

La loi Hôpital Patient Santé Territoire.

Le droit au service des marchands de la santé.

Il s'agit d'un texte législatif dont la rédaction a tenté d'apparaître comme une défense du service public de santé se donnant pour objectif une amélioration de son efficacité sanitaire par le jeu d'un pilotage nouveau appelé « Nouvelle Gouvernance », semblant respecter l'autonomie juridique et financière des hôpitaux et en préserver l'essentiel des éléments démocratiques qui le caractérisait jusque-là.

Les termes d'hôpitaux publics ou de cliniques privées sont le plus souvent remplacés par celui commun d'établissements de santé. Il s'agit d'un choix délibéré qui vise à obtenir une modification culturelle essentielle : faire disparaître l'assimilation de l'hôpital au service public et atténuer le caractère commercial (lucratif) des cliniques privées. En définitive à confondre les deux : socialement et politiquement.

La nouveauté de l'organigramme du pilotage de gestion est désormais parée d'une terminologie entrepreneuriale se flattant de modernité.

Outre la création des communautés hospitalières de territoire qui vise sous le prétexte de complémentarité et d'efficacité à réduire principalement l'offre de soins publique en réduisant le personnel (cette volonté était précisément déclarée par le Président de la République), par accroissement des pouvoirs d'un directeur directement soumis à l'Agence Régionale de Santé (ARS), trois dispositions constituent la clé de voûte de cette réforme qui s'inscrit dans les objectifs de démantèlement du service public et de la privatisation du service de santé. Il s'agit :

- d'une part de la disparition des missions de service public hospitalier auxquelles se substituent celles des missions de service public, y associant de plein droit le secteur privé,
- d'autre part, la création de groupements de coopération sanitaire qui peuvent constituer des associations contractuelles public/privé,
- et enfin des modifications apportées aux statuts des praticiens hospitaliers, à leur représentation démocratique et leur participation jusque là à l'élaboration des projets de service et d'établissement, ainsi que le démantèlement du statut de l'ensemble du personnel et des instances dont il disposait pour intervenir dans la gestion des hôpitaux.

I/ LE STATUT DES ETABLISSEMENTS DE SANTE :

Il est profondément rénové par le Titre 1^{er} de la Loi HPST relatif à la modernisation des établissements de santé :

- le statut des établissements de santé est désormais unique « *afin de simplifier leur gestion et de faciliter les coopérations sanitaires* ».

La définition unique des établissements de santé se fonde sur les missions de ces établissements, elle est codifiée par l'article L6111-1 du Code de la Santé Publique.

Ainsi les établissements de santé ne se définissent plus par leur statut mais par « *les services qu'ils apportent à la population* ».

Les missions de service public ne sont plus l'apanage des établissements publics et des établissements privés participant au service public hospitalier, mais à l'ensemble des établissements de santé publics et privés.

II/ LES MISSIONS DE SERVICE PUBLIC :

Elles se substituent aux anciennes missions du service public hospitalier :

- auparavant celles-ci comportaient 7 missions,
- désormais les missions de service public concernant autant le service public que le service privé concernent l'ensemble de l'activité sanitaire : de 7 missions nous passons à 14 missions qui relèvent de la prévention des soins, de l'enseignement, de la permanence des soins,

S'il est précisé que ces missions de service public sont réservées en priorité aux hôpitaux publics, la possibilité d'être confiée au secteur privé n'est non seulement pas exclue mais elle est recommandée en cas de carence : il est facile d'imaginer que les carences seront fréquentes dans la situation de démantèlement du service public en cours.

III/ LA GOUVERNANCE :

Elle est bâtie sur les principes de l'industrie privée :

- mise en concurrence des différentes unités et du personnel lui-même, en particulier médical (par variables contractualisées du salaire),
- accroissement de la productivité et dégagement de profits destinés aux investissements. La distribution des bénéfices étant la caractéristique du secteur privé (financée par la Sécurité Sociale).

Une telle opération dont l'objectif est un démantèlement du secteur public au profit du secteur marchand ne peut être réalisée que dans l'obscurité des cabinets et l'opacité des dossiers. A cette fin, la loi réduit à sa plus simple expression toute forme de démocratie :

- disparition des conseils d'administration remplacés par des chambres d'enregistrement intitulés « conseils de surveillance ». Comme son nom l'indique il ne s'agit plus d'administrer mais de surveiller (15 membres : 5 élus, 5 représentants du personnel et 5 représentants des patients et personnalités qualifiées). La réduction à 15 des membres est par elle-même une réduction de la démocratie.
- Le directeur de l'établissement est tout puissant, directement nommé par le directeur général de l'Agence Régionale de Santé, il est associé au directoire constitué par les chefs de Pôles qu'il nomme, les directeurs des soins et directeurs.
- Les attributions dévolues antérieurement au conseil d'administration : le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, le budget, le plan de redressement, l'organisation interne de l'établissement en pôle, la politique annuelle de coopération, les contrats de

partenariat, les acquisitions et cessions immobilières, le règlement intérieur ne sont plus soumis à délibération du conseil de surveillance mais relèvent de la compétence du directeur.

- Le conseil de surveillance voit ainsi ses prérogatives largement réduites à des avis concernant le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), la politique de coopération, les contrats de partenariat et le règlement intérieur ainsi que les acquisitions et aliénations immobilières et baux.
- Auparavant les délibérations du conseil d'administration étaient précédées de l'avis de la CME et du Conseil Technique d'Etablissement. La loi actuelle ne donne aucune indication sur la consultation préalable de ces instances avant les décisions du Conseil de Surveillance.
- La Commission Médicale d'Etablissement : son rôle semble réduit à l'examen de la qualité des soins et des bonnes relations avec les usagers.

IV - LES OBJECTIFS DE LA LOI HPST :

Le cadre législatif est destiné à assurer l'hégémonie du secteur lucratif dans la santé et à limiter le secteur public à des fonctions provisoirement non sources de profit.

Les moyens permettant d'assurer le succès de cette régression sociale sont d'une part le démantèlement de nos structures de protection sociale, considérées comme incompatibles avec les exigences de marchandisation de la santé permettant par ailleurs le rapt des cotisations « *assurancielles* » désormais personnalisées, et d'autre part l'exonération progressive et déjà avancée de toutes les sources de profit.

Quel est l'instrument administratif pour imposer dans la santé cette « *contre-réforme* » défendue par le pouvoir au nom de la crise économique et de la nécessité de la réduction d'une dette publique présentée comme mortelle.

V - L'ORGANISATION SANITAIRE :

- Les Agences Régionales d'Hospitalisation :

Il s'agit de la clé de voûte d'une pyramide de l'organigramme déconcentré du pouvoir et non d'une décentralisation régionalisée

Elles sont coordonnées par un Conseil National de pilotage des ARS qui représente la pointe politique de la pyramide. Ce conseil s'oppose à toute velléité d'autonomie à l'échelon régional. « *L'Agence Régionale de Santé a pour vocation de mettre en œuvre au niveau national la politique nationale de santé publique en liaison avec les autorités compétentes* » (Jurisanté, information juridique au service des professionnels de santé).

- Le directeur général de l'ARS :

Il est le représentant du pouvoir central au niveau de la région. Son champ de compétence est étendu à tous les domaines de la santé. Il centralise les activités qui revenaient auparavant aux Agences Régionales d'Hospitalisation, aux DRASS, DASS et URCAM. Les PMI, la santé scolaire,

la santé au travail, la santé universitaire relèvent de ses missions, ainsi que la veille sanitaire et les observatoires régionaux de santé.

Prévention, éducation sanitaire, crises et urgences sanitaires, hygiène.....soins et services médicosociaux, formation et évaluation, autorisation et ouverture d'activité sanitaire et d'établissements de santé.....relèvent de ses fonctions.

Le directeur général est chargé des missions principales :

- mettre en œuvre au niveau régional la politique de santé publique en liaison avec les autorités compétentes dans tous les domaines sanitaires,
- et de réguler, orienter et organiser l'offre de services de santé.
- Le conseil de surveillance est l'instance délibérante de l'ARS, présidé par le représentant de l'état dans la région (préfet de région)
- Il est composé de représentants de l'Etat, des organismes d'assurances sociales des représentants des collectivités territoriales, des représentants de patients,
- il approuve le budget, le compte financier, émet des avis sur le plan stratégique régional et le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ainsi que sur les résultats de l'action de l'ARS.

La conférence régionale de santé et de l'autonomie composée également d'usagers, de représentants des collectivités territoriales, des organismes représentant les salariés, professionnels de santé, des organismes de gestion des établissements de santé et des établissements médicosociaux ainsi que des organismes de protection sociale.

Le projet régional de santé intervient en matière de :

- prévention,
- organisation des soins,
- organisation médicosociale.

« Le projet régional de santé définit les objectifs pluriannuels des actions que mène l'Agence Régionale de Santé dans ses domaines de compétence ainsi que les mesures tendant à les atteindre » (article L1434-1 du Code de la Santé Publique).

- Les communautés hospitalières de territoire :

Il s'agit d'un mode de coopération entre les différents établissements publics, permettant une répartition des compétences. Les communautés hospitalières de territoire (CHT) définissent une stratégie commune et mutualiste des compétences (gestion du personnel, programme d'investissement, système d'information,). Il est précisé que les établissements restent autonomes juridiquement et financièrement. Il n'existe pas de compétence propre au directeur de l'établissement siège (cette disposition a été modifiée dans le texte définitif de la loi).

Il s'agit du dispositif permettant la déstructuration hospitalière sous le prétexte de mutualisation et d'augmentation de la productivité. Les communautés hospitalières de territoire organisent la disparition de services, la réduction des lits, la réduction de personnel concernant

les seuls hôpitaux publics. Le territoire d'une communauté hospitalière ne correspond pas nécessairement au territoire de santé défini par l'ARS. La base juridique de la CHT est la convention inter-établissement qui comporte :

- le projet médical commun de la CHT,
- les compétences et activités déléguées ou transférées entre ses membres y compris les sessions et échanges de biens mobiliers et immobiliers,
- la composition des instances de la CHT : conseil de surveillance, directoire, représentation du personnel.

La stratégie utilisée le plus souvent est celle dans un premier temps d'une fusion des directions.

Celle-ci prétextant la protection des structures juridiques des différents signataires de la convention n'est en fait qu'une fusion dissimulée des hôpitaux concernés :

- l'exemple de la fusion Creil-Senlis (et quelques hôpitaux locaux),

Il est précisé que la création et l'adhésion au CHT relèvent du volontariat des établissements. Il est évident que de fortes incitations soumettront les directions qui ne seraient pas favorables ou le conseil de surveillance y résisterait, entraîneront souvent la soumission des instances.

Ce mécanisme est celui mis en place actuellement sur l'ensemble des régions. Il vise à réduire le nombre d'hôpitaux (communauté hospitalière de territoire) à un nombre équivalent à peu près en France au nombre de départements.

Ces communautés permettront les transferts d'activités, de matériels et de personnels, théoriquement sur la base du volontariat (on sait dans la réalité ce qu'il en est).

-Les groupements de coopération sanitaire (GCS) :

Il s'agit de l'instrument privilégié de privatisation. *« Les groupements de coopération sanitaire constituent le mode d'association privilégiée entre établissements de santé public et privé. Ils permettent également des coopérations avec les professionnels de santé libéraux, les centres de santé, d'autres organismes où le secteur médicosocial. Il permet de mutualiser les moyens ou d'exercer en commun une activité autorisée sur un ou plusieurs territoires de santé et à l'échelle d'une ou plusieurs régions. La rédaction proposée permet de distinguer deux types de GCS : les GCS de mise en commun de moyens et les GCS autorisés à exercer en son nom une ou plusieurs activités de soins, qualifiés alors d'établissements de santé ».*

Un groupement de coopération sanitaire peut se voir attribuer par le directeur général de l'ARS l'une ou plusieurs des missions de service public. Il est alors titulaire des autorisations d'activité de soins exercées par cet établissement.

S'il est de droit privé, il est établissement de santé privé.

Les dotations de mission d'intérêt général (MIGAC) peuvent être versées directement au GCS s'il est constitué pour mettre en œuvre tout ou partie des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation.

Pour éviter toute ambiguïté il est affirmé que le groupement de coopération sanitaire poursuit **un but non lucratif**.

Les groupements de coopération sanitaire sont déjà à l'œuvre. Ils fonctionnent comme soutien aux cliniques lucratives sous couvert de conventions avec les hôpitaux publics. Ils constituent la mise en place de structures faisant disparaître le service public de soins.

Quelle alternative au démantèlement du service public hospitalier mis en place par la Loi H PST ?

1. Informer et débattre largement avec la population de la gravité des dégâts entraînée par la mise en œuvre de la loi :
Réduction de la présence des représentants de malades, familles de malades, collectivités territoriales, du personnel. Cette régression démocratique devant faire l'objet d'un large débat.
2. Rassembler largement et lutter pour défendre le public, le service public de santé et assurer sa promotion.
Lié la défense de nos hôpitaux à la défense plus largement de la santé.

Il faut mettre en avant la nécessité d'une santé égale pour tous, de qualité, justifiant un service public de recherche thérapeutique (pôle public de médicaments) et d'enseignement.

3. Inverser la logique de la loi.
Pas de promotion de la santé sans une maîtrise des moyens nécessaires à son coût : quelle sécurité sociale ?
Quels moyens démocratiques pour connaître les besoins de santé : préventif et curatif, pour élaborer les schémas régionaux d'organisation des soins pour assurer leur mise en œuvre et le contrôle de leur fonction ?

15^o Rencontres Nationales des Comités de Défense des Maternités et Hôpitaux de Proximité.

Brive le 26 Novembre 2010.

Paul Cesbron