

BACHELOT

Comment en finir avec le service public de santé

Le projet de réforme « Hôpital Patients Santé Territoires » (HPST), dit « Bachelot », s'inscrit dans un double processus : affaiblissement de la sécurité sociale et nouvelle « gouvernance » de l'hôpital, sur le modèle du privé.

Le premier aspect a commencé il y a plusieurs dizaines d'années avec les évolutions de la branche maladie de la Sécurité Sociale : en réalité un lent et patient démontage. Imaginée à la libération en 1945, la Sécurité Sociale était définie comme un dispositif solidaire de remboursement des soins, basé sur des cotisations et constituant un salaire socialisé (chacun cotise selon ses moyens et reçoit selon ses besoins).

Démontage et affaiblissement de la Sécu

Plusieurs leviers ont été actionnés pour ce démontage...

- Pour commencer, rembourser de moins en moins les malades : depuis l'instauration du forfait hospitalier par la gauche dans les années quatre-vingt, en passant par les déremboursements de médicaments, jusqu'à la mise en place des franchises soit disant médicales par la droite.

- Ensuite fabriquer le « trou » de la Sécu notamment en multipliant les exonérations de cotisations patronales (« les charges »). Ainsi, de nombreux économistes attestent du transfert en 30 ans de 10 points de valeur ajoutée des salaires vers le capital. Ce transfert s'est opéré en bonne partie sur sa part socialisée (dite aussi « indirecte ») ce qui le rend moins visible pour chacun.

- Et puis reporter sur les salariés une partie du financement : c'est la contribution sociale généralisée (CSG), mise en place par Rocard. Au départ elle était censée élargir l'assiette des revenus soumis à cotisation. Dans la réalité la CSG est essentiellement payée par les salariés : comme cotisation salariée prélevée sur le salaire net pour une part, comme impôt prélevé à la source d'autre part et de toute façon sans toucher au coût global du travail.

- Enfin et surtout, inciter chacun à se prémunir individuellement contre le « risque »

maladie, et pour couvrir ce que les experts appellent pudiquement le « reste à charge ». C'est le terrain qu'occupent de manière de plus en plus convergente en terme de gestion les mutuelles et surtout les assurances privées qui, au passage, contribuent à créer un nouveau marché. Ce marché dégage éventuellement des bénéficiaires, ce qui revient, du point de vue patronal, à faire d'une pierre deux coups.

La réforme Bachelot s'attaque aujourd'hui plus concrètement aux organismes de sécurité sociale eux-mêmes en les faisant passer, avec une partie du personnel, sous le contrôle des agences régionales de santé (ARS) et notamment du directeur tout puissant. Celui-ci sera chargé par exemple de la gestion et de l'affectation des fonds dans le cadre des enveloppes affectées aux différentes activités (hôpital, médico-social, médecine libérale).

De Juppé à Bachelot...

Le deuxième aspect de la réforme concerne plus spécifiquement l'organisation de l'hôpital, son fonctionnement et la manière de le gérer. Là encore, le processus ne démarre pas aujourd'hui : plusieurs étapes se sont succédées depuis une quinzaine d'années.

Ça a commencé avec les ordonnances Juppé de 95 et la mise en place des Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH) par le gouvernement Jospin. Elles ont organisé un grand mouvement de fermeture de lits, de diminution de capacité d'accueil dans les services. Ce sont les ARH qui ont par exemple initié les fermetures d'hôpitaux de proximité au motif d'une insuffisance d'activité et sous prétexte de problèmes de sécurité. Les normes techniques, revues à la hausse, ont de fait obligé à la concentration de certaines activités. De ce point de vue, l'exemple des maternités est éclairant avec



PHOTO : M. MIGNEAU

Le 28 avril, manif de convergence avec l'enseignement supérieur.

des fermetures en dessous d'un certain nombre d'accouchements par an et la constitution de grosses maternités publiques effectuant autour de 3 000 accouchements par an. Les cliniques privées ont, elles, eu tendance à se retirer de ce créneau pour des raisons de rentabilité.

Cela a continué avec le « plan hôpital 2007 » qui met en place une nouvelle gouvernance avec la constitution de pôles regroupant plusieurs services, dotés d'un certain degré d'autonomie dans la gestion (notamment du personnel) et l'externalisation par privatisation d'une série d'activités liées au fonctionnement (ménage, restauration, buanderie, services techniques). Ce plan a mis aussi en place progressivement la tarification à l'activité (T2A), comme dans les cliniques privées : comparable au système du paiement à l'acte en médecine de ville, ce mode de financement attribue à chaque acte professionnel un tarif dont le montant a été calculé sur la base d'un prix « moyen ». Le premier problème, c'est que selon les malades, la prise en charge n'est pas identique : par exemple une ablation de la vésicule biliaire chez une personne de 50 ans sans autres problèmes de santé « rapportera », au nom de la T2A, autant que la même opération chez une personne de 80 ans présentant une hypertension artérielle ou un diabète nécessitant plus de soins et plus de temps. On comprend pourquoi aujourd'hui on parle assez ouvertement de tri des bons malades (faut-il dire des bons clients ?) et que

les cas les plus « difficiles » sont orientés vers le public. L'autre problème c'est que certaines activités ne sont pas prises en compte, comme la prévention ou l'éducation des malades chroniques. Le professeur Grimaldi a ainsi écrit qu'au mépris de la santé et de l'intérêt des malades, il était plus « rentable » d'enlever chirurgicalement un orteil à un diabétique que de le traiter médicalement.

... alignement sur le privé.

L'objectif général est simple : contraindre l'hôpital public à s'aligner sur le secteur privé, lui imposer ses méthodes de gestion, sa logique marchande de vente de soins. On oublie tout simplement que le service public a des contraintes que n'a pas le secteur privé, comme par exemple l'accueil de tous les malades 24 h sur 24, quelque soit leur âge, leur pathologie, leur couverture sociale et cela au tarif de la Sécurité Sociale (alors que dans le privé les dépassement d'honoraires sont quasiment devenus la règle).

Le résultat ne s'est pas fait attendre : après quelques années d'un tel régime, des dizaines d'établissements publics (du plus petit au plus grand) sont en grande difficulté financière. Un rapport récent établit que 24 Centres Hospitaliers Universitaires sur 27 sont en déficit. Evidemment, pour retrouver l'équilibre, les pressions sont fortes pour réaliser des économies. Le personnel est dans le collimateur des gestionnaires et devient une grosse variable d'ajustement. Le manque chronique de personnel est généralisé dans le public avec toutes les conséquences pour les malades (attentes insupportables, délais de rendez-vous) et pour les personnels (stress, fatigue, démotivation, impression de travail à la chaîne...). Pressions sur le personnel avec dégradation des conditions de travail, alignement sur les méthodes de gestion financière du privé, concurrence entre établissements pour avoir les bons malades et les pathologies rentables : on retrouve dans de nombreux services publics la même logique et les mêmes méthodes qui ouvrent la voie de la privatisation.

Le manque de moyens pèse aussi sur le matériel et le fonctionnement général de l'établissement. De plus, cela permet aux partisans de la marchandisation de dénoncer le service public de santé comme posant trop de problèmes et donc de justifier la

« réforme » : soit vous vous mettez au mode de fonctionnement du privé, soit vous risquez de disparaître.

Des super-patrons pour l'hôpital

La réforme Bachelot vient ajouter un échelon à ce processus et enregistrer légalement, généraliser des « expérimentations » mises en place depuis plusieurs années. Si elle aborde de nombreux points, on peut ici relever quelques aspects essentiels. La mise en place d'une Agence Régionale de la Santé prend non seulement la suite des ARH mais intègre aussi la question des relations avec la médecine de ville libérale et le médico-social (structures pour handicapés et personnes dépendantes). Le directeur de cette agence, chargé de mettre en place l'organisation des établissements, avec une logique strictement financière, sera nommé en conseil des ministres. Il sera bien sûr doté de nombreux pouvoirs pour imposer réorganisations, fermetures de service, mises en place de différents types de coopération, etc. Un certain nombre de moyens lui sont donnés pour réaliser ses objectifs. D'abord, il établira et signera le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens qui précisera ce que fait l'établis-



PHOTO : M. MIGNEAU

sement, ses perspectives d'activité, les moyens humains mis à disposition, etc. Ensuite il mettra en place et pourra choisir les établissements qui constitueront un nouvel échelon administratif : la Communauté Hospitalière de Territoire (CHT) qui rassemblera les plus petits établissements autour d'un gros établissement régional appelé établissement-siège. Ceci permettra ensuite toutes les évolutions internes et notamment les regroupements, les transferts d'activité vers le centre ou le changement d'activité. Enfin, pour ne pas oublier le secteur privé, le directeur de l'ARS pourra aussi mettre en place un

Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) entre public et privé, ce qui permettra, sous couvert d'organisation, de laisser au privé les activités les plus intéressantes financièrement, voire même de le mettre en situation de monopole sur certaines activités comme cela se passe déjà dans certaines régions. La convergence des méthodes de gestion, effaçant les différences entre public et privé, viendra évidemment favoriser ce type de projet (il existe déjà des hôpitaux « publics » où la porte de droite, c'est le public et la porte de gauche, une clinique privée intégrée).

Le directeur de l'ARS gèrera aussi le secteur médico-social, qui prend en charge personnes handicapées ou personnes âgées, avec une logique d'appels d'offres et donc de mise en concurrence systématique. Là aussi, les plus gros opérateurs du secteur se préparent à prendre le contrôle des petits établissements et le secteur lucratif se positionne sur les créneaux « rentables » des clients solvables. Et enfin il nommera les directeurs des établissements et aura le choix de leur statut (privé, contractuel ou public), fixera leurs objectifs, décidera de la part variable de leur rémunération, bref un super-patron comme Nicolas Sarkozy les aime, véritable plénipotentiaire sanitaire.

Au niveau de l'hôpital, le directeur lui aussi sera doté de nombreux pouvoirs¹⁾. Mais en réalité ceux-ci seront limités par l'ARS, via le regroupement dont son établissement fera partie.

Le projet de réforme Bachelot s'inscrit donc dans la continuité de toutes les contre-réformes engagées depuis 25 ans. D'autres étapes sont encore à venir et notamment l'épineuse question du statut de la fonction publique hospitalière. Bachelot a renoncé à s'y attaquer de front, contrairement à ce que préconisait le rapport Larcher qui est à la source de ce projet de loi, mais... ?

BRUNO PERCEBOIS

1) Même si aujourd'hui, face aux mobilisations des personnels (et notamment des médecins), une stratégie de recul semble se mettre en place dans le cadre du débat au Sénat.

