

Mouvement Républicain et Citoyen 21
www.mrc21.org



Les Amis du Monde Diplomatique
www.amis.monde-diplomatique.fr

Colloque santé

La loi Hôpital, Patients, Santé et Territoire : danger pour la santé publique ?

Dijon, 17 mars 2011

La récente loi hospitalière associée à la création des Agences Régionales de Santé (ARS), remanie en profondeur la place et le fonctionnement du secteur hospitalier public, et plus généralement du système de soins en France. Le pays n'a certainement pas perçu les conséquences à court et à long terme de ces réformes pour la qualité et la répartition des soins car il a été peu informé. Il nous a donc paru utile d'organiser une discussion ouverte entre opposants et partisans de ces mutations en les plaçant dans la perspective d'une évolution volontariste de la Société française: financiarisation ou solidarité, pouvoir administratif dominant ou rôle de la connaissance et démocratie. Il est clair que ces évolutions programmées posent des problèmes éthiques qui ne peuvent être passés sous silence.

Nous avons réuni dans ce petit fascicule une synthèse des contributions présentées durant ce colloque. Nous espérons qu'elle aidera la réflexion du lecteur à l'aube de décisions nationales décisives.

Gérard RIFLE, Clément LACAÏLLE

LE SYSTEME HOSPITALIER EN GRAND DANGER

André GRIMALDI

Professeur émérite de Médecine au CHU Pitié-Salpêtrière, Paris.
Président du Mouvement de Défense de l'Hôpital Public

La crise du système hospitalier est profonde : nous assistons à un changement complet de paradigme, et il sera difficile d'en revenir même après un changement complet de politique.

Trois crises distinctes se conjuguent :

1. Une crise démographique

Sous la présidence de Valéry Giscard d'Estaing, le gouvernement a estimé qu'il y avait trop de médecins. Il a donc été décidé de passer de 8500 médecins formés par an à 3500 il y a trois ans, et, malgré une ouverture récente, ce déficit se fera sentir jusqu'en 2025 ! On a financé le départ en retraite anticipé de 10 000 médecins, imposé un numerus clausus aux infirmières. Résultat : il a fallu importer 10 000 médecins étrangers, qui font défaut à leurs pays, et des infirmières. D'où la désertification croissante, les inégalités d'accès aux soins, la destruction des équipes qui ne peuvent renouveler les départs en retraite...

Comment a-t-on pu en arriver là ? Droite et gauche ont toujours été unanimes pour affirmer qu'il était nécessaire de lutter contre la pléthore de praticiens. La gauche défendait une politique de l'offre, donc voulait réduire le nombre de médecins pour diminuer les dépenses supposées inutiles, position défendable à condition de revoir la liberté d'installation, le paiement à l'acte, la collaboration avec les paramédicaux. La droite soutint les syndicats de médecins libéraux qui n'avaient qu'un objectif : être en position de force pour négocier leurs honoraires avec la Sécurité Sociale dont ils n'ont jamais accepté le principe, et ce sont eux qui ont gagné. C'est sur ce terrain que le système est construit. De cela, on n'en parle plus !

2. Une crise d'adaptation

Le progrès médical, les nouveaux besoins, les nouvelles conditions d'exercice de la médecine obligent à repenser l'organisation du système de soin.

La médecine évolue dans trois directions :

- ✓ La concentration des moyens et des compétences humaines sur des plateaux techniques performants. Il est indispensable de les répartir rationnellement sur le territoire compte tenu des délais maximum d'intervention médicale (3h pour une Accident Vasculaire Cérébral). Il convient donc de construire des filières cohérentes.
- ✓ Les pathologies changent : des maladies autrefois mortelles sont devenues chroniques (sida, diabète...). Le développement de cures ambulatoires rend nécessaires une information et même une formation du malade pour qu'il réponde de manière adaptée aux manifestations de sa maladie. La qualité et la continuité des soins exigent des infirmières spécialisées et la participation des familles. Ces prises en charge ambulatoires furent l'argument pour diminuer le nombre de lits, mais les accueils d'urgence à l'hôpital public sont passés de 10 millions à 18 millions en 10 ans, or la difficulté principale des urgentistes est justement de trouver les lits dont ils ont besoin.
- ✓ Les maladies chroniques, les polyopathologies, les handicaps, le vieillissement demandent une autre médecine, une autre organisation, et un autre mode de financement. Une

médecine multiple exige une organisation multiple, or nous sommes soumis à une pensée unique !

- Les profits financent les investissements que nécessitent les progrès techniques,
- La loi du marché est dans l'intérêt des consommateurs.

3. Une crise des financements

La loi HPST n'entraîne aucune adaptation aux nouveaux besoins. Elle ne répond qu'à la seule question qui l'intéresse : qui doit détenir le pouvoir à l'hôpital ?

Depuis 1945, le système sanitaire français est mixte en garantissant l'égalité d'accès aux soins et la tradition de la médecine libérale, un financement public complété par les mutuelles, et une distribution mixte des soins. Le système anglais uniquement public conduit au rationnement, le système américain purement privé à l'inégalité et à l'inefficacité. Un exemple : en Arizona, pour des raisons budgétaires, le « Medicaid » public pour les pauvres a supprimé le remboursement des greffes d'organes ; vous êtes pauvre, vous avez une leucémie, vous ne pouvez pas payer la greffe, vous mourrez... Notre système est évidemment supérieur.

On accuse son coût : or il correspond à 11 % du PIB, alors qu'il est de 16 % aux USA, et la France est au 8^e rang des pays riches pour le coût par habitant, ce qui est tout à fait correct. Le coût de la santé croît plus vite que la richesse nationale, raison de plus pour poser la question de fond du mode de financement. Il n'y en n'a que trois :

- S'en remettre à la vertu de tous, soignants et soignés. Ce choix est totalement illusoire,
- Prioriser le financement public,
- S'en remettre au marché.
-

Le choix idéologique est fait : c'est le marché ! Avec les arguments classiques des néo-libéraux :

- Le marché est le lieu où l'offre rencontre une demande solvable,
- La concurrence permet d'obtenir la qualité au meilleur prix,

Or, ça ne marche pas ! Parce que le malade n'est pas un consommateur. Il n'a pas choisi d'être malade, il n'achète pas une marchandise, pas même un acte technique : il recherche un soin et une confiance !

La santé étant définie comme « un état de bien-être », le marché est potentiellement illimité, ce qui pousse les marchands de santé au remplissage. On ouvre la porte aux assureurs privés qui, eux, vont faire la régulation qui leur convient en indiquant aux assurés les soins qu'ils jugent opportuns (les coûts de gestion des assurances sont de 15 %, et de 5 % à la Sécurité sociale). La marchandisation de la santé est désormais appliquée de manière méthodique. D'une part on augmente progressivement la part des dépenses non remboursées pour « responsabiliser » les malades, mais toutes les études menées sur ce point ne montrent aucune « responsabilisation » et mettent seulement en évidence la fragilisation des plus faibles. D'autre part est menée une bataille idéologique avec un nouveau vocabulaire : « l'hôpital entreprise », « le médecin est un ingénieur », on donne donc tout le pouvoir à un directeur qui n'a aucune connaissance médicale, y compris celui de nommer les médecins, le malade est un « client », les praticiens doivent travailler en « flux tendus », les services sont remplacés par des « pôles » souvent incohérents qui font « des gains de productivité » et ne répondent plus à des besoins de santé mais « gagnent des parts de marché » ! En employant ce vocabulaire, on finit par penser de cette manière...

Les équipes médicales sont à supprimer, car l'encadrement doit désormais être distant des praticiens. Les structures de base de l'hôpital sont des « pôles de gestion » et non plus des équipements de soins. Enfin il faut créer un « prix de marché ».

Il existe trois techniques de tarification :

- a. Le prix de journée (comme à l'hôtel)
- b. Le budget global (comme à l'armée)
- c. Le paiement à l'acte

Il serait logique d'adopter la tarification la plus adéquate au type d'activité : le prix de journée pour les services d'accompagnement en fin de vie, le budget global pour les maladies chroniques, le paiement à l'acte pour les pathologies aiguës. Mais la loi HPST impose la tarification à l'activité, logique on ne peut plus inflationniste. Il est ainsi prévu une augmentation de 2,5 % par an d'activité hospitalière. La demande étant illimitée, on met en place un contrôle évidemment bureaucratique. Le budget santé est voté par le Parlement ; le financement devant tenir dans ce budget, si l'activité réelle dépasse le niveau prévu, les tarifs sont baissés, et si les tarifs baissent, il faut augmenter l'activité de manière inflationniste pour être financièrement en équilibre. Une vraie folie !

Les promoteurs du système ont la solution pour obtenir un « vrai » prix de marché qui équilibre l'offre et la demande : l'assurance privée. Les équipements étant de plus en plus chers et les personnels de plus en plus réduits dans le secteur public, les spécialités très coûteuses restent à l'hôpital et les autres sont assumées par le privé dans le cadre des Partenariats-Publics-Privés. Ainsi on voit s'installer des services privés au sein même de l'hôpital ! Un exemple réel : une banque construit gratuitement l'hôpital « Sud francilien » ; il paiera un loyer annuel de 40 millions € sur 30 ans, soit au total 1,2 milliard € ; il aurait coûté la moitié si l'on était passés par les marchés publics. Pour assurer ses loyers, il sera contraint d'accroître son activité de manière inflationniste ; à défaut, il devra être vendu...

La mort du Service public hospitalier

Nous sommes donc embarqués dans la grande marchandisation de la santé, avec de puissants investisseurs privés qui s'y engagent pour y faire du profit et, pour ce qui concerne l'hôpital public, la déstructuration

des équipes soignantes et la déshumanisation. Et dans les Agences régionales de santé, les bonnes consciences de gauche qui s'y trouvent encore n'auront d'autre choix que d'y recourir. Il est naïf de penser que cette loi peut garantir la régulation publique des établissements privés. Un secteur libéral lucratif ne peut pas rentrer dans une régulation publique, il est nécessairement en distorsion avec la logique publique et disposera de tous les moyens pour empêcher son fonctionnement. La preuve : durant les négociations préparatoires, les politiques ont très vite renoncé aux dispositions régulatrices qui contrevenaient aux intérêts de la médecine libérale. Les forces du privé sont plus puissantes que les « points d'appui » que la loi pourrait préserver. Le terme « Service public hospitalier » a disparu du texte, remplacé par « Etablissement de santé », ce qui est un signe idéologique parfaitement clair.

Il est indispensable de revoir le dispositif hérité de 1945, mais alors un grand débat national est nécessaire pour reposer les questions essentielles : qu'est-ce qui relève de la solidarité nationale ? Voulons-nous plus de régulation publique ou plus de privatisation ? Peut-on avoir un Service public quand les valeurs qui le fondent ne sont plus les valeurs dominantes de la société ? C'est au peuple de s'approprier ce débat.



L'AVENIR DES HOPITAUX : DU BON ET DU MOINS BON ?

René CAILLET

**Responsable du pôle Organisation Sanitaire et Médico-Sociale
Fédération Hospitalière de France, Paris**

La loi ne peut pas tout. Elle s'inscrit dans le contexte général de la montée du libéralisme de droite et de gauche qui a entrepris 11 réformes depuis une trentaine d'années dont 4 majeures depuis 2002.

Logique d'entreprise

L'objectif est de limiter les dépenses, les dépassements budgétaires n'étant plus autorisés depuis 2004. Aucun Etat n'a poussé aussi loin l'application de la tarification à l'acte qui concerne 85 % de l'activité des établissements hospitaliers publics et privés. Nous sommes entrés dans une logique d'entreprise : compétition exacerbée, publication de palmarès dont les citoyens sont friands. La Révision générale des politiques publiques (RGPP) est faite pour faire fondre toutes les dépenses de l'Etat, donc pour remettre en cause toute forme d'action publique considérée comme source de gâchis, d'inefficacité.

L'Union Européenne ne reconnaît que les Services d'intérêt économique général (SIEG) et non pas le Service public dont les obligations sont différentes. Mise à part la psychiatrie, toutes les autres missions du service public pourront être soumises à la loi du marché. La crise générale renforce la nécessité de diminuer les dépenses de santé. En 2011, les tarifs des hôpitaux publics ont baissé de 1 %, mais de 0,05 % dans le privé.

Effet régulateur de la loi HPST

Dans ce contexte, la loi HPST est régulatrice, elle met des freins à la libéralisation. Des changements étaient nécessaires. Le budget global étouffait le fonctionnement de l'hôpital une fois le plafond atteint, et la souplesse de la tarification à l'activité est un avantage. Les liens entre l'hôpital et le domicile pour les

maladies chroniques étaient mal organisés, et, sur ce point, la loi améliore la coopération avec le médico-social. Actuellement l'ARS dirige de fait, et la question du pouvoir est en effet importante. Aujourd'hui les malades demandent de plus en plus des modalités de soins que les médecins publics maîtrisent mal, aussi est-il indispensable que l'hôpital se positionne sur les plateformes de santé, sinon le secteur privé va les accaparer.

Dans son ensemble, la loi HPST offre des opportunités qu'il faut saisir, c'est pourquoi la Fédération Hospitalière de France l'a initialement soutenue. Roselyne Bachelot y avait aussi inscrit l'obligation de redistribuer sur le territoire l'installation des jeunes médecins, mesure essentielle pour assurer la permanence des soins.

Des risques de rupture

Les syndicats de médecins s'y sont opposés, ont provoqué le départ de la ministre, et la mesure est supprimée. Avec le ministre actuel, tous les points positifs qu'elle comporte sont retirés les uns après les autres. Les négociations vont être très difficiles, mais ce serait une erreur stratégique de la rejeter totalement. Si les élus locaux ne sont pas satisfaits de l'état actuel de la loi HPST, elle comporte encore des éléments de dynamisme sur lesquels le secteur public peut s'appuyer.

Un exemple révélateur : lorsqu'une mission de santé est assurée par un hôpital, cet établissement est reconduit dans sa mission par l'ARS selon la version actuelle du texte. Si la mission n'est pas assurée, l'ARS désigne l'établissement public ou privé qui s'en charge. Or le « guide des ARS » élaboré par le ministère précise que les missions effectivement assurées peuvent être reconnues comme prioritairement accordées à l'établissement après évaluation qualitative,

quantitative et budgétaire, ce qui signifie qu'il n'y aurait plus de missions tacitement reconduites dans le secteur public et que l'ARS fera ce qu'elle veut en matière de dévolution des missions ! Ainsi l'imagerie, faite à 85 % par le privé, serait évidemment retirée à l'hôpital et totalement accordée au privé.

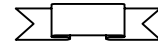
L'hôpital public a perdu 9800 emplois en 2009, environ 10000 en 2010, et nous prévoyons 11000 en 2011. Avec 1 % d'augmentation autorisée et 2,3 % d'augmentation rien que pour le glissement vieillesse-technicité, la perte d'emplois va se poursuivre. La dégradation de l'accès aux soins et de la qualité sont évidentes, surtout dans le secteur des personnes âgées où les budgets sont en baisse et où des emplois disparaissent chaque année.

Les patients deviennent un enjeu de première importance pour la prise de pouvoir par les partisans du libéralisme. Après avoir dénoncé la « maltraitance », ils font la promotion de la « bientraitance » afin d'opposer les associations de patients à l'hôpital public dont les services se dégradent ; bientôt le thème de la violence à l'hôpital va apparaître, et si les associations de patients accréditent ces critiques, c'est le tapis rouge

qui est tiré pour les établissements privés. Cette logique nous conduirait vers une Sécurité sociale minimale pour les pauvres, et au-delà chacun se paiera le dispositif qu'il pourra se permettre.

Que faire de cette loi ?

Il y a péril en la demeure ! Il y a dans le texte des avancées, mais le gouvernement les remet sérieusement en cause. Il faut donc se battre à partir de cette loi et ne pas jeter le bébé avec l'eau du bain.



LE COUT DES HOPITAUX ET LE 'TROU DE LA SECU' : MYTHE OU REALITE ?

Frédéric Pierru

Sociologue

Chargé de Recherche au CNRS, Paris Dauphine

Enseignant à l'Université de Picardie

Nous sommes à un moment critique de l'évolution du système de santé, car le secteur privé s'avance sans vraiment dire ce qu'il fait. Un grand débat national serait nécessaire, à condition de sortir de l'« hémiplegie » dans lequel il est enfermé : la politique de santé est encore réduite à l'idée « maladie-médecin-hôpital-soins », alors qu'elle englobe également la Prévention, dimension en déshérence jusqu'au début des années 90 ; de plus, dès sa création en 1945, le soin a été perçu comme un coût, un charge, accompagné du discours sur les abus, les citoyens irresponsables, arguments qui ressortent à l'identique actuellement.

Des dépenses excessives ?

On reste fasciné par les dépenses considérées comme excessives ; or un fait fondamental est abondamment démontré par des économistes de tout bord, y compris américains : les sociétés occidentales n'investissent pas suffisamment dans la santé qui, loin d'être une charge, est un investissement rentable, du point de vue sanitaire mais aussi économique ! Nous aurions intérêt à dépenser plus que 11 % du PIB dans la santé. On se focalise sur la dette, mais jamais sur les bénéfices.

En économie, les coûts sont à placer en regard des bénéfices ; or nous n'avons au pouvoir que des comptables. Le stéréotype « trou de la Sécu » n'a aucun sens ; il a pour effet de faire obstacle à un vrai débat et de masquer les choix politiques. La création de la Sécurité Sociale a provoqué une véritable révolution dans nos rapports à la maladie et à

la mort, révolution silencieuse mais de première importance pour notre civilisation ; consulter un médecin est devenu une banalité, ce qui n'était pas le cas auparavant. Mais plutôt que de la prendre en compte, politiques et médias ne veulent voir qu'un chiffre !

Un budget en déficit ?

Un déficit n'existe qu'en référence à un budget, or jusqu'en 1996 le budget de la Sécu n'existe pas, donc cette expression était absurde. En créant l'Objectif National de Dépenses de l'Assurance Maladie (ONDAM), les réformateurs libéraux ont avancé dans leur volonté de mettre la santé sous budget global, grand dessein technocratique des politiques de droite et de gauche pour limiter les dépenses. Cela s'est heurté à un obstacle important : le système français repose sur le principe du libre accès aux soins. En revanche c'est en France que le service privé est un des plus importants, car jusqu'en 1941 l'hôpital était réservé aux pauvres tandis que les cliniques s'étaient développées auparavant pour les milieux aisés. Instaurer une contrainte budgétaire n'est donc pas facile, sauf si on la fait supporter par l'hôpital public.

Dès 1982, ce choix est fait et le budget global amorce la décélération des dépenses. La réforme Juppé de 1996 oblige à reverser le montant des éventuels dépassements, mesure supprimée devant la fronde des praticiens libéraux. Est alors instauré un mécanisme automatique de plafonnement à 2,9 %. La réalité est toujours au-delà de 3 %. Recettes et dépenses n'évoluent pas en fonction des mêmes variables. Les dépenses (167 mds/an)

croissent notamment en raison du coût de l'innovation médicale et de sa diffusion, mais également en raison de la natalité relativement élevée en France. Les tarifs des praticiens spécialistes ainsi que les conséquences des 35h à l'hôpital ont également leurs responsabilités. Contrairement au discours qui accuse les gaspillages et les fraudeurs, il n'y a pas d'explosion des dépenses, car la France est au 8^e rang des dépenses par habitant.

Le problème vient avant tout de la diminution des recettes consécutive à la très faible croissance de notre économie et au chômage de masse structurel, qui résultent des choix de politique économique générale faits depuis longtemps.

Une idéologie gestionnaire à hauts risques

En conclusion, nous devons constater que l'idéologie gestionnaire s'est imposée

dans l'opinion. Construite par de grands commis de l'Etat de culture juridique qui avaient le sens de l'intérêt général, la Sécurité Sociale est désormais entre les mains de gestionnaires qui sont beaucoup moins attachés à l'Etat. Politiquement le conflit est entre un discours qui stigmatise les profiteurs et une autre conception de la solidarité, entre les droits gestionnaires et les droits créances.



BATIR UNE POLITIQUE DE SANTE : QUELLES PRIORITES ?

Ladislav Polski

Médecin généraliste

Conseiller régional de Provence-Alpes-Côte d'Azur

Délégué national à la Santé du Mouvement Républicain et Citoyen

Le MRC place la République au centre de sa réflexion et de son action. S'il est un domaine où le modèle républicain est aujourd'hui malmené, c'est bien celui de la santé. Une étude récente indique qu'un quart de nos concitoyens dit avoir récemment renoncé à des soins pour raisons financières. Ces inégalités grandissantes, sociales et territoriales dans l'accès aux soins, sont une véritable blessure pour le pacte républicain. Aujourd'hui, il semble que nous soyons déjà loin de cette affirmation simple, fondatrice de la Sécurité sociale et constitutive du programme du Conseil National de la Résistance : chacun participe au financement de la santé selon ses moyens, et bénéficie de soins selon ses besoins. C'est ce principe qui doit inspirer aussi le débat sur le financement de la dépendance. Il faut veiller à ce que ses enjeux ne soient pas livrés aux appétits des compagnies d'assurance et soumis à la concurrence.

Le système de santé français

Depuis des décennies, notre système de santé repose sur un équilibre fragile : une médecine ambulatoire majoritairement assurée par le secteur libéral, lui-même structuré par ses deux sacro-saints principes du paiement à l'acte et de la liberté d'installation et une médecine hospitalière au sein de laquelle cohabitent établissements privés, à but lucratif (majoritaires) ou non lucratif, et hôpitaux publics, « dominés » depuis 1968 par la figure des Centres Hospitalo-Universitaires (CHU). Depuis 2004 et la réforme Douste-Blazy, sous des gouvernements de droite, cet équilibre imparfait a été mis à mal par des mesures successives dont la loi HPST est à ce jour le point culminant.

Evolution du système de santé, loi HPST

En premier lieu, il convient d'observer que l'ensemble des mesures prises a augmenté la part restant à la charge des patients dans les dépenses de santé : les forfaits, les franchises, qui visaient à responsabiliser les patients, comme si un malade était en capacité de juger seul du bienfondé de son recours aux soins ; les déremboursements, qui ne portent plus aujourd'hui uniquement sur des médicaments que la collectivité est en droit de renoncer à payer si la preuve n'est pas faite de leur efficacité. L'augmentation du forfait journalier hospitalier consomme en moyenne la totalité du RSA mensuel en 10 jours d'hospitalisation. Toutes ces mesures contribuent à aggraver le renoncement aux soins. Parallèlement, les mesures touchant aux établissements de santé ont accentué une dérive concurrentielle, lucrative, et génératrice d'inégalités. La mise en place de la tarification à l'activité (« T2A »), intrinsèquement inflationniste, a introduit dans l'hôpital public la logique du paiement à l'acte, et potentiellement tous ses effets pervers : obsession de la rentabilité, sélection des patients en fonction de leur pathologie, disparition d'activités non rentables, fragilisation au profit du privé de l'hôpital public, qui continue d'assumer en première ligne des missions de service public insuffisamment rémunérées par les forfaits alloués.

La loi HPST ne comporte pas que des aspects négatifs. Ses partisans mettent en valeur ce qu'ils estiment être le mot clé de la loi : le « décloisonnement ». Il est vrai que certains décloisonnements sont souhaitables : entre les soins, la prévention et le médicosocial ; entre la médecine ambulatoire et la médecine hospitalière ; entre les

compétences des professionnels de santé...Mais le plus important n'est pas là. Car le décloisonnement, c'est surtout cette inquiétante confusion des genres entre public et privé, inscrite dans le volet hospitalier de la loi. Ainsi, la création des Agences Régionales de Santé (ARS), qui structurent désormais à l'échelon régional l'organisation de la santé en regroupant les services de l'Etat et de l'Assurance Maladie, n'est pas une mauvaise idée. Ce qu'on peut reprocher aux ARS vient du cap qui leur est donné, qui fait d'elles les outils d'application d'une loi très bienveillante à l'égard du secteur privé.

Les Groupements de Coopération Sanitaire (GCS) que les ARS vont encourager incarnent bien cette confusion des genres entre public et privé : structures de rapprochement entre établissements de santé, les GCS vont pouvoir organiser le regroupement d'hôpitaux publics avec des établissements de santé à but lucratif et entraîner ainsi la disparition de certaines activités du secteur public. On imagine facilement les implications d'une telle évolution en termes d'inégalités d'accès aux soins pour des patients ainsi exposés au risque d'être « piégés » par la pratique des dépassements d'honoraires. Plus grave encore, la mise à égalité théorique, dans le 1er chapitre de la loi, des établissements de santé publics et privés qui peuvent indifféremment se voir confier des missions de service public, parmi lesquelles l'enseignement universitaire et post-universitaire. Ainsi, alors que le « prestige universitaire » restait, dans les CHU, l'un des principaux facteurs attractifs capables de retenir les médecins courtisés par les cliniques privées beaucoup plus rémunératrices, quels arguments ces CHU auront-ils demain pour éviter l'hémorragie de leurs forces vives ? Or, s'il convient de défendre les CHU, c'est qu'ils incarnent le mieux la synthèse républicaine entre excellence médicale et égalité d'accès aux soins.

Redresser les dérives : des choix

Dans ces conditions, notre système à vocation égalitaire et l'hôpital public sont-ils à terme condamnés ? Quels sont les principaux défis que devra relever la gauche dans la perspective d'une alternance en 2012 ?

Le premier enjeu est à coup sûr celui du financement. La démographie marquée par le vieillissement de la population, et les progrès techniques de la médecine, rendent l'augmentation des dépenses de santé inexorable. Notre société doit l'accepter, et se donner les moyens de financer cette augmentation.

- En premier lieu, il est donc fondamental de créer des richesses, d'où la nécessité de mener une véritable politique industrielle : le Mouvement Républicain et Citoyen propose, dans son [programme de Salut Public](#), des pistes en ce sens, notamment dans les domaines monétaire, commercial, dans ceux de la recherche, de l'innovation ou des infrastructures.
- Il faut aussi trouver de nouveaux financements pour la protection sociale : la taxation des revenus financiers des entreprises pour abonder le financement de la sécurité sociale est une option qui fait son chemin. Il faut corréliser cette piste avec une réforme de la fiscalité visant à rendre l'impôt réellement progressif selon les ressources. Il faut aussi rationaliser les dépenses.

La nécessité de revoir la politique du médicament semble s'imposer au regard de l'affaire du Mediator. La réflexion et la réorganisation doivent porter à la fois sur la sécurité d'utilisation des produits, sur leur efficacité réelle, et sur la pertinence de leur remboursement par la collectivité.

Enfin, le débat sur les alternatives à la rémunération à l'acte et l'expérimentation de nouveaux modes de rémunération pour les professionnels entre dans le cadre de la nécessaire rationalisation des dépenses de santé.

Au-delà de la question du financement, il faut revoir l'organisation du système de santé autour de ses deux piliers, que doivent être le médecin traitant d'une part, et l'hôpital public d'autre part, auquel il est légitime de réserver un statut particulier, sans dénier l'utilité pour le système de santé des établissements de

santé privés. A côté de ces deux piliers, et en lien avec eux, il conviendra de préciser davantage la place de tous les acteurs du système de santé : offre de soins hospitalière et ambulatoire, prévention, médico-social.

A l'hôpital public, il faudra revenir sur le « tout T2A » : sans doute une approche pragmatique plutôt que dogmatique est-elle la plus responsable, recourant de façon mesurée en fonction des réalités propres à chaque spécialité, à une mixité entre les trois modes de financement que sont le prix de journée, l'enveloppe globale, et l'activité réelle. Ces adaptations techniques devront se faire au bénéfice de l'accès de tous à des soins de qualité.

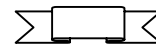
Quant à la gouvernance de l'hôpital, aujourd'hui dominée par la fonction du directeur d'établissement conformément à la volonté de Nicolas Sarkozy de ne voir qu'« un seul patron à l'hôpital », évidemment non médecin, elle doit être rééquilibrée afin que les soignants soient réintégrés dans les processus de décision. Il s'agit d'une exigence de bon sens, mais elle est essentielle.

A côté du secteur de l'hospitalisation, les activités ambulatoires du champ de la santé doivent être articulées sur la base de plusieurs principes que la loi HPST a partiellement pris en compte, mais qu'il faudra pousser de manière plus ambitieuse : pluridisciplinarité, coordination, liens entre les soins, la prévention et le médico-social, liens entre la médecine de ville et l'hôpital, plateformes ambulatoires de formation initiale, formation médicale continue indépendante, mais aussi alternatives à la rémunération à l'acte des professionnels, et installation rationalisée

des praticiens. Rappelons, à cet égard que les déserts médicaux sont dus, pour la plus grande part, au devastateur numerus clausus imposé pendant plus de 20 ans à l'entrée des études médicales et infirmières. Il faudra à nouveau 20 ans pour retrouver un équilibre.

Les maisons de santé pluridisciplinaires peuvent être les lieux d'expérimentation de ces nouvelles pratiques, il y en a d'autres.

Pour conclure, il faut insister sur l'idée qu'une politique de santé républicaine doit avoir comme axe central la réduction des inégalités de santé. Cet objectif, pourtant proclamé par la loi HPST, s'apparente malheureusement, à ce jour, à un vœu pieux au regard des orientations réelles de la loi. Etrangement, la politique de santé, sujet de société s'il en est, fait rarement l'objet d'un vrai débat public. Il faut élever ces questions au-dessus de leur apparente dimension technique et rebutante pour que les citoyens puissent s'en emparer. Pousser plus loin l'égalité d'accès à la santé, c'est faire vivre le modèle républicain.



En conclusion...

Nous souhaitons laisser au lecteur le soin d'analyser lui-même les informations rapportées dans ce fascicule. Nous avons choisi des auteurs d'origine et d'opinions différentes : le débat contradictoire est, à nos yeux, le moyen le plus démocratique de forger son propre jugement.

Quelques lignes de force se dégagent de ces textes. Sans vouloir être exhaustifs, il nous semble que les points suivants méritent une particulière attention :

- Une santé à plusieurs vitesses est en train de s'installer dans notre pays, en contradiction avec tous les principes et les réalisations mis en place depuis l'instauration de la Sécurité sociale en 1945.
- Cette évolution relève de causes multiples. Les exercices public et privé de la médecine pourraient cohabiter harmonieusement. La volonté politique actuelle est de favoriser le secteur privé au détriment du secteur public au moyen d'incitations et de réglementations analysées durant ce colloque. A l'extrême, la notion de Service public hospitalier a disparu au profit de partenariats public-privé. Toutes les missions du Service public peuvent désormais être soumises à la loi du marché. Les conséquences apparaissent inquiétantes sur le plan des soins, sur celui de la formation des professionnels, sur celui de la recherche. Le 'déficit de la sécu' est mis en exergue pour diminuer la prise en charge des soins, et en laisser une part de plus en plus grande à la charge des patients, à tel point que les plus démunis d'entre eux n'y ont plus accès. Or, le 'déficit de la sécu' est discutable. Il mérite à tout le moins une analyse plus approfondie visant à établir un rapport coût/bénéfice, à s'interroger sur la répartition des charges, sur les causes et l'efficacité des exonérations, ainsi que sur le coût de la libéralisation.
- Tous les intervenants s'accordent à dire que la loi HPST est un vecteur privilégié de ces choix. Certains considèrent toutefois qu'elle peut offrir des opportunités dans le domaine des relations soins hospitaliers-prise en charge extra hospitalière ou dans celui de la tarification des soins. Ces possibilités sont elles suffisantes pour justifier le maintien d'un texte qui, par ailleurs, remet en cause plusieurs principes essentiels de l'organisation sanitaire et sociale de notre pays, dénie la démocratie et limite le poids de la compétence dans le secteur hospitalier, avec toutes les dérives que cela entraîne ou va entraîner? Le lecteur jugera.

Il nous semble, finalement, qu'un grand débat national s'impose.

Contacts

Pour le Monde diplomatique : annie.munier-petit@laposte.net

Pour le MRC 21 : lacaille.c@wanadoo.fr
gla.rifle@wanadoo.fr