Pendant la campagne électorale, la démolition du système de santé continue

Jean-Paul Domin *

Au début des années 1980, ses conseillers surnommaient Margaret Thatcher Tina, acronyme de la phrase préférée de celle qui allait sabrer le système de santé britannique : there is no alternative (il n'y a pas d'autre solution). Le travail de sape des libéraux et autres admirateurs forcenés du marché commence à porter ses fruits en France. Aujourd'hui, les projets de la droite sont présentés comme le seul remède possible à la crise du système de santé.

Le gouvernement, par l'intermédiaire de la ministre de la Santé, a commandé deux rapports à Philippe Ritter, préfet honoraire et directeur d'une agence régionale de l'hospitalisation, et à Gérard Larcher, ancien ministre et sénateur des Yvelines. L'objectif affiché est de poursuivre la modernisation du système de santé d'abord en donnant plus de poids aux acteurs régionaux dans la définition des objectifs, mais également en réformant en profondeur les structures hospitalières. Ces méthodes déjà expérimentées dans divers pays européens, notamment en Grande-Bretagne, ne feront qu'accroître les inégalités d'accès à la santé, tout en poussant la privatisation.

La persistance des vieilles recettes libérales

Les deux rapports Ritter et Larcher proposent une transformation en profondeur des pratiques actuelles. Le premier milite pour une régionalisation croissante des politiques de santé, le second réclame une libéralisation des structures hospitalières. Or, des mesures de ce type sont à l'ordre du jour depuis plus de dix ans, mais il s'agit là, comme avec le rapport Attali, de donner un véritable coup d'accélérateur.

La régionalisation des soins, notamment des soins hospitaliers, est une réalité depuis l'ordonnance du 24 avril 1996 qui crée des Agences régionales de l'hospitalisation (ARH). Depuis cette date, celles-ci allouent les enveloppes budgétaires aux hôpitaux, établissent le schéma régional de l'organisation sanitaire (SROS), définissent des contrats d'objectifs et de moyens avec les hôpitaux et, arme suprême, autorisent ou non l'ouverture des services hospitaliers. L'objectif de Philippe Ritter est de poursuivre dans cette voie en créant des agences régionales de santé (ARS) prétendant coordonner l'offre de soins d'un bassin de population et rationaliser les parcours de soins des patients, alors qu'il s'agit, en réalité de mettre en concurrence structures publiques et privées, d'accélérer les fusions, restructurations, fermetures des établissements publics et services, n'obéissant pas aux critères de la rentabilité financière.

La question de la régionalisation des politiques de santé revient de façon récurrente dans le débat depuis le milieu des années 1980. La loi du 4 mars 2002 sur le droit des malades et la qualité du système de soins prévoyait d'ailleurs à plus ou moins long terme la création d'agences régionales de la santé. Dans le rapport Ritter, le pilotage régional est censé améliorer les politiques de santé à deux niveaux. En amont, la déconcentration permettrait de confier les questions de santé publique (prévention, veille sanitaire, …) aux régions, tout en laissant au niveau central la responsabilité de certaines décisions. En aval, la contractualisation entre les agences et l'offre de soins aurait pour intérêt principal la rationalisation des pratiques. Les agences régionales de santé prendraient la forme d'établissements publics ou de groupements d'intérêt public et se substitueraient aux Agences régionales de l'hospitalisation (ARH), aux Unions régionales de caisses d'assurance maladie (URCAM). Leur mise en place accélérerait également la reconfiguration des Directions départementales de l'action sanitaire et sociale (DDASS) et des Directions régionales de l'action sanitaire et sociale (DRASS). Le périmètre d'action des ARS comprendrait l'organisation des médecines ambulatoire et hospitalière (notamment par

* Maître de conférences en sciences économiques à l'Université de Reims Champagne-Ardennes.

l'intermédiaire d'une politique de contractualisation), l'élargissement de l'activité vers les missions médico-sociales et l'inclusion des questions de santé publique).
La reconfiguration du secteur hospitalier va de pair avec la régionalisation, dans deux approches similaires. Il faut, y lire en filigrane l'habituelle critique de la «lourdeur administrative». Dès les premières lignes du rapport provisoire de la commission présidée par Gérard Larcher, le cadre idéologique est présenté : le système de santé bénéficie d'une grande confiance de la population, mais il est coûteux. Comme d'habitude, la malhonnêteté intellectuelle n'a pas de limite : «Ce système est toutefois coûteux : les dépenses s'élevaient en 2005 à 3 374 US $ par habitant en France contre 2 759 $ pour la moyenne des pays de l'OCDE» (p. 3). D'abord, les rédacteurs du rapport se trompent dans l'indicateur qui n'est pas le dollar US mais le $ parité pouvoir d'achat (PPA). Ensuite, si la moyenne des pays de l'OCDE est bien de 2 759 $ PPA, ce n'est qu'une moyenne. Il faut comparer la dépense par habitant en France par rapport à celle d'autres pays. Les États-Unis (6 401 $ PPA) sont loin devant, l'Allemagne (3 287 $ PPA) est quasiment au même niveau que la France. D'autre pays comme le Luxembourg (5 563 $ PPA), la Suisse (4 177 $ PPA) sont également au-dessus.
À lire le rapport, la seule solution pour faire baisser la dépense de santé serait de réorganiser le secteur public hospitalier qui en représente près de la moitié. Deux mesures se dégagent nettement : repenser le concept de service public hospitalier et améliorer le pilotage des établissements hospitaliers. La première mesure envisagée est un serpent de mer, elle revient de façon récurrente dans les débats. Dans son rapport, Gérard Larcher évoque l'idée, sans entrer clairement dans le vif du sujet, d'un changement du cadre juridique du service public hospitalier. Sans le nommer, il reprend des propositions du délégué général de la Fédération hospitalière de France, Gérard Vincent dont l'idée est de supprimer le cadre public des hôpitaux et de le remplacer par une délégation de service public.
La seconde mesure est d'améliorer le pilotage de l'hôpital public. L'objectif est d'aller plus loin que la réforme de la gouvernance promulguée en 2005 (hôpital 2007),renforcée avec Hôpital 2012, bien que Gérard Larcher admette qu'il soit trop tôt pour tirer un quelconque bilan de cette réforme. On retiendra quelques mesures comme l'évaluation du directeur par le conseil d'administration, la responsabilisation financière du conseil d'administration, un raccourcissement des processus décisionnels, notamment par l'élimination des instances consultatives et plus généralement l'application de mesures calquées sur celles mises en œuvre dans les grandes entreprises. Plus généralement, les mesures préconisées vont dans le sens de la «corporatization» (c'est-à-dire l'application des règles de la gouvernance d'entreprise) prônée par la Banque mondiale. Celle-ci correspond à un modèle hybride entre la propriété sociale publique et une forme privée. L'objectif est de transformer les établissements publics de soins en organisations indépendantes du pouvoir politique, notamment en les dotant d'instances nouvelles et autonomes. L'idée est d'articuler le système de direction autour d'une direction générale et d'un conseil d'administration chargé des orientations stratégiques.



L'accroissement des inégalités

Les deux rapports sont, bien entendu, présentés comme une nécessité visant à améliorer l'efficacité du service rendu. Or, dans les pays européens où elles ont été expérimentées, les mesures de ce type n'ont aucunement amélioré l'efficacité du service public, mais ont au contraire favorisé l'accroissement des inégalités d'accès aux soins.
La régionalisation constitue un exemple intéressant de l'orientation des débats actuels en matière d'organisation des soins. Le dispositif est plutôt vu d'un bon œil par certains acteurs locaux dans la mesure où il permettrait selon eux, en déconcentrant le système de santé publique, de tenir compte de réalités régionales. Mais, un tel dispositif génère d'autres types de dysfonctionnements. En effet, il évacue trop rapidement la question des bassins de santé : certains hôpitaux ont une zone de patientèle qui dépasse souvent le cadre trop strict de la région. Ainsi, bon nombre de centres hospitaliers universitaires (CHU) accueillent des malades issus de régions voisines.
D'autre part, l'exemple des agences régionales de l'hospitalisation devrait servir de leçon. Ainsi, ce n'est pas un pilotage régional qui a été expérimenté, mais le retour d'une régulation publique autoritaire. L'État est intervenu par l'intermédiaire des agences. Dans les faits, le directeur de l'ARH détient son pouvoir du ministère et il n'est nommé que pour appliquer les directives décidées à l'échelon national. La création des ARH ne constitue donc vraisemblablement pas une territorialisation de la politique, mais plutôt une mise en cohérence de l'action publique. La centralisation s'est même encore accrue.



Elle procède d'une décision autoritaire, issue d'un groupe restreint d'experts.
En Finlande, la régionalisation mise en œuvre par la réforme de 1993 a entraîné une baisse des contributions publiques dans le financement hospitalier et a modifié la source du revenu des établissements de soins. Depuis, les inégalités financières se sont accrues. Cette configuration a favorisé des inégalités d'accès aux soins se caractérisant par la formation de listes d'attente dans certaines municipalités. Enfin, il existe des différences en termes de démographie médicale. Ainsi les dépenses de santé varient-elles dans un rapport de 1 à 2,5 selon les municipalités en raison d'une prise en charge différenciée des personnes âgées.

Le rapport de Gérard Larcher sur l'évolution des missions de l'hôpital est tout aussi inquiétant.
En effet, la ligne directrice est d'aller plus loin dans la voie de la privatisation. L'objectif affiché d'amélioration de pilotage de l'hôpital public s'inscrit dans cette perspective. L'exemple anglais devrait là encore nous servir de leçon. La réforme de 1991 a introduit des éléments de flexibilité. Les hôpitaux sont devenus des Trust hospitals indépendants et autogérés. Le Health Act de 1999 a encore accentué cette logique. Dorénavant, le directeur et les responsables médicaux de ces structures fixent librement leurs objectifs de résultats. Leurs décisions sont soumises au contrôle d'un conseil d'établissement (board of governors). Celui-ci élit son président (chairman) et une partie des membres du conseil d'administration (management board). Il comprend en outre le directeur général, le directeur financier et deux directeurs adjoints tous recruté par le président du conseil d'établissement (qui est également président du conseil d'administration). Cet organe est responsable de l'organisation et du fonctionnement de l'établissement. Il approuve les grandes orientations stratégiques de l'établissement et exerce un contrôle sur les performances, la qualité des soins et les résultats financiers de l'établissement.
Dans les faits, la réforme a accéléré la recherche accrue des gains de productivité et s'est traduite par une nette dégradation de la qualité des soins et des conditions de travail des personnels. Le principe fondateur de gratuité totale des soins a été sacrifié au profit des lois du marché. Aujourd'hui, peu de personnes en bénéficient. Rien n'a été fait pour empêcher la dérive libérale du système de soins. La déliquescence du système anglais a accéléré le développement d'une médecine à deux vitesses.

N'y a-t-il pas d'autre solution que de suivre cette voie ?
La situation que nous vivons est très paradoxale. D'un côté les pouvoirs publics insistent sur la nécessaire libéralisation de structures trop lourdes. De l'autre, des solutions nouvelles émanent du terrain. Deux exemples sont assez significatifs de cette évolution : les réseaux de santé et l'intervention d'associations de malades. Les premiers ont été créés pendant les années 1980 afin de pallier la pandémie du sida, ils ont été définitivement intégrés au sein du système de soins par la loi du 4 mars 2002. Les réseaux se sont structurés autour d'un triple objectif : la formation des praticiens à la spécificité de la pathologie, un travail commun entre les médecines de ville et hospitalière et une prise en charge globale (sanitaire et sociale) de la maladie. Cette formule organisationnelle nouvelle est le signe évident d'une évolution des mentalités. Le travail en réseau permet également de rationaliser la trajectoire des patients et d'éviter les «doublons» dans les examens médicaux.
Dans le même ordre d'idée, l'intervention croissante des associations de malades dans le système de soins constitue un élément positif. Les associations de malades participent également à la rénovation du système de soins. La pandémie du sida a favorisé la réappropriation du système de soins par les malades caractérisant le passage d'une logique de délégation à celle de l'activisme. Dorénavant, le malade est mieux informé, il a des connaissances particulières sur la pathologie dont il souffre ce qui mobilise des ressources nouvelles dans le combat contre la maladie. Ce modèle dit du «patient actif» favorise la mise en œuvre d'une décision médicale partagée accélérant ainsi la fin du paternalisme médical. La loi du 4 mars 2002 a tenu compte de cette évolution et permet aux associations de malades de siéger au sein des conseils d'administration des hôpitaux.
Mais l'émergence d'une démocratie sanitaire et sociale est avant tout un choix politique. Le gouvernement actuel le souhaite-t-il ? Rien n'est moins sûr, ce qui rend nécessaire d'organiser les résistances, dans des circonstances certes difficiles. Mais certains signes sont évidents : le corps médical apparaît dans les sondages réprouver largement la politique menée par le gouvernement actuel et les campagnes électorales ont mis en évidence le refus majoritaire de mesures récentes, nouvelles fermetures d'établissements et mise en place des très impopulaires franchises pour l'assurance maladie. ■