concernent aussi des aspects formations : une « *re-certification des compétences des médecins* », ce qui vient renforcer l'existant (DPC triennal) géré par l'Agence du Développement Professionnel continu (loi de 2016). C'est a priori positif, mais pourquoi aussi légiférer par ordonnance ? Les contrats d'engagement de service public à des praticiens – qui permettent d'assurer des présences de médecins dans des régions désertifiées en contreparties d'aides pendant les études – seront ouverts à des médecins à diplômes étrangers hors-UE devrait permettre à certains médecins étrangers de voir reconnue leur qualification professionnelle. Cependant les clauses qui leur seraient appliquées (lieux différents des autres diplômés, changement de lieux d'exercice) posent question.

Mais que penser de l'extension du statut de médecin adjoint – réservé aux internes – à des zones de déserts médicaux, palliatif à une situation catastrophique ?

Un changement de statut des praticiens hospitaliers

Afin de « *fluidifier les carrières entre la ville et l'hôpital pour davantage d'attractivité* » -c'est-à-dire de renforcer le lien public/privé, il est prévu de modifier par voie d'ordonnances des dispositifs statutaires (statut de praticien hospitalier auquel on accédait par concours), sans aucune consultation avec les organisations syndicales de personnels de l'ESR (Cf. intervention du SGEN en CNESER).

La hiérarchie territoriale

Le titre 2 propose de « *créer un collectif de soins au service des patients et mieux structurer l'offre de soins dans les territoires* ». Il crée le projet territorial de santé, qui associe ville, hôpital et médico-social, public et privé, ainsi que les

communautés professionnelles territoriales de santé, soumises à l'approbation du directeur de l'ARS ... sans autre consultation sans doute que le conseil territorial de santé.

Par ordonnances encore, seront définies les « missions et modalités de gouvernance » des hôpitaux de proximité (géronologie, consultations, ...mais plus d'hospitalisation), modifier (« moderniser » dit-on) les autorisations d'activité de soins, des équipements lourds et d'hospitalisation ou HAD. La ministre dit qu'elle ne fermerait plus les hôpitaux de proximité. Mais les maternités continuent de fermer et les accouchements sur la route se multiplient (19 en 1 an dans le Lot). On peut donc craindre le pire.

Il est aussi question de favoriser les regroupements des hôpitaux (par exemple, en Groupement Regional Hospitalier), la mutualisation (par exemple, les personnels). Et pour « simplifier » on renforce la gouvernance par une commission médicale de groupement (art10). Ces regroupements auront des libertés en termes d'investissement, et d'accès à leur disponibilité financière. On a vu les conséquences dans l'ESR de ce type de gouvernance, avec la LRU et les RCE !

Le numérique

Le numérique (développé dans le titre III) est présent sous plusieurs aspects : la collecte des données de santé à des fins d'utilisation (de façon sécurisée) et l'espace numérique de santé (d'ici le 1^{er} janvier 2022) pour l'accès au dossier médical partagé (DMP appliqué en 2019) et à des échanges sécurisés avec praticiens et établissements de santé. Sont aussi définis la télésanté (remplaçant la télémedecine) et les télésoins, qui s'appliqueraient aux pharmaciens et à des personnels paramédicaux, dont les tarifs et paiements à l'acte seront codifiés. Enfin, un article est consacré à la prescription dématérialisée, dont le contenu précis est renvoyé à une ordonnance.

Rapport Aubert sur la tarification

Juste avant la présentation de la loi en Conseil des Ministres, est paru le rapport Aubert sur la tarification, dont l'objectif est de diminuer les coûts, en réformant en profondeur le financement de l'hôpital et dans une moindre mesure la médecine de ville pour. Ainsi, ce rapport prévoit de faire passer la part de la tarification à l'activité (T2A) – fortement contestée - dans le budget des établissements de santé de 63 % à 50 % d'ici à 2022.

Le gouvernement prévoit déjà d'inscrire certaines mesures dans le PLFSS 2020

Plusieurs modalités sont envisagées :

- forfaits de prise en charge avec un suivi d'indicateurs de qualité pour s'assurer de l'amélioration des résultats. – exemple : forfait diabète pour les services hospitaliers
- Le paiement à la qualité et à la pertinence (par exemple, délai pour l'envoi des résultats)
- le paiement pour la structuration du service (exemple psychiatrie)
- le paiement à la séquence de soins (exemple : chirurgie/rééducation)
- le paiement à l'acte et au séjour (avec évolution des nomenclatures – favoriser l'ambulatoire)

L'ensemble de ces évolutions devraient être mises en œuvre dans le cadre d'un travail de co-construction avec les patients, les professionnels du secteur de la santé, les parlementaires et l'ensemble des régulateurs.

Agnès Buzyn a missionné Aubert pour continuer et présenter des propositions en Mars. Les organisations de personnels de santé réagissent de manière divisée selon les catégories représentées et leur lieu d'exercice professionnel. On ne sait si des représentants des usagers seraient associés à ces débats ; ni comment le cas échéant.

Conclusion

Le SNESUP dénonce l'utilisation des ordonnances dans l'élaboration d'une réforme de la santé, alors que celle-ci doit prendre en compte l'expression des besoins et des attentes de toutes et tous. Il demande que le gouvernement cesse d'avancer à marche forcée. Il faut aussi associer les représentants des personnels aux discussions ainsi que ceux des usagers, pour assurer une politique de santé au service de toutes et de tous, à laquelle chacun contribue selon ses moyens et reçoit selon ses besoins.