

Loi HPST: vers la remise en cause du pacte républicain

En 2009, une nouvelle réforme d'importance, la loi « portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires » (loi « HPST »), est venue remettre en cause en profondeur l'organisation et la gouvernance de l'hôpital public. Enième réforme ou coup fatal ?

Gislhaine RIVET et Emmanuelle F., respectivement responsable et membre du groupe de travail « Santé, bioéthique » de la LDH

L'hôpital public, ultime garant de l'égalité d'accès aux soins, pôle d'excellence dans le domaine de la recherche médicale, est en crise. Celle-ci n'est pas soudaine, mais elle est profonde. Elle est le fruit d'une lente mais constante dégradation des conditions de travail et de prise en charge des patients. Une longue succession de réformes de la gouvernance et de la gestion hospitalière – souvent très techniques et rarement débattues démocratiquement avec les citoyens – ont failli à donner à l'hôpital le nouveau souffle nécessaire, et ont progressivement grippé l'un des symboles du « modèle social français », celui qui combine qualité et solidarité. Promulguée le 21 juillet 2009, la loi dite « HPST » (Hôpital, patients, santé et territoires), en son titre 1^{er} intitulé « Modernisation des établissements de santé », est consacré à la réforme de l'hôpital. Des cortèges éclectiques, des grands professeurs aux aides-soignantes, ont alors battu le pavé pour dénoncer une réforme qui allait « *tuer l'hôpital* ». Une vision suffisamment rare pour être soulignée... Plusieurs mouvements de professionnels de santé ont commencé à se structurer, qui continuent aujourd'hui leur combat pour la

défense de l'hôpital public. Pour comprendre ce qui est en jeu, il convient de replacer la loi HPST dans le contexte de la succession de réformes que connaît l'hôpital public depuis environ quarante ans, et de ses problèmes chroniques – qui sont aussi ceux du système de santé en général – qu'aucune politique de santé n'a traités correctement, avec une vision sur le long terme.

L'hôpital garant du pacte républicain

La loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière a consacré la mission de service public hospitalier : l'hôpital – et principalement les établissements hospitaliers publics – devait ainsi le fer de lance du système de santé, autour de ses « missions »⁽¹⁾. La loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière a également fait entrer l'égalité d'accès aux soins pour tous comme composante essentielle de la mission de service public hospitalier, précisant que « *les établissements qui assurent le service public hospitalier sont ouverts à toutes les personnes dont l'état requiert leurs services.* [...] *Ils ne peuvent établir aucune discrimination entre les malades en ce qui concerne les soins.* »

(1) A savoir : « *Assurer les examens de diagnostic, le traitement – notamment les soins d'urgence – des malades, des blessés et des femmes enceintes [...] et leur hébergement éventuel; [...] concourir à l'enseignement universitaire et postuniversitaire médical et pharmaceutique et à la formation du personnel paramédical; concourir aux actions de médecine préventive dont la coordination peut lui être confiée; participer à la recherche médicale et pharmaceutique et à l'éducation sanitaire.* »

(2) Selon les statistiques annuelles des établissements de santé publiées par la Drees.

Au 1^{er} janvier 2008, neuf cent soixante-douze établissements publics offrent plus de deux cent quatre-vingt-trois mille lits d'hospitalisation à temps complet, soit 65 % du nombre total de lits disponibles sur tout le territoire⁽²⁾ (les autres dépendant de structures privées à but lucratif ou non lucratif). Afin d'accueillir et d'accompagner environ neuf millions d'usagers chaque année, près d'un million de personnels (à 76 % des femmes) œuvrent au sein des structures.

Les centres hospitaliers universitaires (CHU) comprennent des équipes dédiées, têtes de réseaux régionaux pour la prise en charge de pathologies lourdes et complexes.

Les hôpitaux publics assurent la permanence des soins vingt-quatre heures sur vingt-quatre : cela signifie concrètement qu'il doit toujours y avoir des lits vides, prêts pour faire face à tout besoin aigu (épidémie de bronchiolite, canicule, etc.), contrairement à une clinique privée. Les hôpitaux publics doivent également être en mesure de faire face aux hospitalisations non programmées. Pour cette accessibilité, et parce que le système de santé est construit autour de lui, l'hôpital public en France est un pivot du maintien du droit aux soins pour tous.

La dégradation que connaissent ces dernières années les établissements publics de santé est préoccupante. En effet la majorité des hôpitaux présente un déficit budgétaire chronique. Le manque de médecins et une répartition inéquitable sur le territoire, associés à l'engorgement de certains services, notamment les urgences, génèrent l'épuisement des professionnels. De plus les dépassements d'honoraires sont de plus en plus fréquents et de plus en plus élevés, les délais d'attente s'allongent et les patients sont parfois soignés dans les couloirs. L'ensemble de ces constats sont autant de signaux d'alerte qu'il convient de prendre en compte, face à des besoins en santé qui évoluent avec l'accroissement constant de certaines pathologies ou de maladies chroniques.

Une longue succession de réformes

La dégradation de l'hôpital public ne peut donc pas être laissée à l'appréciation des gestionnaires d'établissements ou des services du ministère de la Santé. Elle pose une question majeure de santé publique ; elle doit interroger le citoyen par rapport à la pérennité de ce qui a fait la force de notre système de santé : le droit pour tous et partout d'accéder à des soins de qualité.

En 1970, alors qu'était adoptée la loi portant réforme hospitalière, la part de l'hospitalisation dans les dépenses de santé s'élevait à 42,4 % ⁽³⁾. Cette part n'a cessé d'augmenter pour atteindre, en 1982, son plus haut niveau dans la consommation de santé (soit 53 %). S'ensuivent trois décennies où des réformes vont se succéder, avec pour objectif de maîtriser les dépenses via des mesures visant l'efficience économique des établissements, et la mise en place de schémas d'organisation de l'offre de soins.

La politique hospitalière des années 1980-2000 s'est concentrée principalement sur deux

*La dégradation
de l'hôpital
public
doit interroger
le citoyen
par rapport
à la pérennité
de ce qui a fait
la force de notre
système de santé
le droit pour
tous et partout
d'accéder
à des soins
de qualité.*

axes : la maîtrise de l'enveloppe globale de dépenses de santé hospitalières et la recomposition des établissements hospitaliers basés sur des schémas sanitaires régionaux, sous l'égide d'agences régionales d'hospitalisation (ARH). A partir des années 2000, la politique hospitalière évolue vers un nouvel objectif : la recherche de l'efficience économique des établissements et, en filigrane, la convergence public-privé. Cette politique a ainsi fait de l'organisation interne de l'hôpital un des axes de son déploiement. Pour atteindre une meilleure efficience médico-économique, elle a modifié les structures de pilotage des hôpitaux et leur chaîne de décision et de gestion, du conseil d'administration jusqu'aux unités cliniques.

Profond bouleversement du financement

En 2004, et dans le cadre du «plan hôpital 2007», une réforme profonde du financement des hôpitaux se met en œuvre avec la tarification à l'activité (T2A).

Par bien des égards, la T2A

marque le début de la crise que connaissent les hôpitaux aujourd’hui : elle déstabilise profondément leur fonctionnement et leur « culture », tendant à générer une logique gestionnaire et comptable : multiplication des séjours, incitation au tri des malades (les pathologies complexes aux durées de séjour longues ne donnent pas lieu à une meilleure dotation financière) et transferts rapides en soins de suite.

Par ailleurs, la T2A a été établie sans tenir compte de la réalité lors des prises en charge des patients à l'hôpital: à titre d'exemple, plus de sept cents types d'actes chirurgicaux sont effectués par l'AP-HP, contre soixante-dix seulement répertoriés dans les cliniques privées d'Ile-de-France. Quant aux missions hors T2A (enseignement et recherche, notamment), elles sont largement sous-dotées. La mise en place d'outils de contrôle de gestion dans les hôpitaux - qui, en soit, n'est pas à redouter à condition que l'efficience économique reste un moyen et non une fin - s'accomp-



(3) Selon les sources de l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (Irdes)



Les possibilités de regroupement des établissements, mises en place par la loi HPST, sont à mettre en parallèle avec l'accélération des fermetures de services, ce qui témoigne d'une volonté de rationalisation de l'offre hospitalière, au risque d'accélérer la désertification médicale.

de santé a des explications structurelles connues : l'accroissement des besoins et des demandes de soins de la population à tous les âges de la vie, l'augmentation du nombre de patients atteints de maladies chroniques, le coût croissant des nouveaux médicaments et des dispositifs médicaux innovants.

Vers une marchandisation de l'hôpital ?

La loi HPST de 2009 s'inscrit dans un contexte de recompositions hospitalières successives, et fait surtout suite à une réforme profonde du financement des hôpitaux, qui laisse beaucoup d'incertitudes.

Cette loi modifie le cadre dans lequel des objectifs pourront être mis en œuvre. Si elle peut se lire comme une nouvelle réforme, elle peut aussi être considérée comme l'aboutissement d'une suite logique aux différents textes, lesquels ont modifié considérablement le paysage hospitalier.

La loi a ainsi pour mère la réforme budgétaire T2A qui, de façon insidieuse, a su imposer sa logique. Ainsi, si un établissement présente une baisse significative de son activité, ses recettes seront moindres, ce qui aura pour corollaire la remise en cause de ses emplois (sachant que le poste principal des dépenses d'un établissement se situe au niveau des charges du personnel). La modification substantielle des ressources d'un établissement devient donc une arme froide et implacable.

En outre, les possibilités de

pagne donc d'un bouleversement de l'enveloppe budgétaire dont bénéficient les établissements pour leur activité. En 2008, la quasi-totalité des CHU était en déficit. Il est à souligner en effet que l'objectif national des dépenses d'assurance maladie pour l'hôpital (Ondam hospitalier) de 2008 était fixé à 3,2 %, quand les besoins augmentaient mécaniquement de 4 % par an.

Pénurie médicale, augmentation des besoins

La crise des hôpitaux et du système de santé français ne doit rien au hasard. Elle est en partie due à la pénurie médicale qui résulte de la politique suivie depuis vingt ans, de façon continue, par tous les gouvernements. Pendant cette période, on est passé de la formation de huit mille cinq cents à trois mille cinq cents médecins par an, afin d'appliquer un principe bien connu : réduire l'offre pour diminuer la demande. Ce dispositif a atteint son paroxysme en 2003 lors de la canicule, qui a entraîné un engorgement des urgences et

une forte mortalité au sein de la population âgée.

Aujourd'hui, les dépenses hospitalières représentent 44,1 % de la consommation de soins et de biens médicaux, soit 3,6 % du PIB. Face à cette réalité, la lutte contre les inégalités devant la santé et dans l'accès aux soins, l'amélioration de la qualité dans le champ sanitaire, mais aussi les économies à réaliser se concentrent naturellement en tout premier lieu sur l'hôpital.

L'hôpital public coûte-t-il trop cher ? C'est un raccourci erroné, qui vient trop souvent polluer le débat sur l'avenir du système de santé. Rappelons ici que le coût total de la santé atteint 11 % du PIB en France - à peu près le même niveau qu'en Allemagne -, contre 9 % en Angleterre et 16 % aux Etats-Unis, où le système est bien moins égalitaire.

La vraie question est en réalité celle de l'augmentation des besoins de santé - plus rapide que celle du produit intérieur brut (PIB) - et des choix de société qu'elle implique. Le déséquilibre financier de notre système

**La vraie question
est celle de
l'augmentation
des besoins
de santé – plus
rapide que celle
du produit
intérieur brut
(PIB) – et des
choix de société
qu'elle implique.**

regroupement des établissements, mises en place par la loi HPST, sont à mettre en parallèle avec l'accélération des fermetures de services, ce qui témoigne d'une volonté de rationalisation de l'offre hospitalière, au risque d'accélérer la désertification médicale. Les pouvoirs donnés aux Agences régionales de santé (ARS) et la création des Communautés hospitalières de territoire (CHT) aboutissent ainsi à transférer ou à supprimer certaines activités des hôpitaux locaux, sans qu'il soit garanti d'accéder aussi facilement à des services équivalents. La Coordination nationale des comités de défense des hôpitaux et maternités de proximité recensait ainsi, entre le 1^{er} janvier 2008 et le 1^{er} août 2009, plusieurs centaines de fermetures annoncées ou réalisées.

Pour les pathologies les plus lourdes, dont le traitement suppose la constitution de plateaux techniques de haut niveau, la concentration de l'offre de soins hospitaliers à l'échelon régional

sera vraisemblablement l'étape suivante...

A la lecture des textes en vigueur (notamment la reconnaissance de l'hospitalisation à domicile et celle du domicile comme lieu de soins) et de certains projets, il est indéniable qu'une convergence des mesures sont prises afin de restreindre les accès de l'hôpital et de favoriser les sorties. Se développe, de ce fait, le maintien au domicile.

Les soins à domicile, fausse-bonne solution

Le prélude à ce mouvement a été orchestré par l'hospitalisation à domicile et la chirurgie ambulatoire. Il se poursuit actuellement avec le maintien des personnes âgées dans leur logement, et la réforme de la psychiatrie. Mais il serait nécessaire de s'interroger sur la prise en charge et l'accompagnement de ceux qui n'ont pas de logement, ou dont celui-ci présente un état de vétusté certain. En outre, dans la majorité des cas, le maintien au domicile nécessite

la présence de l'entourage ou de la famille. Dans un système où les familles éclatées sont de plus en plus nombreuses, comment pourront s'articuler ces nouvelles mesures ? Comment maintenir une personne âgée dépendante à domicile, avec les risques que cela comporte, si elle n'a pas un entourage ou une famille présente à ses côtés, ou si ses moyens financiers sont limités ?

Peu à peu, l'hôpital se vide de sa substantifique moelle, pour ne laisser place qu'à une vision économique et gestionnaire de la santé, où la solidarité ne sera plus admise, où l'homme deviendra un ratio et une formule mathématique se réduisant à « combien coûte ma pathologie » ?

A chaque nouveau débat, il nous appartient de vérifier si les orientations répondent à l'ensemble des usagers et, plus particulièrement, si le droit et l'accès aux soins pour les plus démunis sont préservés afin de maintenir le pacte républicain, fondement même de notre société. ●

Les trois grandes mesures de la loi HPST concernant l'hôpital

1. Une collaboration accrue entre établissements

La création de « Communautés hospitalières de territoire » vise à favoriser le développement de complémentarités et les rapprochements entre hôpitaux publics, autour de projets pertinents en termes d'activité médicale. Des établissements publics et privés pourront mettre en commun des matériels et collaborer davantage au sein de Groupements de coopération sanitaire (GCS), dont la création est simplifiée.

A l'échelon régional, les Agences régionales de santé (ARS) coordonneront l'ensemble des politiques de santé (hôpital, médecine de ville, santé publique et prévention). Elles se substituent à un certain nombre d'organismes, dont les Agences régionales de l'hospitalisation (ARH),

les Drass et Ddass (Directions régionale et départementale de la santé) et les Caisses régionales d'assurance maladie (Cram). Le directeur général de l'ARS est nommé en Conseil des ministres.

2. Une nouvelle gouvernance au sein de l'hôpital

Le conseil d'administration de l'hôpital, traditionnellement présidé par un élu local, est supprimé. Il est remplacé par un conseil de surveillance, qui fixe les grandes orientations stratégiques de l'établissement et en contrôle l'activité. Y siégeront des élus, des représentants des usagers et des personnels de l'établissement.

Le seul organe de décision sera le directoire, présidé par un directeur nommé selon le type d'établissement, soit par décret pris en Conseil des ministres, soit par un arrêté pris par le

directeur général du centre national de gestion, sur proposition du directeur général de l'ARS et après avis consultatif du président du conseil de surveillance. Le directeur de l'hôpital voit son autorité confortée face à celle des chefs de service. C'est lui qui porte la responsabilité de la politique générale de l'établissement.

3. Le renforcement de l'attractivité de l'hôpital pour les médecins

Un nouveau statut contractuel doit être créé pour les médecins. Le contrat inclut des modulations de rémunération sur la base d'objectifs et d'engagements individuels du praticien, notamment sur son volume d'activités. L'un des articles de la loi prévoit la possibilité d'un intérêsement financier, pour les praticiens et autres personnels, aux résultats de leur pôle.