

LES CONSEQUENCES DE LA LOI HPST ET DE LA T2A SUR L'HOPITAL PUBLIC

Présentation de la Coordination :

La Coordination Nationale des Comités de Défense des Hôpitaux et Maternités de Proximité - CNCDHMP, s'est créée officiellement aux rencontres de Saint-Affrique (Aveyron) des 03 et 04 avril 2004.

Elle est en contact avec des collectifs dans plus de 300 localités (mai 2010), et compte près de 100 groupes ou comités adhérents pour toute la France, sans compter les associations, partis ou syndicats proches (plus de 300 liens en mai 2010).

Elle permet à ses membres la mutualisation des expériences, des savoir-faire et des informations dans les domaines sanitaires et réglementaires. Tout en respectant scrupuleusement l'autonomie et la liberté de chaque comité, elle leur fournit, à l'occasion de deux rencontres annuelles, la possibilité d'une réflexion collective et d'une stratégie commune définie de façon démocratique en assemblée générale.

la Coordination dispose de **Statuts** qui en font une **Fédération des seuls Comités locaux**, ce qui la rend indépendante des partis et syndicats et autres regroupements.

Depuis l'été 2008, la **Coordination est reconnue officiellement « Association d'usagers » (agrément ministériel)** et peut donc participer aux diverses instances du monde de la santé au niveau régional, départemental et hospitalier.

En 2011 nous avons été les initiateurs du **Mouvement du 2 avril devant les ARS, «Notre Santé en danger»** qui a regroupé 107 associations, partis et syndicats. Avec nos partenaires de NSED que nous contribuons largement à faire vivre, nous avons réalisé un **Socle commun** signé par près de 50 organisations qui résume bien toutes nos préoccupations et notre volonté d'établir une santé alternative : démocratique, égalitaire et solidaire.

Notre axe de bataille prioritaire est l'accès aux soins pour toutes et tous partout sur le territoire, la défense du service public de santé de proximité.

La T2A (Tarification à l'activité), puisque c'est la mesure la plus ancienne est le nouveau mode de financement des établissements de santé, publics et privés. Elle est issue de la réforme hospitalière du plan hôpital 2007. Elle a remplacé la dotation globale de fonctionnement qui existait jusque là : la logique des moyens cède la place à une logique de résultats. Ce sont désormais les recettes issues des activités hospitalières qui vont déterminer les dépenses et non l'inverse.

Il s'agit, en fait, d'une codification comptable des actes : pour un type de prestation, correspond un tarif défini par l'Assurance Maladie.

La conséquence va être dramatique pour les établissements publics de santé, transformant les praticiens hospitaliers en comptables, mais également en obligeant à modifier radicalement l'organisation des soins, en restructurant les services et, trop souvent, en utilisant la masse salariale comme variable d'ajustement. Elle va provoquer une concurrence interne entre services, l'émulation comptable remplaçant la recherche de la qualité des soins et de l'accueil.

Elle pousse à choisir les opérations les plus "rentables", amenant les personnels à délaisser la santé sociale, la santé préventive, la santé humaniste qui prend le temps de conseiller, de prévoir.

La tarification à l'activité, depuis sa mise en place à 100%, en 2008 a beaucoup plus bénéficié au secteur privé qui ne se trouve pas confronté à l'obligation de soins et peut donc choisir activités et patients.

Pour les hôpitaux, elle a contribué à un déséquilibre budgétaire chronique, d'autant que le remboursement des activités est régulièrement revu à la baisse, afin de pouvoir cadrer avec l'enveloppe fermée qu'est l'ONDAM (objectif national des dépenses d'assurance maladie) qui n'augmente pas suffisamment chaque année pour répondre aux besoins. (L'Objectif national des dépenses d'assurance maladie)

La T2A a été l'instrument privilégié qui a permis de mettre en difficulté le service public hospitalier afin de le livrer en pâture au secteur privé.

En effet, les établissements, confrontés à cette nouvelle logique comptable se sont trouvés en difficulté, à la fois pour maintenir une ligne de trésorerie leur permettant de faire face à la gestion courante, mais également pour permettre les investissements indispensables à leur développement : restructurations architecturales indispensables, simple entretien de l'existant, achat de matériel médical onéreux...Ils ont alors dû emprunter avec les conséquences que l'on sait, notamment celles liées aux emprunts toxiques.

En effet, en 1973, une Loi interdisait aux services publics d'emprunter aux organismes bancaires publics, tels que la Banque de France ou la Caisse des Dépôts.

En 1992, le traité de Maastricht enfonce le clou, suivi par d'autres mesures comme l'accord général du commerce et des services qui allait ouvrir la voie à l'ouverture aux marchés financiers de bon nombre de services publics, dont celui de la Santé.

La Loi HPST (Hôpital, patients, santé, territoires), dite « Loi Bachelot », a été votée en juillet 2009. Elle fait suite à une série de réformes visant à casser l'hôpital public, la 1^{ère} ayant été à l'initiative du Ministre Kouchner.

La particularité de la Loi Bachelot est certainement d'être le point d'orgue des réformes précédentes, en droite ligne des préconisations européennes ; elle trouve son complément avec la réforme générale des politiques publiques (RGPP).

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 appelé « nouvelle gouvernance » qui, de fait, calque le modèle de gestion des entreprises du secteur marchand.

La loi instaure les ARS (Agences Régionales de Santé), véritables préfectures sanitaires qui vont regrouper les organismes régionaux d'Assurance Maladie l'action sanitaire et sociale et régenter l'ensemble des professions de santé (médecins, paramédicaux, pharmacies, transports médicaux...).

Les Agences sont gérées comme des entreprises privées, avec un Directeur nommé par le Ministère de la Santé, un Directoire et un Conseil de Surveillance où siègent des représentants nommés qui n'ont aucun pouvoir : c'est le Directeur qui a le dernier mot: la démocratie règne en maître.

Les ARS ont les pleins pouvoirs pour l'organisation sanitaire sur leur région. Les conférences régionales de santé, censées permettre la consultation des élus et des usagers restent très confidentielles.

Le Directeur de l'ARS nomme les Directeurs des établissements publics de santé.

Au niveau des établissements publics de santé, la Loi HPST met également en place la Gouvernance, avec la même organisation que pour les ARS : le Directeur devient un véritable patron, aidé par un Directoire formé de médecins chefs de pôles et de l'équipe de Direction. Le Conseil d'Administration, où siégeaient représentants des élus locaux, des usagers et des personnels et qui était, en principe, l'organe décisionnel, devient Conseil de Surveillance où le nombre des représentants a diminué et qui devient chambre d'enregistrement des décisions prise par le Directoire, notamment pour ce qui concerne le budget (devenu EPRD : état prévisionnel des recettes et des dépenses).

Mais, en plus du déni démocratique, la Loi HPST impose des conditions draconiennes aux établissements publics de santé : le retour à l'équilibre budgétaire est impératif, ce qui va faciliter un autre aspect de la Loi : la réorganisation territoriale.

La Loi refonde en effet totalement l'organisation territoriale, sous le double prétexte de répondre mieux aux besoins de la population et de lutter contre la désertification médicale.

Les hôpitaux signent avec l'ARS des CPOM (contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens) qui, s'ils ne sont pas respectés peuvent entraîner la mise sous tutelle de l'établissement par l'Agence. Ces contrats prévoient notamment des mesures de retour à l'équilibre budgétaire puisque, nous l'avons évoqué précédemment, l'application de la T2A a contribué au déficit de la quasi-

totalité des établissements hospitaliers (Le déficit prévisionnel de l'AP-HP pour 2011 est ainsi de 130 millions. En 2010, selon la Fédération hospitalière de France (FHF), qui représente les hôpitaux publics, 21 des 30 centres hospitaliers universitaires (CHU) français étaient en déficit, de même que 223 des 556 plus gros hôpitaux. Au total, en 2010, le déficit global des quelque 1 300 hôpitaux publics avait atteint 433 millions.)

L'argument financier va permettre l'application d'un autre aspect de la Loi, à savoir les regroupements, sous diverses formes. Car, là encore, la Loi HPST a tout prévu :

- Possibilité de déléguer la gestion des bâtiments publics au secteur privé, avec un bail emphytéotique (ex : hôpital sud francilien)
- Facilitation des groupements de coopération sanitaires (GCS) qui existaient avant la Loi : accord de coopération entre plusieurs services publics, ou bien entre service publics et privés ou bien encore avec le secteur libéral. Ces groupements sont des personnes morales de droit public si le secteur public l'emporte dans le partenariat ou s'il s'agit d'accord entre services publics, ou bien de droit privé si le secteur privé est « le plus fort ». (ex : Cardiologie à Montluçon)
- Regroupements d'établissements publics en Communautés hospitalières de territoire : absorption par un établissement gestionnaire d'un ou 2 autres sites sur un territoire donné, ou bien rapprochement de sites avec une forme de gestion collective
- Partenariats public-privé (PPP) : rapprochement d'un service public hospitalier avec un établissement privé qu'il participe au service public ou qu'il soit à but lucratif. En effet, la Loi ne fait plus mention d'hôpital public et de cliniques privées, mais parle d'établissements de santé.

Ces différentes mesures auront pour conséquence de passer de 1035 hôpitaux publics à 300 territoires de santé, avec la suppression de près de 20 000 emplois au niveau national.

Restructurations et désertifications d'un côté, accumulation sans moyen de l'autre : tout le monde y perd

Bien entendu, les statuts, qu'il s'agisse des Praticiens hospitaliers ou des autres corps de métier de la fonction publique hospitalière, y compris les membres des Directions sont largement détricotés :

- Possibilité de recrutements contractuels accrue
- Part de rémunération fixe, avec prime au mérite en fonction de l'atteinte ou non des objectifs
- Possibilité de licencier en cas d'arrêt d'activité...

Et, bien entendu, toutes ces mesures se mettent en place sans concertation aucune, qu'il s'agisse des patients, des élus ou des personnels : les diktats tombent de la part des ARS.

Pour notre Coordination, ces 2 mesures n'ont pas d'autre but que de remettre en cause profondément le service public de santé en France. Ils ne permettent pas de répondre aux besoins de la population :

- Qu'il s'agisse de l'accès au niveau territorial où la notion de proximité n'existe plus
- Qu'il s'agisse de l'accès au niveau financier, les activités données au secteur privé ne seront plus accessibles pour une grande part de la population

Bien plus, ces 2 mesures ne font qu'aggraver la situation des établissements publics de santé qui sont entrés dans une spirale infernale au niveau budgétaire, dont ils ne pourraient sortir qu'en sélectionnant activité et patients, ce qui n'est pas leur vocation.

Notre Coordination n'a de cesse de réclamer l'abrogation de la Loi HPST et des mesures qui l'ont précédée, comme les ordonnances Juppé et exige la mise en place d'un système de financement, par une Sécurité Sociale gérée démocratiquement, partant d'une étude des besoins élaborée par les professionnels, les usagers et les élus.

Hélène DERRIEN

Responsable Auvergne de la Coordination Nationale

Brive, le 31 mars 2012