

I- LA CRISE DE L'HÔPITAL PUBLIC

1- Une crise des valeurs.

1-1 Il n'y a pas si longtemps, notre système hospitalier était une référence où se conjuguait l'excellence et l'égalité des chances.

Ces atouts n'ont pas disparu mais ils sont enfouis ou gâchés. Pourquoi ?

La première réponse est générale : le Service public Hospitalier a cédé la place à une logique financière et comptable à court terme qui domine tout.

Cette logique est une fabrique d'inégalités, d'injustice et de colère.

Qu'explique-t-on aux salariés de l'hôpital ? Qu'ils constituent une charge et non une richesse. Que la nouvelle règle s'écrit : « tous concurrents et que le moins cher gagne ».

1-2 Cette logique est l'aboutissement d'un long travail auquel ont pris part de nombreux responsables hospitaliers et dont certains effets se manifestent dès les années 1980.

Des hauts fonctionnaires, des directeurs d'hôpital, ont entonné le discours de l'hôpital entreprise, et fustigé tous ceux qui avaient une autre vision que la leur.

Une de leurs premières idées fut de transformer l'hôpital en établissement public industriel et commercial.

Leur discours s'est développé autour de l'idée de modernité expliquant que les problèmes de l'hôpital étaient de moins en moins politiques, de plus en plus techniques.

Des projets de réformes (tarification à la pathologie, nouvelle gouvernance, etc.) furent confiés à certains d'entre eux, choisis pour leur « expertise », et que l'on supposait « neutres » bien que la plupart du temps issus de la technocratie de l'Etat et d'un syndicalisme corporatisme.

1-3 Une vision d'ensemble de la politique hospitalière, moderniste et techniciste, s'est ainsi développée.

L'un des ses résultats est d'avoir réussi à faire passer les progressistes pour des conservateurs, la critique pour de l'immobilisme, et surtout la logique financière comme l'horizon indépassable du système hospitalier.

La santé et l'hôpital ont été considérés comme des sujets plus consensuels que d'autres. Nous voulons impérativement relancer le débat public sur ces questions. Parce qu'il existe bien des visions différentes de la santé, et à fortiori de l'hôpital public.

1-4 Avec le plan hôpital 2007, l'inspiration libérale de cette idéologie est apparue plus ouvertement.

Le secteur privé lucratif a été le grand bénéficiaire du volet investissement du plan hôpital 2007.

Pour la première fois, l'argent public a été distribué aux cliniques sous forme de subventions considérables.

Le gouvernement a aidé financièrement toutes les cliniques qui ont fait le choix de se regrouper, et ce avec le soutien des représentants de l'hôpital public de la tendance techniciste et moderniste.

Aucune contrepartie n'a été exigée. Aucun cahier des charges d'obligations de service public. Aucune obligation en matière de permanence des soins.

Bien au contraire, simultanément, la réforme du « parcours de soins » offrait la possibilité aux médecins spécialistes des cliniques de pratiquer plus facilement les dépassements d'honoraires.

1-5 Cette évolution devrait s'accélérer si la loi Bachelot est prochainement votée par les parlementaires.

Dès l'article 1 du projet de loi, la volonté du gouvernement de déréguler complètement le service public hospitalier, est annoncée clairement.

Cet article 1 crée un dangereux précédent en prévoyant que toutes les missions de service public pourront être assurées par les cliniques privées commerciales.

Cette disposition nous paraît inacceptable. Comment peut-on, en ces temps de crise financière où les investisseurs du monde entier sont montrés du doigt pour leurs spéculations hasardeuses, accepter de légaliser leur intrusion dans un domaine aussi sensible que celui de la santé ?

Les missions de service public qui pourraient être confiées aux cliniques commerciales sont énumérées de façon la plus large possible.

Elles comprennent :

1. La permanence des soins,
2. L'enseignement universitaire et post-universitaire,
3. La formation continue des praticiens hospitaliers et non hospitaliers,
4. La formation initiale et continue des sages-femmes et du personnel paramédical et la recherche dans leurs domaines de compétence,
5. La recherche en santé,
6. Les actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination,
7. L'aide médicale urgente, conjointement avec les praticiens et les autres professionnels de santé,
8. La lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui oeuvrent dans le domaine de l'insertion,
9. Les actions de santé publique,
10. La prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement,
11. Les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire, dans des conditions définies par décret,

12. Les soins dispensés aux personnes retenues en application de l'article L. 551-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile,

13. Les soins dispensés aux personnes retenues dans les centres socio-médico-judiciaires de sûreté.

Les cliniques commerciales qui obtiendront de l'Etat tout ou partie des missions de service public, devront assurer trois garanties :

1. L'égal accès à des soins de qualité,

2. L'accueil et la prise en charge 24 heures sur 24 des patients ou leur orientation vers un autre établissement ou institution, dans le cadre défini par l'agence régionale de santé,

3. La possibilité d'être pris en charge aux tarifs fixés par l'autorité administrative ou tarifs des honoraires prévus au 1° de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale.

En clair, alors que les cliniques commerciales pourraient obtenir délégation de la totalité de l'éventail des missions de service public, leurs obligations en contrepartie, sont fixées a minima :

- La clinique pourra continuer de sélectionner ses patients en renvoyant les « cas les plus lourds » ou « les moins rentables » vers l'hôpital public le plus proche.

- La clinique pourra continuer de pratiquer sans restriction les dépassements d'honoraires, puisque le texte se contente d'évoquer « la possibilité » pour les patients de bénéficier des honoraires conventionnels.

Les cliniques pourront ainsi poursuivre la sélection des malades et les dépassements d'honoraires. Pourront seulement faire l'objet d'une sanction, les médecins qui exposeront « les assurés à des dépassements d'honoraires excédant le tact et la mesure » (article 18 du projet de loi)...

1-6 L'article 1 du texte de loi est inacceptable et révélateur du scénario dans lequel s'inscrit le projet Bachelot.

Il s'agit d'un scénario libéral visant à séparer assistance et assurance et à développer cette dernière composante en faisant appel aux mécanismes de concurrence propres à ce secteur.

Dans une perspective plus large, les caisses pourraient être mises en concurrence et les hôpitaux publics volontaires transformés à terme en établissements privés.

Sans en apparence remettre en cause les principes de la sécurité sociale, la définition en parallèle d'un panier de soins remboursés mettra une partie des dépenses à la charge des patients et donc de leurs mutuelles ou assurances privées.

Conclusion N°1 :

Cette politique inspirée du modèle américain présentera pour le gouvernement l'avantage de ne plus rationner la demande de soins ... du moins pour ceux qui ont les moyens... En revanche, elle réduira fortement la solidarité envers les plus démunis et elle pèsera financièrement sur les classes moyennes. La santé se transformera en gigantesque marché...

2- Une crise des métiers

2-1 Les tensions s'accroissent sur les professions de l'hôpital.

Les professionnels doivent faire face à des conditions de travail toujours plus difficiles tout en absorbant les différentes réformes qui se succèdent à un rythme toujours plus rapide.

Cette crise est également due à la politique malthusienne en matière de démographie professionnelle.

Les gouvernements successifs ont choisi de réduire l'offre de santé, c'est-à-dire de diminuer le nombre de médecins et d'infirmières.

Les 35 heures ont représenté un bouleversement de grande ampleur.

Au lieu de redonner de la marge aux soignants très sollicités, les services ministériels de la santé ont réussi l'exploit d'organiser et d'accroître eux-mêmes la pénurie de personnels qu'ils avaient pour mission de combattre.

A une crise des métiers, on a répondu par l'octroi d'une réforme imposée d'en haut qui a accru les difficultés.

Pour le corps médical, ce phénomène s'est doublé d'une réglementation européenne limitant la durée de travail par plafond à 48 heures par semaine, en moyenne sur quatre mois.

2-2 La crise démographique est amplifiée par l'aberrante "politique des revenus" vis à vis de l'exercice libéral de certaines spécialités qui conduit à siphonner les établissements publics.

La pénurie existant dans certaines disciplines médicales conduit les établissements à recourir à l'intérim, à contourner le statut.

Ainsi l'intérim se développe et détourne certaines catégories de médecins des voies normales d'exercice professionnel et cela sans aucune régulation financière.

2-3 La santé n'est pas seulement un secteur à vocation sociale administré par la puissance publique, c'est aussi un secteur économique comme les autres, dont le poids est considérable.

Qui présente en outre un double intérêt : c'est un secteur de service fortement créateurs d'emplois, mais c'est aussi un secteur économique soumis de plus en plus à la concurrence européenne et mondiale.

La question de la compétitivité se pose donc de façon urgente.

2-4 Tout doit être entrepris pour assurer le développement harmonieux et durable de ce secteur, en particulier par la formation d'emplois hautement qualifiés.

On comprend bien que l'argument des finances publiques fait ici obstacle, mais il est impératif de dépasser l'approche comptable au profit d'une analyse véritablement économique.

D'ailleurs, lorsqu'on raisonne de ce point de vue, on trouve des résultats tout à fait différents et qui n'ont jamais été versés au débat, et encore moins exploités.

Des travaux récents de Patrick Artus montrent en effet que si l'on cesse de rationner l'offre, cela conduirait en dix ans à un supplément de dépenses de santé de 25%, près de 2 points de PIB, à un accroissement d'emplois dans la santé de 9%, et à une hausse des dépenses de R&D de 0,2% de PIB.

Et finalement à un supplément de croissance potentielle de 0,2 point de PIB par an.

Une politique publique à moyen terme doit se placer dans cette perspective volontariste.

Conclusion N°2 :

Face à la croissance de demande de soins qui ne devrait pas diminuer dans les années à venir, une politique de restriction de l'offre, prolongeant celle qui a été menée par les différents gouvernements sous le terme édulcoré de « maîtrise des dépenses hospitalières », aura des conséquences économiques négatives contrairement à ce que des experts, plus comptables qu'économistes, croient et laissent croire.

3- Une crise financière

3-1 L'hôpital public est étouffé par son sous financement.

Les établissements en ont subi les conséquences : ils ont réduit les dépenses d'investissement, diminué les services rendus à la population, ils se sont endettés ce qui assombrit l'avenir, ou bien ils ont augmenté les tarifs à la charge des familles ce qui correspond à un transfert de charges.

Les pouvoirs publics demandent aux responsables hospitaliers de mettre l'accent sur la gestion et le redressement financier de leurs établissements.

Les ARH et les directeurs doivent passer des contrats d'engagement de retour à l'équilibre.

Or la réforme du financement des hôpitaux s'accompagne d'un manque total de lisibilité.

Les règles du jeu changent de manière importante au cours d'un même exercice.

Dès le mois d'octobre, la course aux crédits non reconductibles commence car les ARH bradent les enveloppes financières qu'elles ont mises de côté.

3-2 Le PLFSS 2009 risque d'accentuer cette régulation comptable à courte de vue.

Il s'inscrit dans la perspective tracée par la première loi de programmation de finances publiques : une croissance de l'ONDAM limitée à 3,3% d'ici 2012 avec un objectif de réduction de la part de l'hôpital.

Or toute réforme ambitieuse exige des moyens.

Où le gouvernement va-t-il trouver des moyens pour équilibrer les comptes pour 2012, alors que les hôpitaux ont débuté l'année 2008 avec un déficit de 800 millions d'euros et que le ministre du budget exige 4 milliards d'économies à la Sécurité sociale ?

Ces derniers temps, les responsables de la politique de santé ont cru ou feint de croire que la hausse des dépenses pourrait être maîtrisée, confortés dans cette vision par les rédacteurs de rapports qui les conseillent.

Conclusion N°3 :

Un vrai débat public nécessite des propositions de scénarios alternatifs en se plaçant dans la perspective de nouvelles régulations publiques de l'hôpital.

Il ne faut pas s'efforcer de freiner une croissance inéluctable, mais dans une large mesure, y contribuer par une politique volontariste.

II- PROPOSITIONS POUR DES REGULATIONS PUBLIQUES NOUVELLES DE L'HÔPITAL

Six urgences s'imposent en sachant que cette liste doit être discutée, complétée, modifiée.

1- Les dépenses hospitalières doivent être considérées comme un facteur de développement économique, social, humain

1-1 La santé, en tant que secteur d'activité, joue un rôle dynamique dans l'économie.

Elle représente 11% de la richesse nationale et se révèle particulièrement utilisatrice d'emplois qualifiés.

Les hôpitaux constituent des employeurs importants sur le plan local et régional et contribuent au développement économique des territoires où ils sont implantés.

1-2 Notre système hospitalier même affaibli par l'actuelle politique, conserve d'importants atouts.

Nous avons un modèle qui repose, même s'il faut certainement les améliorer, sur des mécanismes de solidarité.

Nous avons des services et des équipements, certes à moderniser, mais qui restent meilleurs que chez la plupart de nos voisins et qui rendent attractif notre territoire.

Nous consacrons des fonds importants, quoique insuffisants et mal orientés, à la formation.

Ce que certains présentent comme une charge, voire comme un boulet, constitue en réalité la clé du futur et une véritable chance pour un pays comme le nôtre.

Préconisations N°1 :

Il s'agit de maintenir et de renforcer les bases d'un système de santé égalitaire, solidaire et efficace.

L'attachement des français à notre système justifie que l'on brise si nécessaire le tabou des prélèvements obligatoires.

Cela implique de rompre avec les politiques de maîtrise comptable des dépenses remboursables qui ont plongé notre système de santé dans sa crise profonde.

On devra au contraire repartir de l'idée d'une évaluation, à partir du terrain des besoins réels des populations.

Les changements devront s'appuyer sur le principe de régulation médicalisée et concertée, et l'évaluation du service rendu.

2- Il faut réviser les modalités de financement à l'activité

2-1 Il existe une volonté de ramener l'hôpital public à la portion congrue et le dispositif hôpital 2007 entrainé dans ce cadre.

Le financement des hôpitaux en fonction de l'activité réalisée est une évidence.

Mais les modalités actuelles de ce financement notamment l'objectif d'avoir à terme des tarifs identiques dans le secteur public et privé, se traduisent par un transfert de charges de moyens vers le privé.

2-2 D'autres conséquences négatives de la réforme devront aussi être corrigées.

Il y a peu de chances que ces considérations fassent irruption dans le débat public.

Ce sont des analyses complexes, techniques et surtout inhabituelles.

Pourtant, force est de constater que les notions de qualité ne sont pas prises en compte de manière prioritaire dans la définition des tarifs.

De plus, les prix dans le secteur public sont calculés par rapport à des moyennes.

La légitimité clinique d'un tel système est fragile : il prend une moyenne pour une norme.

Ce système doit être impérativement amélioré.

De plus le système de la nouvelle tarification est par essence inflationniste

Il n'y a pas de mécanismes de contrôle du bien fondé des hospitalisations et des prescriptions; certaines activités médicales "à actes" et certaines chirurgies ambulatoires sont encouragées, sans vrai contrôle de pertinence, constituant ainsi de véritables rentes.

Pour preuve, dès 2005, ce sont les cliniques qui ont le plus bénéficié de la croissance de leur chiffre d'affaires (+5,5%).

Préconisations N°2 :

Les ressources de l'hôpital devront se décomposer en deux enveloppes rééquilibrées :

- **Une première enveloppe liée à la tarification de l'activité viendra consacrer le principe de l'autonomie financière de l'hôpital.**

L'objectif de tarifs uniques par pathologie valables pour le secteur public comme pour le privé devra être remise en cause de manière prioritaire.

L'obligation de financer selon les mêmes règles le service public hospitalier et le secteur privé lucratif est un dogme sans fondement.

Il existe des différences évidentes entre les deux secteurs en termes de contrainte de gestion, d'obligations réglementaires et de logiques de fonctionnement.

Les facteurs explicatifs des écarts entre tarifs publics et privés sont désormais connus : les honoraires qui ne sont pas compris dans les tarifs privés, les surcoûts liés à la permanence des soins, la non sélection des patients par le public.

Ces éléments structurels sont des obstacles réels au rapprochement tarifaire.

- **La deuxième enveloppe sera destinée au financement des missions de service public.**

Il est indispensable de maintenir un financement global modulé pour une part correspondant aux charges liées à l'exécution de ces missions, avec tous ses impacts structurels en termes de permanence, diversification, etc.

Elles ne doivent pas être marginalisées mais au contraire rester au cœur du financement de l'hôpital.

Compte tenu des exigences de pérennité et d'accessibilité du service public, une régulation propre au secteur public doit être instaurée pour éviter de siphonner au fil de l'eau les crédits publics par le secteur lucratif.

3- Il faut une nouvelle cohérence territoriale hospitalière

3-1 La politique actuelle conduit l'Etat à perdre la main et à déréguler un système fragile.

Deux phénomènes préoccupants illustrent ces propos :

- Le développement de l'hospitalisation lucrative notamment dans le domaine de la chirurgie, développement qui va s'accélérer avec l'abandon des autorisations de capacités remplacées par des objectifs quantifiés d'activité.

- La progression du nombre de spécialités médicales qui ne seront plus accessibles aux tarifs conventionnels opposables.

3-2 On risque d'assister dans certains territoires à un développement d'une offre de soins limitée à la capacité contributive des patients.

Pour éviter cela, il faut prévoir des dispositions concrètes afin de :

- **Subordonner toute organisation d'activité de soins, toute installation d'équipement soumise à autorisation à leur accessibilité tarifaire pour la population.**

En clair, il ne devra pas y avoir d'honoraires libres pour l'accès aux soins et aux équipements essentiels.

A ce titre, il faudra définir par activité un cahier des charges de service public opposable à tous les promoteurs sanitaires.

- **Restaurer des seuils de capacité à respecter en y intégrant les soins ambulatoires.**
- **Lancer un programme de promotion de la chirurgie publique permettant de garantir dans un secteur géographique un accès aux services de santé et d'assurer les urgences.**
- **Substituer une nouvelle dynamique de complémentarité hospitalière à la logique comptable et concurrentielle qui prévaut aujourd'hui.**

L'hôpital de demain doit être le centre de la santé, avec une pénétration beaucoup plus importante de sujets qui ne sont pas hospitaliers que de sujets hospitaliers.

Nous ne devons plus parler de l'hôpital seul, mais de réseaux de soins.

Un nouveau palier devra être franchi qui définira les missions des réseaux, leurs compétences juridiques et financières, leurs responsabilités.

Préconisations N°3 :

Mise en place de schémas de cohérence territoriale hospitalière, avec création d'établissements publics de coopération de santé à l'échelle des territoires, disposant de compétences obligatoires et de compétences facultatives,

Coopération entre ces nouvelles structures et la médecine de ville qui devrait être renforcée avec des centres de santé pluridisciplinaires lesquels pourront plus facilement se mettre en place dans le cadre d'un dépassement du mode de rémunération actuel (paiement à l'acte) et l'élaboration de solutions nouvelles (capitation, forfait ...),

Une implication plus forte des élus locaux et des usagers - sans lesquels toute véritable réforme est vouée à l'échec - dans la gouvernance des Etablissements publics de coopération de santé.

Maintien de la présidence du CA de l'hôpital par le maire

Présidence des établissements de coopération de santé par un maire.

4- il faut réorienter le système de santé vers la prévention et placer le malade au centre de nouvelles structures plus coordonnées et concertées.

4-1 Le système de santé reste fondé sur une approche curative et vise plus la réparation de la santé que sa promotion.

Ce diagnostic sur lequel beaucoup s'accordent, ne ressort pas comme une priorité de la loi Bachelot. Le texte mise sur le tout curatif, cette politique qui consiste à mettre tous les budgets sur les soins et très peu sur la prévention.

Un véritable changement ne sera possible que si plusieurs conditions absentes du projet de loi Bachelot sont réunies.

4-2 Pour l'ensemble des soins de ville, d'autres formes de rémunération que le seul paiement à l'acte sont nécessaires.

D'une part, celui-ci peut être source d'augmentation non justifiée des dépenses et, d'autre part, il défavorise l'implantation des médecins dans certaines zones géographiques, notamment en milieu rural. Les réformes récentes dans les pays nordiques qui conjuguent salariat, capitation et paiement à l'acte mériteraient d'être analysées.

L'objectif est difficile mais il faut avoir le courage de prendre le problème à bras le corps. Il faut remettre à plat le système, de manière à ce que médecins et patients soient tous deux gagnants d'une réorganisation. La solution passe par une réorganisation du travail des médecins : travail en réseau, meilleure répartition sur le territoire.

Il faudrait parvenir à un accord avec les médecins qui leur garantisse un certain niveau de revenu. Un élément de la négociation consisterait à leur faire prendre conscience qu'ils ont le privilège d'avoir une demande « solvabilisée », ce que certains ont tendance à oublier.

4-2 Le rôle de pivot du médecin généraliste devrait être développé et servir de filtre dans l'établissement du premier diagnostic.

Cela serait faisable sans qu'il soit nécessaire de formaliser les filières de soins obligatoires.

Le libre choix du médecin par le malade est toujours en France la règle ; mais la France est devenue l'exception. Dans la plupart des pays occidentaux, les patients ne peuvent pas entrer librement à n'importe quel point du système de santé.

Cette évolution inéluctable est écartée délibérément du projet Bachelot qui soit dit en passant, se garde de revenir sur une disposition franchement scandaleuse: la contrepartie du choix d'un médecin traitant par les patients qu'a représenté la liberté des honoraires de tous les autres médecins.

4-3 La gestion et les structures du système de soins doivent être transformées, notamment par le développement des centres de santé.

Ces structures, recourant à la médecine de groupe, comportent plusieurs cabinets de médecine générale et spécialisée et se situent à mi-chemin entre la pratique hospitalière et la médecine de ville. Les médecins sont généralement salariés ou rémunérés à la vacation. Un rôle accru de ces centres de santé favorisera un accès aux soins précoces.

Cela permettrait de mieux structurer le réseau ville hôpital. L'objectif serait d'associer les médecines ambulatoire et hospitalière, les professions paramédicales et les travailleurs sociaux et d'assurer une prise en charge cohérente de la population. Il est nécessaire de favoriser l'émergence d'une logique non marchande dans le système de santé.

4-5 Les dispositions du projet Bachelot sont très insuffisantes sur ces enjeux.

En effet, ces réseaux ne pourront se développer que dans le cadre d'un dépassement du mode de rémunération actuel (paiement à l'acte curatif) et l'élaboration de solutions nouvelles (capitation, forfaitisation, paiement à l'acte préventif, salariat à temps partiel), qui devraient être encouragés de manière forte avant d'être instaurés sur tout le territoire.

5- Il faut revoir et démocratiser la gouvernance interne de l'hôpital

5-1 Depuis des années, l'hôpital est sous la pression de réformes, pour certaines déstabilisantes.

Il a besoin de reprendre son souffle et de sortir de l'engrenage d'injonctions paradoxales dans lequel on l'a placé.

En créant les pôles médicaux, la majorité de l'époque a tenté de refaire plus de vingt ans plus tard la réforme de la départementalisation des hôpitaux contre laquelle elle s'était vigoureusement opposée...

Cela ne devrait pas être à la loi de préciser dans le détail l'organisation interne des hôpitaux.

La seule vraie réforme qui vaille serait celle qui laisserait à chaque hôpital la liberté de s'organiser.

5-2 Le projet Bachelot risque d'accentuer fortement le décrochage dans l'hôpital entre le directoire présidé par le directeur de l'hôpital, et le reste du personnel tenu à l'écart des décisions.

Le projet de loi est dangereux à cet égard parce qu'un de ses objectifs les plus graves, c'est l'affaiblissement, voire la disparition, des représentations démocratiques qui cogèrent le système actuel avec l'Etat : les élus, les médecins et les cadres.

En réduisant fortement la composition du conseil de surveillance, écartant ainsi nombre de cadres de direction et des responsables médicaux, en renforçant les pouvoirs du directeur sur ces derniers, le projet de loi dans ses articles 5 à 10, prend un grand risque.

Celui, face aux pesanteurs et aux cloisonnements, de démobiliser le plus grand nombre qui est pourtant à même de faire progresser l'hôpital.

Il faudra engager une démarche inverse de celle qui est dans le projet Bachelot.

Les projets d'établissement, de réseaux ou de territoires de santé, devront être préparés en tenant compte davantage des constats et des propositions de tous les personnels, notamment les cadres et les praticiens hospitaliers.

Préconisations N°4 :

Le principe de base de la gestion interne devra être la libre organisation des établissements et la responsabilisation des acteurs.

L'Etat devra s'attacher à respecter ce principe et éviter les interventions souvent contre productives dans la gestion interne.

La constitution de pôles peut être un véritable levier de décloisonnement entre les professionnels et offrir une véritable opportunité pour rapprocher les décisions de gestion des réalités de terrain mais cela ne peut réussir qu'à certaines conditions :

- Laisser à l'hôpital une grande liberté d'organisation ;
- Ne pas alourdir les procédures : les règles relatives aux conseils de pôle sont à elles seules un contre exemple évident à la simplification des procédures que l'on attend toujours,
- Laisse le temps à chaque hôpital d'engager un travail pertinent et conforme aux besoins de sa structure.

Il faut être prudent dans les modalités retenues afin de ne pas détourner beaucoup de temps médical, en cours de raréfaction, de la production des soins.

6 Il faut revoir et démocratiser la gouvernance institutionnelle externe.

6-1 Le projet de loi Bachelot crée les agences régionales de santé. Nous ne sommes pas opposés à cette idée. Mais les modalités prévues dans le texte nous semblent mauvaises.

Pourquoi ? Parce que, répétons-le, un des objectifs est l'affaiblissement des représentations démocratiques qui cogèrent le système actuel avec l'Etat : les élus, les médecins, les professionnels et les cadres.

Est-ce l'intérêt de l'Etat de monter en première ligne en confiant tous les pouvoirs à un seul homme, le directeur d'ARS, qui n'aura sous sa coupe – et comme seuls fusibles - que les directeurs d'hôpital ? Cela est très risqué : si la voie de l'étatisation se révèle incapable de maîtriser les dépenses et de moderniser le système de santé, alors la privatisation apparaîtra comme la solution naturelle, fatale.

Avec ses déficits savamment orchestrés, il n'est pas certain que tous auront longtemps envie de sauver l'assurance maladie. La prochaine étape sera alors la privatisation totale. Certains, en vertu du credo libéral, le souhaitent ouvertement. D'autres, qui n'en pensent pas moins, sont plus discrets, sachant qu'en démocratie, il n'est de bonne politique que si elle vendable à l'opinion, et que celle là ne l'est pas.

6-2 A l'évidence, il faut renforcer le niveau régional comme le confluent d'arbitrages.

Les services de l'Etat aussi bien au plan central qu'au plan local, fonctionnent dans une confusion qui n'a fait que se compliquer avec les récentes réformes de 2004.

L'enchevêtrement des niveaux de pouvoir de décision existant traduit bien la forte capacité des pouvoirs publics à susciter l'empilage sans supprimer ou simplifier quoi que ce soit.

6-3 Mais en remettant en cause la logique qui a permis la mise en place des ARH et en optant pour le recentrage pur et simple vers le directeur général de l'ARS et le préfet de région qui présidera le conseil de surveillance de l'agence (article 26), le projet de loi Bachelot fait un choix dangereux.

La crise des moyens des services de l'Etat rendra cette idée très délicate à mettre en oeuvre car les préfets ne disposent pas ou plus de la capacité en hommes et en compétences.

Sans compter que cette solution sera perçue comme une étatisation du dispositif qui engendrera nombre de crispations dont celle de la sécurité sociale.

L'option d'ARS/administration de gestion retenue par le projet Bachelot risque d'aboutir à des usines à gaz : des ARS de 200 à 1000 salariés selon les régions.

Avec comme conséquence un hôpital sous tutelle, sur administré et en même temps sous régulé et donc sous optimal.

Et par certains côtés, un système bureaucratique avec ses plans plus ou moins respectés, ses contrôles tatillons et tous les effets pervers qui y sont associés.

6-4 D'autres solutions plus démocratiques pourraient s'avérer plus efficaces.

Il faudrait encourager plus fortement la possibilité offerte aux conseils régionaux par la loi du 13 août 2004 dite de dévolution de compétences, de prendre le tiers des voix dans les commissions exécutives des GIP ARH avec, comme contrepartie, un financement significatif des investissements hospitaliers.

Sans aller jusqu'à la régionalisation pure et simple avec une logique de décentralisation de la santé, ce que préconisait un rapport de feu le Commissariat général au plan, ce qui semble prématuré à ce jour, cette solution mériterait d'être approfondie dans un objectif de démocratie sanitaire.

Elle peut être combinée avec le respect de l'attachement des français à ce que la santé demeure dans le périmètre des pouvoirs régaliens de l'Etat. Pour cela, la solution serait de consolider les ARH dans leur rôle d'administration de missions en les transformant en ARS, plutôt que de vouloir en faire des structures lourdes de gestion directe du système.

La solution plus démocratique, plus souple et certainement plus efficace que nous préconisons, se heurterait à la réticence des services déconcentrés de l'Etat, réticence bien relayée au ministère de la santé par les luttes d'influence entre les grandes directions, et par le ministère de l'Intérieur qui avait commandé en son temps ... commandité un rapport sur les relations ARH/préfets.

Cette solution est probablement la plus pertinente à moyen terme.

6-5 Nous ne pouvons pas terminer ce document sans dénoncer un des plus grands leurre du projet de loi : le renforcement des pouvoirs du directeur d'hôpital.

Le projet de loi contient des dispositions extrêmement préoccupantes à propos du pilotage de l'hôpital en contradiction avec les intentions proclamées par le Président de la République.

L'affirmation selon laquelle le directeur sera le « patron » de l'hôpital ne nous paraît pas avoir trouvé sa traduction dans le projet de texte.

Au contraire, il nous semble que :

- 1. Le directeur de l'ARS sera le « véritable patron » de l'hôpital.**
- 2. Le directeur d'hôpital sera le « véritable fusible » de l'hôpital.**

La plupart des directeurs d'établissement seront nommés, sur proposition des directeurs d'ARS, par le DG du Centre National de Gestion.

Le directeur n'aura pas la liberté de constituer son directoire.

La loi fixe le nombre des membres du personnel pouvant faire partie du directoire : cinq ou sept selon les cas. La parité entre les directeurs adjoints et les praticiens hospitaliers étant abandonnée, le directeur ne pourra, dans la plupart des cas, associer son équipe de direction au sein du directoire.

Le directeur d'ARS pourra décider du caractère contractuel ou statutaire du poste du directeur. Il pourra mettre fin aux fonctions du directeur.

Les directeurs d'hôpital pourront être recrutés selon des régimes différents : en premier lieu comme « *fonctionnaires* » sur des « *emplois permanents* », en deuxième lieu directement « *nommés sur contrat* » par « *dérogation à la règle* », ils pourront être « *détachés sur un contrat de droit public* ».

Enfin, le directeur nommé pourra se voir retirer son emploi dans l'intérêt du service et être placé en situation de recherche d'affectation.

Conclusion : une fonction précarisée sous la dépendance de l'ARS, une large ouverture des postes de chefs au secteur privé, l'absence de perspectives pour les jeunes directeurs, un statut en voie d'extinction.

Préconisations N°5 :

Une gouvernance régionale démocratique et souple, nécessitant de la concertation, sans doute des expérimentations, une confrontation avec les expériences de nos pays voisins européens. Il faudrait combiner :

L'outil des GIP en y rassemblant les ARH, les URCAM et les pouvoirs des préfets sur le médico-social et la permanence de soins,

Une relation contractuelle renforcée entre ces trois partenaires en consolidant le rôle des URCAM en matière de contrôle financier et d'autonomie de gestion afin d'éviter le risque de l'étatisation,

Une refonte des services extérieurs de l'Etat avec rattachement des DRASS aux ARS,

La nomination des directeurs d'ARS en conseil des ministres,

La possibilité pour les élus régionaux de prendre part aux décisions des ARS – présidence du conseil d'administration - avec en contrepartie un financement significatif des investissements hospitaliers.

La représentation des organisations représentatives des personnels dans le CA des ARS.

Maintien des directeurs d'hôpital dans la haute fonction publique, nomination par le ministre sur proposition du maire et avis du DG de l'ARS,

Maintien du recrutement par concours comme élément fondamental du pacte républicain,

Renforcement du rôle des instances paritaires du corps de direction.

Quelques mots en guise de conclusion.

Nous rejetons le projet de loi Bachelot, moins par refus des réformes que pour exprimer l'espoir de les voir enfin déboucher sur quelque chose de concret.

Nous ne supportons pas les sacrifices exigés de l'hôpital sur la qualité, sur l'accès aux soins et les conditions de travail, au nom de la logique financière.

Ce que nous voulons, ce sont des résultats, un projet social, une politique de santé et de prévention, une démocratie sanitaire, tout ce qui est absent dans les intentions affichées par le projet Bachelot.

Cela fait maintenant plusieurs années que nous répétons tout cela parce que nous estimons de notre devoir de le dire et de le répéter.

On partage ou pas ces points de vue. Mais si pour l'essentiel vous vous reconnaissez dans nos valeurs et propositions, alors faites les connaître autour de vous.

Envoyez ce document à un collègue, à un ami ou à proche afin que vous soyez plus nombreux à les soutenir.

Christian GATARD