

DOCTEUR « SROS » ET MISTER « T2A »

HOPITAL 2007 : LE TERRITOIRE DU SOIN ASSASSINE

SENEQUE ; Lettre à Lucilius , premier siècle av. JC, Cordoue : « *Nous ne demandons plus ce que sont les choses, mais combien elles coûtent ?* »

PREAMBULE :

Malaise dans les territoires ; fermetures de lits, puis de maternité, de dispensaires ; fermeture d'hôpitaux de proximité, plus de trois cent blocs opératoires menacés ; création partout de « comités de défense » ...Le caractère étendu de la menace fait « sens ». Il oblige à une réflexion globale et au dépassement de la défense de telle ou telle structure menacée, pour imposer une réaffirmation du besoin de service public et le respect de leur mission, partout sur le territoire.

Au cœur de ces bouleversements, les directeurs d'Agence Régionale d'Hospitalisation (ARH) sont poussés à la schizophrénie par une double contrainte :

- Ils ont pour mission de mettre en œuvre la réforme « plan Hôpital 2007 », sa gouvernance et sa **tarification à l'activité (T2A)**.
- Ils ont aussi pour mission d'élaborer et imposer le **Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS)** pour répondre aux besoins des populations.

La question est de savoir si ces deux logiques sont compatibles ? Et laquelle l'emportera ?

RESUME :

Parce que les inégalités sociales de santé sont perçues comme une des injustices les plus inacceptables, il nous a paru utile d'analyser les conséquences des politiques libérales actuelles sur ces inégalités, dans le domaine particulier des « INEGALITES TERRITORIALES ».

Les réformes ; plan hôpital 2007, nouvelle tarification de l'activité, suppression de la carte sanitaire et nouveau schéma régional d'organisation sanitaire, restructurations, sont envisagées au regard de cette interrogation.

Le premier chapitre rappelle ce que fut, historiquement, la constitution des « territoires du soin » et ce qui a été introduit comme changement par la « rupture libérale », avec une emprise de l'approche économique au détriment des autres modes de raisonnement ; l'histoire des réseaux est au cœur des contradictions évoquées.

Le deuxième chapitre analyse le sens du nouveau paradigme libéral dans le concept de la mondialisation et sa dimension politique, philosophique et sociologique ; il est démontré combien les « territoires du soin » seront victimes de cette évolution.

Le troisième chapitre récapitule le cheminement politique qui a abouti au schéma régional d'organisation sanitaire de troisième génération, qui a dû s'accompagner de profonds changements culturels et d'une succession de réformes législatives nationales. Les rapports entre cette évolution et l'influence pressante de l'Europe libérale ont été résumés en même temps que les inquiétudes fortes pour l'avenir.

Le quatrième chapitre démontre la vraie nature de la tarification à l'activité, T2A, en rappelant les sources idéologiques de cette réforme, mais aussi ses effets pervers observés ou prévisibles. Il est dénoncé la « fuite en avant idéologique » que représente cette réforme encore inachevée.

Enfin est dénoncé sans ambiguïté l'écrasement de la logique d'une carte sanitaire qui aurait pu être favorable à l'atténuation des inégalités, au profit d'une logique tarifaire de rentabilité incompatible avec l'amélioration du contrat social. Des perspectives de résistances et d'alternatives sont ébauchées pour une reconquête des territoires du soin qui ne peut que s'inscrire dans le cadre plus vaste d'une reconquête de l'Etat Social.

RAPPEL :

L'actuel constat ne fait que confirmer les craintes d'une évolution que la contre-réforme libérale laissait prévoir depuis plusieurs années, préparée par des renoncements qui furent l'œuvre de gouvernements successifs.

Les « *contributions* » antérieures de l'auteur ont tenté d'éclairer les différentes étapes et de poser en temps voulu les questionnements qui appelaient d'autres réponses politiques que celles qui ont été fournies par le gouvernement en place ou proposées par une opposition sociale-libérale en espérance d'alternance, mais qui a largement contribué, elle aussi au temps de son pouvoir, à la dégradation de notre « Contrat Social ».

La question restera pertinente, au terme de ce travail, de savoir quand et comment et par qui sera défendu un modèle social qui respecte la solidarité, l'égalité de tous devant les risques d'atteinte à la santé, l'égalité aussi dans les territoires pour que ne se creusent pas les fossés déjà existants qui contribuent à un apartheid social et à une exclusion croissante ?

Nous renvoyons aux contributions antérieures de l'auteur : (disponibles sur demande à l'adresse : j.richaud@wanadoo.fr ou sur le site ONALA développé par Michel HUSSON en rubrique « **Groupe Réflexion Santé 31** »)

- Nos 10 : « *Libéralisme et santé, les trois offensives* » (Février 2000) démontrant que la stratégie néolibérale prévoyait clairement, déjà, une main mise sur la protection sociale ; puis sur le système de soins au détriment de la fonction publique ; enfin sur la formation des soignants.
- Nos 13 : « *Libéralisme-Santé-Protection Sociale : Un enjeu exemplaire. Alerte, la réforme est en marche.* » (Février 2004) Reprenant l'histoire de la protection sociale il était évoqué les étapes des renoncements de gouvernements successifs ayant contribué à préparer la venue d'une contre-réforme libérale. Recettes et dépenses sont analysés. L'attaque libérale est explicitée.
- Nos 14 : « *Santé-Protection Sociale. Contre réforme libérale : Les mots de l'imposture. Péril Libéral, péril global.* » (Mars 2004) La conquête libérale s'accompagne d'une stratégie de détournement sémantique qui représente une imposture dont la prise de conscience est nécessaire pour réagir. Cette approche du langage libéral sera ultérieurement approfondie en dehors du seul champ de la santé par Eric Hazan dans « LQR, la propagande au quotidien ».
- Nos 15 : « *1944-2004 – Une alternative globale a bâtir sans oublier les leçons du passé* ». (Mars-Avril 2004) Pose à l'occasion de la commémoration des soixante ans de la Sécurité Sociale, la question politique dans le contexte de l'altermondialisme.
- Nos 16 : « *Société cancérigène : Fatalité ou enjeu politique ?* » (Décembre 2004) Montre l'incapacité de notre société à se poser des questions sur elle-même ; et combien la problématique de la lutte contre le cancer illustre la nécessité d'une réflexion plus globale sur le modèle de développement capable de créer un environnement et des conditions de vie et de travail, favorables au maintien de la santé. Publié aussi dans Pratiques, nos 25 avril 2004, 26 juillet 2004 et 28 janvier 2005.
- Nos 17 : « *Déontologie et citoyenneté : Pour une résistance et une alternative* » (Juin 2005). Montre le lien entre la déontologie et le social, ses dérives, et les nécessaires questionnements concernant les professionnels de santé eux-mêmes. Publié aussi dans Pratiques nos 13-14 2001, nos15 2001, nos 16 2002 et nos 18 2002.
- Nos 18 : « *Réforme de l'Hôpital Public, la fuite en avant idéologique* » (Septembre 2005) Montre le mécanisme et l'aboutissement de la main mise de l'idéologie libérale sur l'hôpital, les méthodes et les effets du formatage de la pensée des acteurs soignants eux-mêmes, et les dangers de cette évolution.

DOCTEUR « SROS » ET MISTER « T2A », LAQUELLE DE CES LOGIQUES L'EMPORTERA ?

Pour comprendre les enjeux et apporter une réponse à ce questionnement, nous procéderons en quatre étapes :

- I - Rappeler ce que fut la construction des territoires du soin
- II - Définir ce que fut la « rupture libérale »
- III - Comprendre le processus qui a rendu cette rupture possible
- IV - Analyser les conséquences sanitaires et sociales prévisibles

En conclusion de ces réflexions seront dégagées quelques perspectives

-CHAPITRE I -

LA CONSTRUCTION DES TERRITOIRES DU SOIN :

Cette construction peut être décrite de plusieurs manières :

- 1/ Dans une vision historique longue, elle ne semblerait représenter qu'une évolution logique, sans cesse renforcée par des pouvoirs publics successifs partageant le même objectif.
- 2/ Mais au regard de l'histoire plus contemporaine apparaissent des changements qui correspondent à une rupture conceptuelle et philosophique en relation directe avec le libéralisme. La compréhension de ce deuxième aspect est essentielle pour l'analyse ultérieure de notre sujet.
- 3/ L'histoire singulière des « réseaux » illustre bien la capacité de l'idéologie libérale à neutraliser ou pervertir une expérience socialement prometteuse.

1/ - La vision historique longue :

Nous retiendrons quatre aspects :

- 1 – Une conquête sociale
- 2 - Une exigence déjà ancienne à l'origine de ce que sont nos services publics
- 3 - Un succès à relativiser
- 4 - La « carte sanitaire » et le « schéma régional d'organisation sanitaire »

* 1 * UNE CONQUETE SOCIALE :

L'accès au soin excluant toute sélection sur critère économique ou géographique est une conquête sociale. Cette conquête résulte d'une conception « politique » de la solidarité inscrite dans le Droit. Le Droit à la santé est inscrit dans le préambule de notre constitution et fonde un des socles de notre « Contrat Social ». L'organisation des « territoires de soins » vise à la satisfaction des besoins des populations et à la réduction des inégalités géographiques autant que sociales.

* 2 * UNE EXIGENCE DEJA ANCIENNE A L'ORIGINE DE NOS SERVICES PUBLICS

Loin d'être moderne, cette exigence motivait déjà l'ancien régime qui nous a légué un patrimoine hospitalier considérable, même en zone rurale, et les républiques successives qui ont contribué à doter notre pays d'un « maillage sanitaire » performant. L'organisation ancienne des « territoires du soin » comportait bien la création d'établissements par nature « non rentables » que furent nos hospices et hôpitaux généraux.

C'est là, au cours des siècles écoulés que les pathologies et les misères du monde venaient trouver un soulagement et bénéficiaient de soins « gratuits », les médecins intervenant trouvant ailleurs, auprès d'une clientèle plus privilégiée la source de leurs revenus ; c'était le temps d'un certain « apostolat médical » qui prit fin bien avant la révolution libérale contemporaine (Voir contribution nos 17 de l'auteur)

Cette histoire est aussi celle de la définition puis du développement des services publics :

- Le 26 août 1789, la **Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen**, dans son article 17, prévoit que « *La propriété privée peut être limitée par la nécessité publique légalement constatée* » et en 1793 « *L'égalité des Droits est reconnue comme la condition de la liberté réelle* ». Les services publics seront alors pensés comme « *Des choses communes hors du commerce des particuliers et destinés à l'usage du public* ». Le principe est que l'intérêt général doit primer sur l'intérêt particulier.
- Au début du XXème siècle la « *doctrine des services publics* » est approfondie, elle englobe « *La continuité du service dans l'espace territorial* » et « *L'égalité d'accès de tous aux services garantis* ».
- C'est autour de la construction des services publics, pas seulement de la santé, que s'est structurée la République démocratique, élaborant par ces services un instrument essentiel du « **Contrat Social** ».
- Nul ne remettra en cause ces fondamentaux jusqu'à la « contre-révolution libérale ».

* 3 * UN SUCCES A RELATIVISER

L'amélioration progressive de ces structures et les progrès de la médecine curative ont permis un accès au soin du plus grand nombre au cours du siècle écoulé. Nul ne se plaint de ce que l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) nous désigne bénéficiaires du « meilleur système de santé » qui soit... Cette qualité reconnue résulte d'une protection sociale solidaire et aussi d'un réseau sanitaire qui, au côté de la médecine libérale, offre un service public très développé dans lequel CHU, hôpitaux généraux et locaux, dispensaires, jouent un très grand rôle.

Nous verrons cependant que ce « classement favorable » de l'OMS mérite quelques nuances au regard des inégalités de santé persistantes ou s'accroissant.

La précarité ou seulement les faibles revenus sont très présents dans les zones territoriales éloignées des grands centres. L'Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé (IRDS) a publié en 2003 une étude montrant que la répartition des médecins, en particulier spécialistes, varie du simple au double selon les régions ; en juillet 2006 une autre étude montrait que pour les 20% de la population dont le revenu est le plus faible, le taux de « *Couverture complémentaire de santé* » n'est que de 70%. Il persiste donc une frange importante de la population pour laquelle la **non-accessibilité géographique aux soins primaires peut représenter un risque majoré de renoncement au soin.**

* 4 * CARTE SANITAIRE ET SCHEMA REGIONAL D'ORGANISATION SANITAIRE

- Le concept de « **Carte Sanitaire** », depuis longtemps mis en œuvre, a été inscrit dans la « **loi Hospitalière** » du 31 décembre 1970 avec pour objectif de « *prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins en vue de satisfaire de manière optimale, la demande de santé...pour répondre aux besoins de la population* ».
- Il est défini un « **Schéma Régional d'Organisation Sanitaire** » (SROS) qui « *fixe les objectifs en vue d'améliorer la qualité, l'accessibilité et l'efficacité de l'organisation sanitaire* ».

Jusqu'aux années quatre-vingt cet **objectif de réduction des inégalités territoriales** a été réaffirmé par les gouvernements successifs et a été financé en « toute connaissance » du coût du renforcement des structures et équipements d'une médecine qui se voulait « **déconcentrée** » ; les grands hôpitaux ne conservant le monopole que des activités à très haute technicité.

Même encore en 2002 Mc KEE et HEALY qui tiraient pour la revue médicale de l'assurance maladie, les « **Leçons de la réorganisation des systèmes hospitaliers dans l'Europe de l'Ouest** », après enquête de l'observatoire européen des systèmes de santé, écrivaient :

« *Les hôpitaux ne font pas que soigner les malades...Ils jouent un rôle important dans la société...particulièrement dans les régions où l'offre d'emploi est limitée...La présence de l'hôpital peut encourager l'investissement local alors que sa fermeture peut être un coup fatal porté à la communauté souffrant déjà d'un déclin industriel* ».

2/ - La rupture conceptuelle libérale :

Il existe deux manières d'évoquer cette rupture :

- 1 - La première, incontournable, consiste à mettre en perspective historique la pénétration et l'évolution de la **pensée économique dans la santé**.
- 2 - La seconde, moins commune, consiste à analyser les **changements politiques et philosophiques** qui ont inspiré ou qui résultent de cette emprise économique hégémonique.

* 1 – ASPECT HISTORIQUE : L'EMPRISE DES ECONOMISTES SUR LA SANTE :

Cette réflexion est rarement abordée d'un point de vue historique. Il fut un temps où les grands commis de l'Etat ou les notables régionaux contribuaient à la dotation du territoire en équipements qui étaient autant de marques de la prospérité et du progrès d'une société qui pouvait s'enorgueillir de ses réalisations.

Après la conquête de la Protection Sociale en 1945, il est apparu aux pouvoirs publics une nécessité de gestion qui a fait naître une nouvelle sorte d'économistes, ceux consacrant leurs travaux à la santé. Les travaux historiques sur l'évolution de ces derniers sont rares, mais Marina SERRE a bien synthétisé le parcours effectué et surtout les changements intervenus dans « *De l'économie médicale à l'économie de la santé ..* » en 2002, succédant à sa thèse de doctorat en science politique « *Le tournant néolibéral de la santé ?* » :

- « *Les économistes s'intéressant au secteur de la santé dans les années 1950-70 sont d'abord des médecins hospitaliers proches de la sphère publique, qui produisent des travaux sur la consommation médicale et les dépenses de santé* ». On parle alors « *D'économie médicale* », prolongeant dans le secteur de la santé l'effort de rationalisation impulsé par « *Le Plan* ». C'est au sein du « *Centre de Recherche et de Documentation sur la Consommation* » (CREDOC) créé en 1953 et rattaché au Plan que sera créé en 1955 une « *Division d'Economie Médicale* » (DEM) dont les membres les plus influents sont chrétiens démocrates, souvent issus des cercles Laennec (Chrétiens) ayant fourni une part importante des cadres hospitaliers de cette période. Ils fourniront des données statistiques sur lesquelles va se fonder la « *Planification Sanitaire* » dès les années soixante.

- A cette époque, l'économie de la santé n'induit pas une limitation de l'autonomie professionnelle et aucun « *regard extérieur* » n'est porté sur les « *pratiques* ».
- Au contraire « *l'économie médicale participe à l'extension du champ de la médecine*.
- *Pour les pionniers de la DEM, l'économie médicale est une branche de la médecine et doit à ce titre être exercée par des médecins.*
- *Le raisonnement économique est présenté...comme un prolongement du raisonnement médical.*
- *L'économie médicale se refuse, en théorie, à servir de base normative aux choix publics* ».

- A partir de 1960 des **statisticiens** sont incorporés à ce noyau dur du DEM, puis des **économistes** travaillant en étroite collaboration avec les médecins encore présents.
- L'enseignement de l'économie de la santé devient obligatoire dans les facultés de médecine en 1970.

- **A partir des années 70 les économistes de formation proviennent des facultés de sciences économiques.** Ils gagnent rapidement en autonomie par rapport à la médecine mais aussi par rapport à l'Etat. Apparaissent des « *économistes académiques* » qui définiront les normes de leur formation et de leurs publications.
- **L'économie de la santé devient une branche de l'économie ; le terme « *d'économie médicale* » est remplacé par « *économie de la santé* », plus proche de la version anglo-saxonne (**Wealth economics**).**

- **Dans les années 80-90 est mise en œuvre une politique budgétaire restrictive en santé.** Des expertises sont demandées pour rompre avec l'image du « *payeur aveugle* », la sécurité sociale commandite des études en économie de la santé. En 1985 la DEM quitte le CREDOC et devient un organisme indépendant spécialisé en économie de la santé : Le « **Centre de Recherche, d'Etudes et de Documentation en Economie de la Santé** » (CREDES). Les économistes y remplacent rapidement les médecins.

- C'est au sein de cet organisme et sous l'influence de l'internationalisation des formations et des publications que se fera la pénétration des idées anglo-saxonnes et surtout nord-américaines, avec une rupture dans la manière dont est pensée l'action publique : « *La santé est désormais considérée comme un marché qu'il convient de réguler* » à partir des années 80.
- Les « nouveaux économistes » préconisent très tôt le désengagement de l'Etat et la mise en concurrence du système de santé. Un « think tank » libéral est créé en 1979, « l'Institut La Boétie » qui regroupe des économistes et des cadres patronaux ; il est énoncé que « *l'instauration du marché, dès lors qu'elle est encadrée conduit à l'efficience* ».

- **Ce sont donc les économistes de la santé, plus encore que les médecins eux-mêmes qui serviront de « passeurs » de l'idéologie néolibérale, qui a la période actuelle aboutit non pas au désengagement complet de l'Etat mais au renforcement de son pouvoir de pilotage au profit d'intérêts privés.**

- Les **médecins libéraux**, majoritairement, et du fait de leur attache idéologique à l'exercice libéral inscrit dans la « *Charte libérale* » comme dans les « *Principes déontologiques fondamentaux* », accueilleront plutôt favorablement cette évolution, même si la frange la plus ultra-libérale est demandeuse d'une suppression de toutes les tutelles, d'honoraires libres et de dérégulation totale (voir contribution nos 17).
- Les **médecins exerçant dans le service public** recevront de plein fouet une évolution imposée sans concertation et en dehors de tout processus démocratique et qui semble contraire à l'intérêt des usagers, tout en fragilisant leur statut de soignant et prétendant influencer leurs pratiques.

- **C'est ce changement de paradigme qui aura une influence considérable sur le développement de l'idée même de territoire de soin et d'aménagement du territoire.**

- **A un changement radical d'objectif, correspondra un renoncement aux fondements des politiques antérieures et un bouleversement dont les conséquences déborderont amplement, nous le verrons, le seul champ de la médecine.**

• 2 – LES CONSEQUENCES POLITIQUES ET PHILOSOPHIQUES DE CES CHANGEMENTS :

Pourquoi une telle interrogation ?

- Il semble essentiel dans l'analyse de ces changements de **s'affranchir de l'hégémonie de la pensée économique dominante**, même si la prise en compte des coûts de la santé reste une exigence légitime.
- **Ne pas le faire serait capituler devant une idéologie libérale qui a justement pour caractéristique et stratégie de délégitimer toute critique non fondée sur une approche économique.**
- Mais tenter de le faire c'est **revenir à la recherche du « sens » et de la finalité de l'organisation d'un système de soins destiné à la satisfaction de besoins sociaux reconnus utiles.**
- Christiane VOLLAIRE écrira, en septembre 2003, que « *Ceux qui veulent nous imposer de copier le modèle américain ne sont pas des réalistes économiques mais des dogmatiques extrémistes* ». Ils veulent ignorer les responsabilités sociales de la communauté et même la réalité de l'interdépendance économique et politique entre les sujets, qu'Adam SMITH lui-même, théoricien du libéralisme au XVIII^{ème} siècle, avait décrit dans la « *Théorie des sentiments moraux* », avec l'évidence de déterminants psychologiques dans les relations humaines qui ne peuvent être réduits à leur seule dimension marchande.
- Lorsque « *la dérégulation du marché est imposée par conviction idéologique elle produit inévitablement une dérégulation de la politique sociale* ». Cette conséquence révèle l'autre facette d'une idéologie libérale qui englobe la promotion de l'individualisme, mais aussi **un désintérêt authentique pour la solidarité sociale.**

- Pour Jacques RANCIERE : « *Le discours intellectuel dominant rejoint la pensée des élites censitaires et savantes du XIX^{me} siècle : L'individualité est une bonne chose pour les élites, elle devient un désastre de la civilisation si tous y ont accès* » et « *La vie démocratique devient la vie apolitique du consommateur indifférent de marchandises* » Et « *La conclusion qu'on nous invite à tirer est que la démocratie est une forme politique d'un autre âge... Tout ce qui peut rattacher les hommes entre eux semble une chaîne servile à la démocratie individualiste* ». Ce qui s'exprime en fait c'est « **Simplement la haine de l'égalité** ».

- **Ce versant « obscur » est celui d'un extrémisme inavouable qui nie l'importance du lien social et de l'altérité elle-même.**
- **Ce sont des siècles d'histoire politique, religieuse et philosophique de construction d'une certaine civilisation qui sont niés, au profit d'un autre modèle, marchand, qui se révèle aussi néfaste au Nord qu'au Sud de la planète.**

- Amartya SEN, prix Nobel d'économie 1998 à l'apogée de son parcours d'économiste a compris que « *L'économie doit être une science morale et contribuer aux finalités éthiques de la décision politique* ». Au centre de cette exigence éthique se trouvent « *Les Droits dont sont dotés les groupes vulnérables* ».

- **La vraie « rationalité » est celle qui impose d'assurer cette responsabilité sociale de la puissance publique ; toute autre politique est un extrémisme fanatique du profit.**

- François DUBET nous explique que certaines inégalités posent « *Indissociablement un problème de sociologie et un problème de philosophie politique* ». Il rappelle que « *Toutes les théories du contrat social, qu'il soit politique comme chez ROUSSEAU, ou économique comme chez SMITH, posent le principe d'une égalité de départ... De ce point de vue l'égalité est une valeur et les inégalités injustes, encore faudrait-il les définir, apparaissent comme un scandale* ». La plupart des inégalités « *Apparaissent comme le produit plus ou moins pervers de pratiques ou politiques sociales qui ont, justement pour objectif de les limiter* ». Même les politiques sociales accomplies « *Sont souvent favorables à ceux qui en ont le moins besoin* ». Cyniquement « *La pensée libérale conservatrice dénonce souvent cette passion pour l'égalité... qui engendre une considérable inefficacité économique* ». Mais « *Parcequ'il est inévitablement attaché au principe de responsabilité de soi, le désir d'égalité entraîne une exigence continue de reconnaissance... Les pauvres n'acceptent pas d'être réduits au statut de cas sociaux, d'être ignorés et surtout, d'être contraints de s'affirmer comme des porteurs de projets, alors même qu'ils sont dépossédés de cette capacité* ». Il constate aussi « *Tandis que la honte socialise l'expérience sociale, le mépris la désocialise, il en fait une affaire de pure image de soi, il dégrade l'expérience de classe en une série d'interactions narcissiques ou blessantes* ».

- Il est possible d'imaginer que certains renoncements au soin tirent leur origine de ce mépris, en sus de causes économiques possibles, lorsque certains territoires sont dépossédés de leurs services publics de santé.
- **Les inégalités induites débouchent inévitablement sur une société plus autoritaire et sécuritaire pour prévenir et contenir les mécontentements résultant des injustices sociales.**

3/ – L' HISTOIRE SINGULIERE DES RESEAUX :

L'histoire singulière des « réseaux » illustre cette capacité de l'idéologie libérale à pervertir et récupérer une évolution qui se voulait prometteuse de modification des pratiques après une réflexion approfondie sur les objectifs sociaux:

Les « Réseaux de soins puis les Réseaux de santé se sont construits à la marge du système de distribution des soins pour tenter de faire face à des problématiques de santé que le système en place n'était pas en mesure de solutionner »

- Didier MENARD, président de la coordination nationale des réseaux, a été témoin de la dérive d'un système innovant et prometteur : Les réseaux ont « *Inversé le principe selon lequel les personnes devaient s'adapter à la pratique des professionnels, et proposé que ce soit les professionnels qui adaptent leurs pratiques à la réalité des personnes malades* » en « *Faisant voler en éclat le rapport dominé / dominant dans la relation médecin / malade... permet aux personnes malades de se réapproprier leur santé* » en « *Passant au concept de santé bio-psycho-sociale. C'est à dire ...ne plus réduire la santé à la médecine* ». Il s'agit de « *Proposer à la personne un projet thérapeutique qui mobilise ses propres compétences et celles de son entourage, en écoutant les exigences de la personne pour la faire adhérer au projet au terme*

- *d'un processus de négociation* ». Il s'agissait de faire face, comme le précisait une « habitante relais » Fatima BOUTIH à « *La complexité de l'accès aux soins et aux droits sociaux les plus élémentaires* » en créant « **Un maillon relationnel manquant** » qui s'appuyait sur « **Un réseau interprofessionnel déjà constitué** » ; la fonction a pu être reconnue sous l'appellation de « *médiatrice socio-sanitaire* ».

Mais de la réflexion à la mise en pratique, les errements ont été nombreux :

- Les premières expériences après les ordonnances d'avril 1996 « *Se proposaient d'utiliser le réseau de soins comme un outil spécifique pour la mise en place des protocoles de soins afin de rationaliser les dépenses de santé* » .
- Ces réseaux devaient être « accrédités » par la « Commission SOUBIE : Un échec patent de la technocratie bureaucratique ».
- Ce modèle **ne correspondait pas aux réseaux à vocation bio-psycho-sociale.**

La reconnaissance législative elle-même a contribué à la perversion du concept :

- Les « réseaux » ont été reconnus et légitimés par la Loi , au travers de la Loi du 4 mars 2002 puis du décret du 17 décembre 2002, mais ces textes ont contribué à complexifier la définition des réseaux.
- En effet les logiques institutionnelles en ont perverti l'esprit :
 - D'abord par le dispositif des « **Fonds pour l'Amélioration de la Qualité des Soins de Ville** » (FAQSV), qui restent rattachés aux institutions plus qu'à l'écoute des populations. « *Ils privilégient l'activité des soins au détriment de l'approche médico-psycho-sociale qui a constitué l'innovation principale des réseaux* ».
 - Puis par la Loi du 4 mars 2003 qui décide que ce seront les duos URCAM/ARH qui géreront les réseaux , hospitalo-centrés, au dépens des réseaux de santé qui se voulaient être un outil de la transformation des pratiques professionnelles. Les réseaux autour du « Plan Cancer » illustrent cet hospitalo-centrisme.

« C'est parcequ'il y a une **crainte profonde de voir remettre en cause la domination du modèle biomédical, face à l'approche médico-psycho-sociale**, que les URCAM/ARH décident de financer les réseaux de soins pseudopodes de l'hôpital ».(Didier MENARD)

La « politique des réseaux » reste donc soumise à des enjeux parfois contradictoires :

- **Il existe toujours une confusion :**
 - entre réseau de soin et réseau de santé ;
 - entre réseau thématique et réseau populationnel ;
 - entre réseau de structure et réseau de proximité ;
 - entre filière et réseau.

- **L'objectif du réseau est bien « D'améliorer la santé des populations, non de résoudre la crise de l'institution médicale et sociale. Nous sommes dans la reconstruction d'un système de santé des personnes, pas dans la promotion du tout médical ».**
- **Le réseau s'inscrit « Dans une dynamique de progrès social » .**

Mais les réseaux sont aussi un enjeu économique, en particulier pour les assurances complémentaires.

- Elles peuvent avoir la tentation, au travers de réseaux, de sélectionner leur clientèle et de contribuer à ce que la prestation soit « *la moins onéreuse possible* ».
- Parce que le réseau « produit » des soins à meilleur coût, il devient « *économiquement intéressant* ».

- **Le risque est qu'une emprise sur les réseaux en fasse « Un outil d'exécution d'une gestion économique des dépenses maladies ».**
- **Cette dérive peut aussi « tuer les réseaux ».**

- CHAPITRE II -

LE NOUVEAU PARADIGME LIBERAL :

Le développement de l'ultralibéralisme au sein de la société capitaliste correspond :

- 1 / A une rupture dans un contexte de mondialisation
- 2 / Se réalisant avec de nouveaux outils qui en santé sont ceux de l'hôpital entreprise
- 3 / Au détriment d'autres approches possibles
- 4 / Le territoire local n'est plus une priorité

1/ UNE RUPTURE DANS LE CONTEXTE DE LA MONDIALISATION

Une double rupture, historique et conceptuelle majeure sont intervenues avec la tempête libérale des deux dernières décennies.

La recherche de la « rentabilité économique » dans tous les domaines, nouveau paradigme libéral, a vu s'accroître toutes les inégalités et les exclusions ; le secteur sanitaire et social n'a pas échappé à cette évolution désastreuse.

Il ne s'agit pas d'une affaire franco-française ; l'idéologie dominante est celle de la mondialisation libérale faisant de la santé « un marché comme les autres » et de la maladie une matière première dont il convient d'extraire quelques plus-values.

La tendance lourde est au désengagement des financements étatiques pour la promotion d'acteurs privés, tant au niveau de la protection sociale que de l'organisation des soins.

- La révolution néolibérale a été initiée en Europe dès les années quatre-vingt, succédant aux politiques de Ronald REAGAN aux USA et Margaret THATCHER en Grande Bretagne.
- Son premier défenseur en France fut un socialiste Jacques DELORS qui a beaucoup contribué à la disparition de la différenciation « gauche-droite » et à la propagation de la « pensée unique ». En 1984 « L'acte unique européen » consacrait l'entrée de l'Union Européenne dans le libéralisme avec le soutien consensuel des gouvernements majoritairement socialistes en Europe à cette période.
- La révolution financière des années 80 correspond à la prise de pouvoir de la bourse dans le « management » des entreprises, mais aussi de l'ensemble de l'économie. Les managers eux-mêmes perdent toute vision prospective et toute idée de « responsabilité sociale » envers le monde du travail ; ce sont au contraire le profit à court terme, la chasse aux avantages et stock-options pour eux-mêmes et la spéculation boursière maximale qui deviennent les nouveaux rites de la religion du profit, quel que soit le coût social de ces pratiques. Daniel COHEN parlera de la « trahison des managers ». Même la « droite dure » reconnaîtra les excès des « patrons voyous »...

C'est dans ce contexte que l'immense marché de la protection sociale et des réseaux de soins, comme d'autres services publics, sera livré aux appétits d'opérateurs privés, qui voient ces activités comme une proie potentielle trop longtemps tenue à l'écart du marché .

La santé soumise désormais aux lois du secteur marchand et à l'appétit de ses actionnaires ne peut que subir le retour et l'accentuation de fortes inégalités territoriales.

- Le libéralisme s'accommode fort bien d'une construction très inégalitaire de l'accès aux soins. Cette inégalité est constatée de façon flagrante à l'échelle planétaire dans les relations Nord-Sud, mais aussi au cœur même de l'empire libéral que représentent les USA.
- L'apartheid social est inscrit dans la logique du système libéral et représente même une des conditions de sa « prospérité » si mal partagée. La nouvelle « pensée unique » équivaut à l'extinction de toute pensée politique et sociale, remplacée par un seul dogmatisme, économique.

La déconsidération organisée de l'hôpital public a été, selon l'auteur en avril 2000, une entreprise organisée dans laquelle des groupes de pression parfois occultes et des relais médiatiques ont joué un grand rôle. L'hôpital déjà fragilisé par un étranglement budgétaire se voit « classé » selon des « **palmarès** » (Le Figaro 18 9 1999) ou jugé par un mystérieux « **groupe hôpital** » anonyme, dans « *Le sombre bilan de l'hôpital public* » (Le Figaro 8 10 1999). Peu d'observateurs remarqueront que **les critères du palmarès** sont le chiffre d'affaire (volume d'activité), le caractère attractif (notoriété), la productivité (durée brève de séjour) ; mais sans évaluation de la qualité des soins ou la validité des pratiques. Le « *Sombre bilan* » n'est qu'un pamphlet contre le statut public des personnels (qui devrait être abrogé) « *pour une saine épuration (sic !) devant rendre possible la performance économique* ». (voir contribution nos 10 de l'auteur).

La «révolution libérale» a tourné la page du contrat social et d'un aménagement du territoire visant à réduire les inégalités.

2 / - LES OUTILS MIS EN PLACE : L'HOPITAL ENTREPRISE

Les outils mis en place et les objectifs définis sont ceux de la «*marchandisation*» de la Santé. L'" **Hôpital-Entreprise**" avec sa nouvelle «*gouvernance*», ses «*pôles*» d'activité, sa «*tarification à l'activité*» et la «*contractualisation*» de ses missions comme de ses personnels a pour seul objectif la rentabilité.(voir contribution nos 18 de l'auteur).

- **C'est l'appauvrissement de la pensée et l'hégémonie de l'économie (voir chapitre I-2) qui ont permis une telle dérive absurde.**

- On pouvait comprendre que la notion de « *gain de productivité* » ait un sens dans le domaine industriel ou les machines par exemple, décuplent et parfois plus, les performances humaines. **Mais appliquer ce même dogme de la recherche de gains de productivité à des activités de service dans lesquelles la relation humaine, le temps passé et sa qualité font partie de la nature même de l'activité, est dépourvu de sens.**

- Cela se traduit par des **réductions de moyens**, de personnels et de temps consacré qui ne peuvent qu'altérer le service rendu.
- Pour se conformer aux règles de l'économie, on oublie de définir d'abord « **l'utilité sociale** » d'une activité ; ce qui aurait conduit à lui affecter les moyens considérés nécessaires ; sans refuser une amélioration des organisations et des pratiques, mais avec d'autres exigences que celles édictées par les économistes autoproclamés spécialistes en santé !

Le 1 mars 2004, 1160 chefs de services et praticiens hospitaliers de toute la France, (après une première démarche de 244 professeurs de médecine de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris), ont signé une lettre ouverte au président de la République Jacques CHIRAC, restée sans réponse, pour l'alerter sur la dégradation de l'hôpital public et le manque de moyens : « *L'augmentation des besoins de santé de la population...appelle à l'évidence une redéfinition des fonctions et des structures de l'hôpital...Le pire serait d'utiliser cette crise pour restructurer l'hôpital, non pas en fonction de projets médicaux, mais en fonction de critères purement gestionnaires* » ; et « *Il ne nous appartient pas de gérer la pénurie en restreignant l'accès aux soins* ».

Mais le « **formatage de la pensée médicale** » est en marche et le caractère autoritaire de la nouvelle gouvernance crée dans chaque établissement un rapport de force bien peu favorable à la dénonciation d'une dérive observable par tous.

- Même si les syndicats de praticiens hospitaliers sont très majoritairement hostiles à la réforme de la tarification autant qu'à la nouvelle gouvernance et la remise en cause des statuts publics ; on trouve comme toujours un syndicat minoritaire qui joue le jeu de la collaboration avec la réforme présentée comme indispensable pour « *sauver l'hôpital* », alors qu'il s'agit en fait de le rendre plus vulnérable pour organiser sa privatisation.
- Le Pr. André GRIMALDI précisera : « *Le but ultime de la réforme des hôpitaux est d'en finir avec le statut de la fonction publique en permettant aux hôpitaux déficitaires d'élaborer des plans sociaux ou de déposer leur bilan. Pour mener à bien une réforme aussi brutale, il faut passer par une phase intermédiaire où les hôpitaux, tout en gardant un statut public, devront être gérés en fonction de leur rentabilité* »(14 1 2006)

3/ - LES AUTRES APPROCHES POSSIBLES SONT ECARTEES

Rares sont ceux dans le monde hospitalier qui osent dénoncer le dogme libéral lui-même. On peut citer cependant des réflexions et analyses de médecins de santé publique, de sociologues, d'anthropologues ou de philosophes qui essayeront de montrer la « face cachée » d'un processus dont le sens et les conséquences débordent très largement le champ de la santé . Ces critiques concernent pour l'essentiel **les conséquences** de la T2A, sans faire toujours le lien avec **le dogme libéral qui en est la source** :

* 1 *.En santé Publique :

Didier FASSIN, médecin de santé publique et anthropologue qui en 2002 analysait dans : « **De l'assurance maladie aux inégalités de santé** » le paradoxe français :

- La France qui est classée en 2002 au premier rang des systèmes de soins par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) , observe cependant un très fort écart d'espérance de vie à l'âge de 35 ans, de moins neuf ans chez l'homme et moins cinq ans chez la femme, selon les catégories socioprofessionnelles. Ce constat « *relativise ...le rôle du système de soins...dans l'analyse des bénéfices pour la population, si l'on se place du point de vue de la justice sociale* » .

- Il en est déduit que cette question, la justice sociale « *doit se penser au niveau de l'ensemble des politiques publiques...et non uniquement au niveau du système de soins* ». et que « *L'état est une instance totalement légitime pour arbitrer les différentes affectations des ressources publiques...A condition bien sur que l'on ait affaire à un Etat Social* » .

La santé des personnes n'est pas fonction de la richesse d'un pays, mais de la politique sociale qui y est menée. Pour les USA, Amartya SEN, prix Nobel d'économie 1998 nous rappelle que ce pays, parmi les mieux placés en terme de « *Produit National Brut* » (PNB) par habitant, n'est que douzième pour l'espérance de vie et que aux USA la prise en charge d'un « *cancer* » est inaccessible pour un salaire moyen, alors qu'elle est encore a près de 100% en France.

Nous verrons que les inégalités dans les territoires du soin sont un des facteurs explicatifs de ce constat. Mais **l'idéologie dominante tente de nier les principaux déterminants de ces inégalités.** Didier FASSIN rappelle ainsi que **les déterminants des inégalités sociales de santé se partagent entre**

- Ce que les Anglais appellent le « *Life style* », c'est à dire les comportements et les prises de risque en général
- Et ce qu'ils appellent le « *Living conditions* », tenant compte de la situation sociale, de l'histoire personnelle et de l'appartenance de classe.

Chez nous en France, les études du Haut Comité de Santé Publique insistent sur le premier déterminant, celui du comportement ; ce qui permet de « culpabiliser » les malades et de « dépolitiser » le débat en faisant l'économie de la prise en compte des réalités sociales.

- Cette orientation partielle des analyses produites, écartant les questionnements politiques, est centrale dans l'idéologie ultra-libérale. Il est dès lors plus facile de donner à la politique en matière de santé une orientation « curative », avec un « zeste » de prévention et d'éducation. **Cette orientation curative est celle qui alimente le mieux le secteur « lucratif ».**
- Paradoxalement même, lorsque des mesures d'éducation et de prévention sont prises, elles sont mieux reçues par les catégories déjà favorisées, ce qui contribue à accentuer les inégalités de santé par la meilleure attention portée sur les sujets les moins exposés.
- **En renvoyant chacun à la gestion de son « capital santé » , on exonère de leur responsabilité et on exclue du débat social, tous ceux qui sont à l'origine de la dégradation des conditions de vie, de travail, ou de difficultés de recours au soin.**

- **La question « du territoire du soin » devient, par déni, une question très accessoire, alors même que la quantification des inégalités exprimée en terme d'espérance de vie, démontre les conséquences dramatiques en terme d'injustice sociale de ces inégalités...**
- **La suppression de la « carte sanitaire » qui interviendra en septembre 2003 prend ici son vrai « sens » et révèle sa dimension idéologique.**

Ainsi Didier FASSIN peut conclure :

- « *On paie en terme de morbidité, de mortalité et d'écart d'espérance de vie le prix des inégalités sociales* ».
- « *Notre bon système de santé ne permet pas de corriger les disparités que la société produit* ».

- **Devant ce constat, la santé publique nous enseigne donc qu' il est de première importance que l'organisation des territoires du soin et l'aménagement du territoire puisse contribuer à réduire ces inégalités et non à les accentuer.**
- L'objectif doit bien être de vivre mieux et de mieux vivre ensemble, ce que ne peut permettre un projet libéral poussé dans sa logique économique jusqu'à des choix extrêmes détruisant le tissu des solidarités.

* 2 * En sociologie :

Dans les soins, il « se passe autre chose que la question du corps, du bien être et de la santé publique. Ce qui est en cause c'est la question des Droits Sociaux, de la Citoyenneté, de la dignité de la personne ».
(Didier FASSIN)

Alain CAILLE, professeur de sociologie à Nanterre et directeur de la revue du « **Mouvement Anti-utilitariste dans les Sciences Sociales** » (MAUSS) écrivait « **La révolte contre la deshumanisation de la médecine** ». –

- Son objet est d'interroger la médecine prétendument scientifique, la « *biomédecine* », sur ses limites et ses insuffisances.
- Il nous rappelle que les anthropologues-sociologues comme Marcel MAUSS savent reconnaître qu'il existe des « *Maladies considérées comme fonctionnelles, c'est à dire inassignables à une cause organique objective* ».
- Ces faits sont « **De ceux ou la nature sociale rejoint très directement la nature biologique de l'homme** ».

Isabelle STENGERS, épistémologue et historienne des sciences contemporaines, ose la question : « *Est-il sur que la médecine moderne..., soit en effet scientifique ?* ».

Tobie NATHAN et Isabelle STENGERS, dans « **Médecins et sorciers** » s'interrogent sur « *L'écart considérable entre les croyances que l'expérimentation permet de démonter, négativement ; et la capacité à expliquer de manière positive les situations rencontrées* » et cet écart, pour elle , « *n'a rien d'anecdotique* ».

Pierre BOURDIEU, sociologue écrivait : « *Les politiques néolibérales qui sont aujourd'hui imposées, au nom des sciences économiques...ne sont que l'universalisation des présupposés éthico-politiques d'une tradition historique particulière, celle des Etats-Unis* ». Cette tradition « **Va jusqu'à faire de l'insécurité sociale un principe positif d'incitation...avec une vision néo-darwiniste en tous points opposée à la vision solidariste** » Cette philosophie « *traite la santé comme un capital individuel* » .

Pour Marcel GAUCHET : « **Le besoin de protection fait partie de la nature sociale de l'homme contemporain...Il est...naïf de prétendre que l'abolition de ces protections libérerait un individu qui n'attendrait que cette occasion pour déployer enfin toutes ses possibilités. C'est la naïveté de l'idéologie néolibérale dominante** » (1991).

- Si la médecine est bien « *A l'intersection du biologique et du social* », on comprend que « *Les thérapeutiques qui guérissent agissent par le rétablissement d'un équilibre multidimensionnel* ».
- Cette dimension est totalement ignorée par la biomédecine qui ne voit le corps que comme une accumulation d'organes, **séparé de son existence sociale, de son territoire et de ses conditions de vie.**
- **Prétendre soigner « hors du territoire » et en ignorant le social est sans doute dans de nombreuses circonstances un choix voué à l'échec.**

* 3 * Un enjeu démocratique

Au-delà même de l'objectif d'atténuation des inégalités entre les territoires, leur préservation dans l'espace public est un enjeu démocratique fort, comme le montrait aussi François DUBET cité plus haut.

- C'est « *Sur le territoire* » que « *Se construit une entité communautaire . Et toute entité politique ne peut se définir qu'à partir de son lieu géographique : **Etre c'est être quelque part...** »*

Les conséquences de la restructuration de nos territoires sanitaires dépassent très largement le seul domaine sanitaire :

- Pour Christiane VOLLAIRE : « *L'ampleur prise...par les phénomènes de privatisation apparaît alors pour ce qu'elle est : Une vaste entreprise non pas de reconnaissance de la vie privée et de la liberté, mais au contraire de négation des possibilités de survie privée au nom de la défense d'intérêts privatisés, c'est à dire soustrait au droit de regard de la communauté et confisqués à l'espace commun. La privatisation est devenue la négation même de ce qui fonde la reconnaissance de la vie privée sur la possibilité d'une existence commune, à partir de ressources communes, sur un territoire commun.*».

- Hannah ARENDT aussi avait bien montré que « *L'atomisation des intérêts privés, en détruisant la notion de bien commun, détruit tous les fondements d'une morale privée , puisque toute morale authentique repose sur une reconnaissance individuelle de la valeur du collectif*». Et cette destruction de la « *subjectivité morale* » est la **condition du totalitarisme**.

La notion même de Santé Publique est donc liée à cet enjeu démocratique puisque : « La privatisation...prive l'espace public de sa dimension symbolique, et discrédite ainsi l'idée même de solidarité ».

4 / - LE TERRITOIRE LOCAL N'EST PLUS UNE PRIORITE :

Pour revenir aux conséquences pragmatiques de ces réflexions, il apparaît que c'est bien « **dans le territoire**» que le sujet peut être « **approché, écouté et aidé** » dans la majorité des situations pathologiques observées dont le caractère pluridimensionnel est une évidence pour qui veut bien l'observer.

- Cela revient , pour un **professionnel de santé**, tel que Patrice MULLER à « **Affirmer la primauté des soins primaires** » et « **Aller d'un système de soins vers un système de santé** ».
- Car, dit-il « **Le local (est) , tenant et aboutissant de la refonte de l'Assurance maladie** ». L'essentiel est donc de prendre en compte « *Au plan local et régional les rôles des trois acteurs principaux que sont les usagers, les professionnels du soin du secteur sanitaire et social et les gestionnaires* » participant tous à une régulation et à une gestion tripartite.
- Un système doit être totalement repensé ; un niveau local de gestion et de concertation est à créer et il faut sortir du paiement à l'acte curatif exclusif des médecins. Il est imaginé de pouvoir créer des « **Chambres de santé** » pour le suivi des actions de santé publique entreprises au niveau local, ouvertes aux professionnels et aux non-professionnels. (Voir dernier chapitre, sur les perspectives)
- Ces réflexions rejoignent celles concernant les « **réseaux de santé** » et confirment l'importance du « **territoire du soin** » à une échelle qui ménage le lien et l'environnement social.

- **Mais il apparaît, au terme de ce chapitre décrivant la « rupture libérale », que le territoire local n'est plus considéré comme une priorité.**
- **L'idéologie qui considère la santé comme « un marché comme les autres » débouche sur la promotion de « l'hôpital entreprise », dont la rentabilité est attendue.**
- **La satisfaction des besoins locaux des populations environnantes n'est plus une exigence première.**

CHAPITRE III –

LA MISE EN ŒUVRE A ETE PROGRESSIVE

La révolution libérale dans les territoires du soin a nécessité plusieurs étapes :

- 1 / La mise en place des SROS I et II
- 2 / Le SROS III (de troisième génération)
- 3 / Avec l'accompagnement de changements culturels importants
- 4 / Ceci n'a été rendu possible que par une succession de réformes législatives
- 5 / Nous verrons que la dimension européenne de ces réformes est essentielle

1 - Les SROS 1 (1994) et 2 (1999) préexistaient à la réforme «Hôpital 2007 » (élaborée en 2002) .

Ils avaient initié les processus de restructurations, parfois bénéfiques, des établissements de santé ; mais ils avaient aussi préparé la mise en concurrence entre les établissements, sans que le cadre juridique permette encore les dérives qui seront plus tard observées.

Ces deux premiers SROS ont cependant entraîné la **fermeture de 90.000 lits en douze ans** (Les Echos 3 avril 2006)..

- **Le SROS II à partir de 1999 sera accompagné d'un apparent souci de légitimité démocratique** en instaurant une nouvelle forme de débat public sur les questions de santé : « *Les états généraux de la santé* » qui avaient été annoncés dans la campagne de Lionel JOSPIN pour les législatives de 1997 et lancés par le Conseil des Ministres du 13 mai 1998. Chaque région organisera au moins un forum sous l'autorité des Directions Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS) autour de quinze thèmes retenus. « **L'accessibilité** » était une des attentes clairement exprimées par ces Etats Généraux conclus le 30 juin 1999 par le Premier ministre (Rapport Etienne CANIARD sur la place des usagers dans le système de santé). Mais le bilan oblige à constater que les recommandations exprimées ne seront guère prises en compte dans le domaine de la planification sanitaire, (même si elles l'ont été dans d'autres domaines concernant en particulier les « *droits des malades hospitalisés* »).Le « **bilan du SROS** » par **la ministre de la santé socialiste en 2001, Elisabeth GUIGOU** s'inscrira comme un désaveu de la démarche des « forums » lorsqu'elle déclarera : « *Nous avons atteint un objectif de croisière sur la fermeture des lits, il nous reste encore trente mille lits à fermer en médecine, chirurgie et obstétrique* ». (!)
- **Depuis 1987 la moitié des maternités française ont disparu** ; huit départements n'en comptent qu'une seule localisée dans le chef-lieu. **Mais au terme de ces restructurations , la carte des maternités recoupe celle des inégalités sociales** : La ville de Neuilly-sur-Seine avec ses 70.000 habitants, conserve trois maternités ; mais tout l'ouest du Val de Marne, pour plus de 400.000 habitants et quatorze agglomérations ne possède plus que deux maternités., six mille accouchements par an doivent avoir lieu hors du département ! Un référendum d'initiative locale est prévu le 19 novembre 2006 par le Maire d'Ivry pour dénoncer le projet de fermeture de l'hôpital Jean-Rostand d'Ivry qui accueille plus de deux mille naissances par an. Le préfet conteste déjà cette initiative qui prévoit le vote de tous les résidents. On pourrait donner de nombreux autres exemples de ces « restructurations annoncées » arbitrairement imposées.
- **Le nombre de lits** était de 570.000 en 1987 dont 65% dans le public ; les fermetures s'accroissent à partir de 1990 ; il reste moins de 470.000 lits en 2003 avec encore 65% de lits publics. Beaucoup de cliniques privées se sont dans le même temps regroupées.

2 - Le SROS 3 (de troisième génération)

- A partir de la **circulaire du 5 mai 2004**, il envisage dans chaque région des mesures plus radicales qui clairement ne correspondent plus aux « *besoins des populations* » mais à **l'objectif économique de rentabilité** : **La mise en concurrence, la comparaison des coûts et l'alibi des normes sécuritaires que l'on voudrait partout calquer sur celles des grands centres de référence, servent de justificatifs au démantèlement de l'existant quel que soit l'avis des populations concernées.**

- Désormais les services de chirurgie sont les premiers visés et le départ des anesthésistes entraîne de fait l'incapacité à maintenir certains services d'urgence ; l'argument avancé est la « sécurité », mais l'objectif est bien la réalisation d'économies. On appelle cela « **améliorer l'efficience** ».
- Il s'agit aussi de **marier public et privé**. Certaines fermetures sont présentées comme des « chances » pour pouvoir héberger de nouveaux services de gériatrie en proposant des « échanges de services » qui préserveront l'emploi.
- **Les conséquences du « numerus clausus »** et la pénurie organisée depuis deux décennies de médecins spécialistes sert d'alibi a des choix présentés comme inévitables.

On oublie de rappeler que depuis le « **Plan Juppé** » en 1995-96, il était **affirmé que réduire le nombre de médecins et donc l'offre de soins serait un facteur déterminant de réduction de la consommation médicale et donc des dépenses de santé**, ce qui s'est avéré faux.

Le SROS 3 suscite de très nombreuses réprobations :

- **La coordination nationale des comités de défense des hôpitaux et maternité de proximité** a été, fondée en avril 2004 à SAINT-AFFRIQUE.
- **Les Maires** , présidents des conseils d'administration des établissements concernés , sont soumis à un chantage à la responsabilité qu'ils devraient assumer en cas d'incident grave dans « leurs » établissements, dont ils auraient refusé la fermeture recommandée ; seront ainsi fermés des blocs opératoires presque neufs ou remis aux normes, ou dotés d'équipements coûteux dont la population sera privée. Un seuil de deux mille interventions par an pour un bassin de cinquante mille habitants est proposé par le Conseil National de la Chirurgie (Dont l'actuel président est A VALLANCIEN). Il est pourtant observé par David CAUSSE de la Fédération Hospitalière de France que des dizaines de cliniques privées n'atteignent pas ce seuil !
- **Plusieurs Conseils Régionaux**, même non investis de la « compétence sanitaire » réservée aux ARH, ont voté en 2005 et 2006 contre l'application du SROS 3 dans leurs régions respectives (Rhone-Alpes, Poitou-Charente, PACA, Ile de France, Nord Pas de Calais..).

- **La non-adhésion en même temps que l'impuissance des assemblées régionales élues face aux réformes imposées par les structures exécutives non-élues que sont les ARH pose un sérieux problème démocratique et révèle en même temps les aspects antisociaux des récentes Lois de décentralisation.**

3 - Une telle évolution a nécessité de profonds changements « culturels ». (Voir chapitres 1 et 2).

- Une nouvelle génération de « **managers** » et une **nouvelle « race » de médecins** sont apparus complaisants aux réformes proposées, en particulier dans le secteur public.(Voir contribution nos 18) On peut décrire :
 - * 1 - Une idéologie managériale
 - * 2 - Associée au formatage de la pensée des acteurs
 - * 3 - Dans un formatage juridique singulier
 - * 4 - Avec un déni de l'autonomie des professionnels

- **1 – L'idéologie managériale :**

- **Tout au long de cette période, « l'excellence », qui évoquait la qualité, a été remplacée par « l'efficience » qui évoque la productivité.**

- Vincent de GAULEJAC parlera de « **La part maudite du management : L'idéologie gestionnaire** » en décrivant un processus singulier : « *La gestion se présente comme pragmatique, un outil parfaitement neutre destiné à optimiser le fonctionnement des organisations* » . Il précise : « *Evoquer le caractère idéologique de la gestion consiste à montrer qu'il n'y a pas de neutralité de cet outil...Au lieu de considérer l'entreprise comme une communauté humaine, la théologie gestionnaire tente de mettre la société au service d'une certaine conception de l'économie et du développement économique* ».

- Cette idéologie parvient, au nom d'un « **paradigme utilitariste** » a ne considérer « *la pensée comme utile que dans la mesure où elle est opératoire* ». Ainsi « **la pensée critique** (est placée) **du côté de l'insignifiant** ».

- Pour les nouveaux managers « *Ce n'est plus le corps qui est l'objet principal du pouvoir mais la psyché : Il s'agit de canaliser la psyché pour la rendre utile, docile et productive* »

- **L'idéologie managériale gestionnaire**, indépendamment de ses effets et de son champ d'application, apparaît comme un **anti-humanisme**, qui s'accommode de l'instrumentalisation de l'humain. Cette idéologie redonne une « modernité » à l'idéologie esclavagiste qui était la forme primitive de l'utilitarisme ; elle réactive aussi le mythe du « sous-homme », l'employé jetable, en ce sens que le sujet ne vaut que par sa productivité et la plus-value dont il est capable ; **c'est à dire qu'il vaut « lui », moins que le profit que l'on peut espérer de son exploitation !**
- **L'accentuation du pouvoir de l'administration passe par un renforcement de ses effectifs** : Entre 1997 et 2001, selon le rapport de Gérard CORNILLEAU, l'effectif administratif est passé de soixante et onze mille à soixante et quinze mille, pendant que le nombre de médecins « pleins temps » dans les hôpitaux restait autour de cinquante mille ! Pour Jean Marie CLEMENT, professeur de Droit Hospitalier et Médical (Université Paris VIII) la dérive est flagrante : « *Est-il nécessaire de consacrer toujours plus aux dépenses d'organisation administrative au détriment de la production médicale ?* » et « *Le scientisme n'est pas seulement d'ordre médical, il consacre actuellement le raisonnement des décideurs politiques ; pour eux tout peut se résoudre par l'organisation administrative...* ». « *Les Lois deviennent des textes longs et confus où le Droit s'efface devant le détail organisationnel. On ne compte plus le nombre de textes, législatifs et réglementaires qui s'imposent aux établissements de soins...La complexité (est) le dernier avatar d'une société en panne d'arbitrage. La encore le recours à l'Ethique s'impose* ». « *Faut-il une organisation centralisée...de type agence (ARH), par exemple, pour rendre viable le concept de système de santé ? Le choix du système est déjà le signe d'une volonté de tout contrôler, jusqu'au détail. N'est-ce pas d'une totale vanité ?* » (Avril 2006). Jacques BRUNIER, directeur du Centre Hospitalier de Vendôme s'insurge : « *L'école (Nationale de Santé Publique) nous a enseigné l'obéissance aux règles de l'organisation panifiée alors que le directeur se trouve chaque jour en face de la nécessité d'obéir aux faits...Il faut rompre avec des rites bureaucratiques* ».

- **2 – Le formatage de la pensée des acteurs :**

- **Des officines spécialisées sont mobilisées pour le formatage de la pensée des acteurs** : La société « *Reed Business Information* » spécialisée en formation de « managers », par sa division « *Commundi* », est chargée d'organiser des séminaires de management pour les coordonateurs de « pôles » et autres médecins impliqués dans la nouvelle « *gouvernance* » de « *l'hôpital-entreprise* ». Un premier séminaire est prévu les 21 et 22 novembre 2006 à Paris ; y seront enseignés les vertus de la T2A, la « *dynamisation des Professionnels* » c'est à dire la manière de vaincre les résistances, et le « *benchmarking* » qui est devenu le nom d'une comptabilité analytique rigoureuse orientée vers les économies maximales avec, s'il le faut une « *approche par les contraintes* ».

- **3 – Un formatage juridique singulier :**

- **En analysant d'un point de vue juridique la « nouvelle gouvernance »**, Claudine ESPER, professeur de Droit (Université Paris V) observe que l'ordonnance du 2 mai 2005 « *Simplifiant le régime juridique des établissements de santé* » prévoit des mesures singulières : Les **modalités de recrutement** des responsables de « pôles » et surtout la nature de leur « **contractualisation** » avec la direction de l'hôpital et le président de la Commission Médicale d'Etablissement (CME), lui-même contractualisé, prévoient de « *Définir les objectifs d'activité, de qualité et financiers...(et) les conséquences en cas d'inexécution du contrat...(ainsi que) l'évaluation annuelle entre les cosignataires* ». Mais il est cependant remarquable que le responsable de pôle, face à son directeur, ne dispose lui « *D'aucune personnalité juridique* » mais seulement d'une « *Délégation de gestion* » dont le contenu et les modalités sont définis par le seul directeur.

- **Toutes les conditions d'une subordination complète sont réunies, auxquelles seraient bien avisés de réfléchir ceux qui croient que leur collaboration avec de telles instances exprime encore la persistance d'un quelconque « pouvoir » médical dans nos hôpitaux qui pourrait défendre l'intérêt des malades!**

- **4 – Une autonomie des professionnels reniée :**

- **En opposition avec cette idéologie libérale dévastatrice** certains développent une réflexion sur le **risque même de ces pratiques**.

- Anne CHEVALIER dans « *Les défis du management de la qualité dans les institutions sociales et médico-sociales- La qualité comme antidote du risque idéologique* », montre que : « *Le risque est réel de voir des bonnes pratiques se convertir en une espèce de formalisme creux, satisfaisant aux exigences des autorités de contrôle mais dénué de sens* ».
- La solution préconisée est : « *L'autonomie des professionnels, (qui) doit être pensée comme principe de base de l'organisation institutionnelle...A condition de se fonder sur une éthique de direction prenant en considération les personnes comme valeur de la pertinence et de la qualité de l'action menée* ».
- Ce ne sont visiblement pas de telles réflexions qui fondent la nouvelle « gouvernance »...

4 - Cette contre-réforme libérale n'a été rendue possible que par une succession de réformes législatives :

- **La Loi Hospitalière du 31 juillet 1991** distinguait une double notion : L'installation de « lits » était classifiée en plusieurs catégories ; médecine-chirurgie-obstétrique (MCO), soins de suite et réadaptation, longue durée et soins psychiques. L'autre notion était celle « d'activité de soins » en fonction de leur coût et soumises à autorisation de durée déterminée, renouvelables tous les 5 ans pour les plus coûteuses, 7 à 10 ans pour les autres ; sur décision ministérielle pour les premières ou des ARH pour les autres .Les décisions envisagées étaient soumises pour **avis consultatif** au « Comité Régional de l'Organisation Sanitaire et Sociale » (**CROSS**) ou au « Comité National de l'Organisation Sanitaire et Sociale » (**CNOSS**) selon la nature des activités..
- **La Santé est définie depuis 1995 dans l'Accord Général sur le Commerce des Services (AGCS) de l'Organisation Mondiale du Commerce (OMC) comme un «Service Commercial** ». Cette organisation non élue s'est accordée la prérogative de régir les rapports économiques entre les Etats, mais aussi d'en définir la philosophie générale qui vise à libéraliser , c'est à dire à privatiser tous les services y compris les services publics. Cet accord a été signé au nom de la France par le gouvernement Juppé en 1995, sans être dénoncé ultérieurement par le nouveau gouvernement socialiste d'alternance.
- **L'ordonnance du 24 avril 1996 crée les 26 Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH) ;** mise en place des « *contrats d'objectifs et de moyens* » et de la « *procédure d'accréditation* ». Le réseau de santé est officialisé. Les conférences régionales de santé sont créées et le décret du 17 avril 1997 complète le dispositif. Les membres représentants des usagers sont désignés par le préfet (!).
- **La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé** fait de « *L'organisation régionale de la santé* » (Art 35 à 44) un pilier de la mise en œuvre de la « *Démocratie sanitaire* » (Titre II de la Loi) mais sans préciser vraiment les lieux de décisions politiques ou juridiques, ou la population pourrait influencer vraiment la politique sanitaire. Une contradiction apparaît d'emblée dans le fait que c'est à l'échelon régional que la population est censée s'exprimer dans la « *démocratie sanitaire* » annoncée (Loi KOUCHNER) alors que les élus régionaux n'ont aucune compétence juridique reconnue sur les décisions sanitaires relevant des ARH. La question pouvait déjà être posée concernant la volonté authentique de cette démocratie sanitaire ou l'organisation simple de son simulacre ? Les « forums citoyens » organisés par Bernard KOUCHNER émettront des avis mais ne participeront à aucune instance décisionnelle de délibération.

- **Le plan « Hôpital 2007 » est présenté le 20 novembre 2002** par le ministre de la santé Jean François MATTEI (Démocratie Libérale) en Conseil des Ministres : « *Un plan pour les établissements hospitaliers publics et privés* » centré pour ces deux secteurs sur la rentabilité de « *L'hôpital-entreprise* ». Ce projet est directement inspiré de la logique de l'AGCS. En ce qui concerne l'implication des usagers, le nouveau ministre Jean François MATTEI est clair : « *J'ai toujours contesté l'expression démocratie sanitaire* » (in Libération 3 mars 2003)
- **La «loi Constitutionnelle» du 28 mars 2003 sur la «décentralisation»** prévoit des «expérimentations» possibles dans les régions et la remise en cause du statut unique de la fonction hospitalière.
- La même année, 2003, est confiée à Messieurs **Debrosse, Perrin et Vallencien**, une «*Mission sur la modernisation des statuts de l'Hôpital public et de sa gestion sociale* » qui préconisera un certain nombre de mesures, pour l'essentiel similaire à celles recommandées par «*l'Institut Montaigne*», officine de réflexion libérale dirigée par Claude Bébéar (ancien patron des assurances AXA)

- **L'ordonnance du 4 septembre 2003** dite «*De simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé*» ainsi que «*des procédures de création d'établissements*» prévoit la «**suppression de la carte sanitaire**» ainsi que des indices «*en lits et places*» à dater du 31 mars 2006 échéance prévue d'achèvement des «**SROS de troisième génération**».
- L'ordonnance prévoit immédiatement le transfert de pouvoirs du Préfet vers les Directeurs d'ARH, y compris pour le contrôle de l'application des Lois et règlements. La «gouvernance régionale» sous autorité des ARH concerne désormais l'ensemble des établissements de santé. De nombreuses mesures de Droit Privé sont transposées en Droit Hospitalier.

- **L'Institut Montaigne** remet en janvier 2004 au gouvernement Raffarin le document rédigé par Dominique COUDREAU «*L'Hôpital réinventé, synthèse et propositions*». En juin 2005 le même «**think tank**» libéral produira un autre document de Denise SILBER «*Hôpital, le modèle invisible*» encourageant la promotion de la T2A, de la gouvernance et de la remise en cause des statuts publics des établissements comme des personnels.

- **La circulaire du 5 mai 2004** prépare la parution des «**SROS de troisième génération**», qui substituera à la carte sanitaire la notion de «**territoire de santé**».

- La «**Réforme de l'Etat territorial**» sera complétée par des «*pôles régionaux*» issus du décret du 5 octobre 2004 et de la circulaire du 19 octobre 2004. Huit pôles sont constitués dans chaque région, dont un «**Pôle santé publique et cohésion sociale**» qui regroupe sous autorité du préfet, les services de l'ARH avec ceux de la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS), le GIP Santé Publique, les organismes de protection sociale et le Fonds d'action et de soutien pour l'intégration et la lutte contre les discriminations. Mais comme le précise Henri OBERDORFF «*L'administration déconcentrée de l'Etat dispose de nouveaux outils administratifs et financiers (ainsi que de) la loi organique relative aux lois de finance (LOLF) de 2001*» et «*Sous des apparences administratives, des mutations plus profondes s'opèrent...La philosophie de la LOLF y oblige et les administrations territoriales de l'Etat doivent s'y plier*»
- **La circulaire du 27 mai 2005** relative à «*L'élaboration quantifiée de l'offre de soins*» précise qu'une **annexe du SROSS 3** prévoira des «*Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens de chaque établissement*».

- Les «**missions régionales de santé**» désigneront «*Le lieu... de réalisation d'une activité de soins, et non l'entité juridique*». Le SROS prévoit clairement de définir une «**offre cible**» mais sans définir le statut juridique de l'établissement, (public ou privé).

Il faut retenir que l'ensemble de ces réformes législatives possède une cohérence qui « fait sens » :

- **La suppression de la « carte sanitaire », remplacée par les « territoires de santé »** apparaît comme l'instrument utilisé pour annuler la distinction entre structures publiques ou privées.
- Elle supprime du même coup toute obligation de couverture du territoire par des services publics, si des structures privées lucratives peuvent prétendre à une offre de soins jugée comparable dans le cadre du SROS 3. La privatisation d'établissements publics étant même envisageable.
- Pour NICOLAS TANTI-HARDOUIN, «*Les fortes recompositions en cours ont lieu à la fois sous l'effet de l'action des pouvoirs publics, mais également des mécanismes du marché*» et il observe «**La constitution d'un capitalisme sanitaire va de pair avec la rationalisation de l'appareil hospitalier voulue par les pouvoirs publics**»

- La «**Loi sur l'avenir de l'assurance maladie**» du 13 août 2004 n'était qu'une «loi cadre» suivie de multiples décrets.
- L'élaboration du plan «hôpital 2007» largement inspiré des rapports Vallencien et de l'Institut Montaigne sera imposé par ordonnances sans débat parlementaire.

- **Ce plan englobe la suppression de la carte sanitaire, mais aussi la nouvelle gouvernance, la tarification à l'activité (T2A), l'organisation par pôles et la «contractualisation» sur des objectifs économiques quantifiés de l'ensemble des acteurs, avec précarisation du statut des personnels et privatisation possible des établissements.**

- **Quelques innovations technologiques sont mises au service du projet :** La télémédecine est présentée comme l'outil de compensation de la désertification des territoires. Les technologies nous offrent en effet le moyen « vertigineux » de pouvoir nous passer presque du patient lui-même pour savoir de quoi il souffre et quoi-qu'il en dise ; il devient possible au « téléthérapeute de formuler à distance une sentence qui s'accommode même de rester anonyme » (Voir J.RICHAUD Tel est médecin, tel est patient, 2002)

5 -La dimension européenne du débat est primordiale :

- **Cette dimension fait le lien avec la mondialisation libérale.**
 - **Sa prise en compte est essentielle pour mesurer la nature du rapport de force qu'il convient d'affronter si on souhaite résister aux effets des réformes en cours et proposer d'autres alternatives.**
- Pour LANCRY la logique européenne a influencé très tôt le développement hospitalier: « *Au cours des années 90, les dépenses pour le développement des soins de santé en France, comme dans d'autres pays de l'Europe de l'Ouest, ont chuté car ces pays luttaien déjà pour satisfaire aux critères de convergence pour l'Europe monétaire* » comme cela a été analysé par KANAVOS et Mc KEE.

- Il faut observer que la primauté du marché et de la concurrence, y compris dans le domaine sanitaire, était inscrite comme **devant devenir** constitutionnelle et irréversible dans le **projet de Traité Constitutionnel Européen** (TCE) qui a été rejeté en France le **29 mai 2005** !...

- Mais dans **Le cadre juridique européen**, l'entité «hôpital» n'existe déjà plus ; les lits sont de l'hôtellerie, les dossiers médicaux de l'information, les médicaments des fournitures, la protection sociale de l'assurance et les personnels des «producteurs de soins» !
- **Le Rapport au Sénat de Catherine TASCIA** remis le 17 mars 2005, **avant le référendum** sur le TCE, analysait clairement les enjeux de la « **Directive Cadre sur les services d'intérêt général** » :
 - Le rapport rappelle que « *La France accepte l'ouverture à la concurrence de ses services publics* »,
 - Mais il constate aussi que « *Le Droit communautaire initial ignore presque totalement la notion de service public, en tant que telle, la seule mention qui en est faite se trouve dans l'article 73 du traité CE relatif aux transports...En revanche le Droit Communautaire reconnaît la notion d'entreprise publique ou chargée d'intérêt général, dont il admet la spécificité* » .
 - L'article 82 cependant « *prohibe les abus de position dominante* » ; l'article 86 précise que les dérogations aux règles communautaires « *ne sont pas laissées à la libre appréciation des états membres, elles sont encadrées par la commission* », donnant à la commission un « *pouvoir normatif propre, à la fois d'initiative et de décision* » .
 - Il apparaît clairement que « *les services sociaux d'intérêt général recouvrant notamment les services de santé, les soins de longue durée, la sécurité sociale, les services de l'emploi et du logement social* » sont des services dont l'accès, dans le traité, doit être « *compatible avec le Droit de l'Union* ». La « *directive sur les services dite BOLKESTEIN ...avec irruption du principe du pays d'origine dans le domaine des services est symptomatique d'une vision qui privilégie nettement l'objectif de libre circulation sur celui du développement des services publics* » .
 - La rapporteuse exprime « *Le principe du pays d'origine pose des difficultés liées en particulier au contrôle des qualifications professionnelles des prestations de soins* ». Ce principe « **fait courir un risque de dumping juridique** » puisque les entreprises « *implantées dans un pays dont la réglementation est la moins contraignante auraient un avantage indéniable sur leurs concurrents. Ce phénomène serait susceptible d'abaisser le niveau global de protection des utilisateurs* »... « *Le champ très vaste ...du projet de directive BOLKESTEIN est d'autant plus dangereux que...le champ des services d'intérêt général reste insuffisamment déterminé* » .

- La conclusion du rapport sénatorial se prononce pour « *la définition d'un Droit positif, protecteur des services publics marchands et non marchands* » parce que « **Cela relève d'un choix fondamental entre un modèle européen de société basé sur les seules forces du marché, au détriment des plus faibles économiquement, et le modèle d'une Europe plus ambitieuse fondée sur les principes de solidarité et de cohésion sociale garantissant à chacun des conditions de vie digne** ».
- Dans l'examen du rapport M Robert BRET précisait « **Il y a une distinction de fond entre les services publics et les services d'intérêt général (SIG). Ce dernier terme entérine un objectif de rentabilité financière par rapport à celui d'utilité sociale** ».
- La délégation conclue à la demande que « *les services d'intérêt économique général soient exclus du champ de la future directive sur les services dans le marché intérieur* ».

- Le 23 mars 2005, peu avant le référendum et lors de la montée du NON dans les sondages, une résolution européenne déclare que « La proposition de directive (relative aux services dans le marché intérieur) est inacceptable en l'état » et « Rappelle que les services d'intérêt général non économiques sont exclus du champ de la directive ».

- La confiance n'a pas été rétablie et le NON l'emporte ! La menace dans le domaine de la santé est réactivée en septembre 2006 à propos des **règles de libre circulation dans la santé**, visant clairement à mettre les « producteurs de soins » en concurrence les uns avec les autres au niveau européen.

- Il faut se souvenir que malgré l'analyse sévère du rapport de Catherine TASCA, la droite comme le parti socialiste feront campagne pour le « oui » à ce traité constitutionnel ! **Le slogan du Parti Socialiste était même « l'Europe sociale passe par le OUI ! ».**
- Cette ignorance ou cette compromission peuvent nous alarmer sur la capacité ou la volonté de la social-démocratie à promouvoir un modèle social européen qui aurait d'autre déterminant que la loi du marché, dénoncée même par un rapport sénatorial !

- Après un « **Avis et rapport du Conseil Economique et Social : Aménagement du territoire, services publics et service du public** » en avril 2006 Jean Alain MARIOTTI s'interroge : « *Quels nouveaux besoins, quelle nouvelle organisation pour les services publics* » en retenant que « *La médecine libérale, qui n'a jamais été un service public, est devenue un véritable service au public ; notamment dans les territoires ruraux* ».

- Nous passons, précise le rapport « **D'une conception organique à la Française à une conception fonctionnelle axée sur le service rendu... Qui prédomine dans la construction par l'Union Européenne de sa doctrine en matière de service d'intérêt général** ».

- Le 26 avril 2006 la **Commission Européenne** adopte une « communication » proposée par le Commissaire à l'emploi, aux affaires sociales et à l'égalité des chances, M. Vladimir SPIDLA visant à : « *Mettre en œuvre le programme communautaire de Lisbonne. Les services sociaux d'intérêt général dans l'Union Européenne* » (Document COM – 2006, 117 final), présenté à la presse le 27 avril 2006 (ref IP/06/529 associé à note Mémo 06/170).
 - Ce document rappelle que le Conseil Européen de mars 2006 a réaffirmé sa volonté de « *Rendre le marché intérieur des services pleinement opérationnel* » avec création des « *Services sociaux d'intérêt général* » (SSIG) .
 - Ces services englobent « *Les régimes légaux et complémentaires de protection sociale, les services liés à l'aide aux personnes ou à l'insertion, y compris dans la santé et le handicap* ».
 - La Commission exprime « *un principe de base de solidarité* » mais en rajoutant « *Une exigence générale de modernisation et de qualité* » qui se traduit par la création d'un « *Environnement concurrentiel propice à une économie sociale* ». Ceci englobe explicitement « **L'externalisation des tâches du secteur public vers le secteur privé** », les autorités nationales se transformant en gardiens d'une concurrence régulée. Les « *partenariats public-privé* » sont au cœur du système.
 - Pour prévenir les résistances il est rappelé que la liberté, laissée aux états membres, de définir les missions d'intérêt général doit s'exercer « **Sans abuser de la notion d'intérêt général** » (sic !), en rappelant le « **Primat du Droit de la concurrence** » pour « *Toute activité consistant à offrir des biens ou des services sur un marché donné par une entreprise, indépendamment du statut de cette dernière et de son mode de fonctionnement* ».

- La Commission confirme que « *La quasi-totalité des services dans le domaine social peuvent être considérés comme des activités économiques* ». Cette communication de la Commission BARROSO doit préparer une proposition législative qui **visé clairement à ignorer, pour la France et la Hollande, le rejet du projet de traité constitutionnel et de sa logique libérale.**
- La « stratégie de contournement » mise en œuvre vise explicitement à la privatisation de l'ensemble des services publics, en particulier de Santé.

- Ainsi **la victoire du « NON » n'a été qu'une victoire temporaire.** La bataille contre des forces libérales européennes et mondiales, qui n'imaginent même pas devoir tenir compte d'un scrutin démocratique **n'est pas achevée!**

- **Ne comptons pas sur ceux qui nous disaient hier « L'Europe sociale passe par le oui », pour mener demain le combat contre ce qu'ils nous demandaient d'accepter hier !**

- Le 2 mai 2006 Raoul Marc JENNAR publiait « *Alerte, l'Union Européenne attaque de nouveau la sécu* ».
- Cette bataille risque de se prolonger longtemps et elle est **centrale pour l'avenir social de l'Europe. Une vigilance s'impose et la mobilisation est possible** comme l'ont déjà montré les grandes manifestations européennes contre la directive BOLKESTEIN.

En politique intérieure française déjà, les budgets votés anticipent la braderie des services publics :

- **Les Lois de finances 2004 puis 2005** transfèrent une large part de leur budget d'investissement (provenant de l'impôt) vers des secteurs privés d'hospitalisation au travers des « Partenariats Public Privé » (PPP).
- En 2005 la Fédération Hospitalière de France (FHF) dénoncera ce budget et le parti UDF refusera de le voter.
- **Mais il faut aussi observer, pour s'en inquiéter, que ces sujets sont très généralement absents des discours développés par les forces politiques sociales-libérales prétendant à l'alternance.** On peut au moins soupçonner qu'en cas d'alternance la politique menée, nationale ou européenne, serait en continuité avec la politique actuelle (Comme la politique de Martine AUBRY a été en continuité avec celle d'Alain JUPPE pour les restructurations hospitalières et la poursuite des fermetures de lits).

Cela signifie que la défense des territoires du soin dans le cadre de services publics renforcés, ne se résume pas à un choix entre deux courants libéraux, l'un de droite et l'autre de gauche ; mais impose une re-fondation plus large de notre contrat social, en particulier dans le domaine de la santé et de l'aménagement du territoire.

-CHAPITRE IV –

L'ERE DE LA T2A EST DONC ARRIVEE :

« *J'ai la solution, mais quelle est la question ?* »
WOODY ALLEN

La nouvelle « Tarifification A l' Activité « (T2A) n'est pas qu'une réforme de technique comptable ; on peut décrire :

- 1 - Son ambition
- 2 - Ses principes
- 3 - Les inquiétudes que cette réforme suscite
- 4 – Les missions d'intérêt général semblent les plus menacées
- 5 – Mais la fuite en avant idéologique se poursuit

1 – Une ambition :

- **La tarification à l'activité a l'ambition de mesurer, pour pouvoir les mettre en concurrence, le coût des soins dans chaque établissement, comme si le soin budgétisé résumait à lui seul l'activité des professions de santé !**
- Une **fausse science**, le « codage », sert désormais de base à une **vraie doctrine** qui organise la concurrence, c'est à dire la recherche du « moins disant » pour la prise en charge de chaque pathologie. L'économie réalisée, même au prix de la qualité ou de la sécurité étant seule mesurable, c'est l'économie qui est élevée au rang de vertu et non le service rendu !

- Il s'agit « **d'optimiser** » la « **production de soins** » pour **dégager des bénéfices**. La T2A a pour objectif annoncé de « rapprocher les coûts d'une moyenne en baisse tendancielle ».

- On peut craindre immédiatement que cette méthode de baisse de la dépense globale ne puisse parallèlement qu'abaisser la qualité globale du système ; **c'est une doctrine qui est appliquée**, s'imposant à tous comme une pseudo-science.
- La T2A introduit une logique « **productiviste** » décalquée sur celle du monde industriel, sans questionnement préalable sur la pertinence de cette orientation.
- Toute contestation sera jugée illégitime ou obscurantiste ; pourtant d'autres économistes de la santé comme Olivier HART préconisent pour le secteur public de fixer **d'abord** la qualité du service souhaité et de chercher **ensuite** à minimiser les coûts.

2 – Des principes :

- **Le principe de la T2A** selon Denise SILBER de l'**Institut Montaigne** dans « *Hôpital, le modèle invisible* » est inspiré du « **prospective payment system** » mis en place aux Etats Unis en 1983. Il s'appuyait sur l'existence d'une classification des actes médicaux en groupes homogènes de pathologies, système adopté en France sous le nom de **PMSI** (Programme de Médicalisation du Système d'Information).
 - L'objectif « *est évidemment de stimuler une baisse des coûts* ».
 - Mais bien au-delà « *Dans le même esprit...il convient...d'aligner la rétribution des médecins sur leur propre activité...L'un des handicaps du secteur public Français...c'est le statut de son personnel* ».
 - Il convient donc de « *généraliser le statut de Droit privé* » dans le management des personnels et « *répartir les salaires au regard des productivités respectives* ».
 - Il faut favoriser « *L'octroi du statut privé aux groupements de coopération sanitaires (GCS)* » et « *Obliger un établissement public en situation d'échec financier ou de restructuration à changer de statut et devenir un établissement privé à but non lucratif* » .

Nous retrouverons ces recommandations de l'Institut Montaigne dans la construction du plan hôpital 2007, sa nouvelle gouvernance et les relations avec les ARH qui auront pouvoir d'imposer les changements de statut préconisés par le « think tank » libéral dirigé par Claude BEBEAR !

- **Compte tenu de la stratégie envisagée, on comprend mieux que de façon apparemment paradoxale le plan hôpital 2007 encourage certains établissements, malgré la rigueur budgétaire globale, à investir et se sur-endetter.** Ils accentuent ainsi leur fragilité financière et le moment opportun peut être déclaré un fiasco financier qui servira de motif au changement de statut pouvant aboutir à la privatisation complète d'un établissement préalablement rénové ou bien équipé... Plusieurs CHU sont déjà rentrés dans cette spirale et se rendent vulnérables aux appétits des groupes financiers déjà en embuscade.

- **Le changement est considérable** : Dans un passé récent, le « bon directeur » d'hôpital était celui qui savait éviter à son établissement un endettement excessif et pénalisant. **Désormais le « bon manager » est celui qui a l'audace d'investir et de s'endetter en vue d'améliorer la « productivité » mesurée au rendement de la T2A. Mais ce choix suppose le plus souvent quelques « sacrifices », concernant en particulier la nature des prestations de l'établissement, qui ne sont plus déterminées par les besoins de santé publique mais par l'attente d'un « retour sur investissement » dans des activités rentables.** Il est aisé de comprendre que ce ne sont pas les activités médico-sociales qui seront privilégiées, mais plutôt celles faisant appel à une technicité bien valorisée par la T2A. C'est au nom de cette logique par exemple que des maternités publiques de CHU, comme à Toulouse, se proclament maternité de niveau 3 (pour grossesses à risque justifiant un plateau technique lourd) en organisant la sélection « sur dossier » des femmes qui seront autorisées à accoucher à l'hôpital, les autres étant arbitrairement renvoyées vers le secteur libéral à honoraires le plus souvent libre, pas toujours souhaité par les femmes de milieux peu favorisés.

- **Les ambitions de la réforme sont clairement intriquées avec la promotion des partenariats public-privé et la privatisation des établissements, y compris ceux déjà englobés dans des circuits boursiers** soumis à pression des actionnaires.

* **On peut lire avec attention une lettre du Ministre de l'Economie, des finances et de l'Industrie**, par délégation Benoit PARLOS, en date du 4 décembre 2003 adressée aux conseils de la Société CAPIO Santé projetant l'acquisition de 100% des parts et droits de vote de la Clinique des Cèdres de Cornebarieu, près de Toulouse, plus grand établissement hospitalier privé de France, après contrat de cession déjà établi le 9 octobre 2002 : « *Le système de tarification introduit par la T2A est donc basé sur un mécanisme de concurrence par comparaison (Yardstick competition)... Avec des comparaisons de performances des différents établissements au plan National... Les établissements de santé devraient logiquement se concentrer sur ce qu'ils savent le mieux faire afin d'optimiser leurs coûts fixes... et privilégier le meilleur taux d'occupation et une durée moyenne de séjour optimisée* ». Ils devraient « *Maximiser la mise à disposition de leurs plateaux techniques aux praticiens spécialistes susceptibles de se voir adresser par le réseau des médecins de ville une patientèle importante...* » Et « *Dans le cadre des groupements de coopération sanitaire, le plan hôpital 2007 ouvre l'accès des praticiens libéraux aux établissements publics, qui pratiqueront à leur tour la refacturation et interviendront alors dans la concurrence que se livrent les établissements de santé en vue d'attirer les praticiens de renom* ».

Un tel « conseil » du ministère à un établissement coté en bourse révèle tout le cynisme d'une politique « publique » mais asservie aux intérêts du marché.

* **Les groupes privés d'hospitalisation soumis à la nouvelle tarification**, malgré leurs « plaintes » lorsque le ministre Xavier BERTRAND annonce une baisse du tarif de remboursement des actes, se portent bien : La « **Générale de Santé** » (premier groupe européen de l'hospitalisation privée) voit en 2006 son chiffre d'affaire augmenter de 25% (atteignant 915,8 millions d'euros), avec un **bénéfice net en hausse de 67,9% (46,5 millions d'euros)** (in La Tribune 15 septembre 2006).

* Une autre conséquence de la recherche de la rentabilité est que celle-ci ne permet pas de garantir l'implantation de ces structures et la diversification de leurs activités pour répondre aux attentes de la population. La règle est la sélection des activités et des lieux d'implantation les plus rentables. **L'attente à satisfaire est celle des actionnaires et non celle des populations.**

* Lorsque le groupe concurrent de la générale de santé, le groupe suédois CAPIO est l'objet par exemple d'une « offre publique d'achat » hostile par les fonds d'investissement Apax Partners et Nordic Capital et du fond spéculatif Amber Master Fund qui possède déjà plus de 20% du capital dominé par un holding santé SARL italien ; rien ne permet d'imaginer que les managers de ces groupes seront « sensibles » à la logique et aux attentes du SROS, alors que leur seul objectif est la valorisation de leur capital au bénéfice de leurs seuls actionnaires.

Un tel constat est indicatif de l'idéologie qui inspire une réforme favorisant les partenariats public-privé et les privatisations. La logique même du SROS est totalement étrangère à cette démarche.

3 – Des inquiétudes :

- La mise en place de la T2A a pourtant **soulevé quelques inquiétudes ou désapprobations , dont il ne sera tenu aucun compte par l'équipe gouvernementale en charge de « la réforme ».**
- Ces inquiétudes proviendront de juristes éclairés, de professionnels de santé, de la Caisse Nationale d'Assurance maladie elle-même, de la Commission des Affaires Sociales de l'Assemblée Nationale, de la Cour des Comptes, du Conseil Economique et Social, de la Fédération Hospitalière de France regroupant les directeurs d'hôpitaux, ...**autant d'acteurs dont l'opinion est jugée négligeable ! Sans doute pas assez soumise au dogme du marché :**
- Jean Marie CLEMENT, professeur de Droit Hospitalier à l'université Paris VIII écrira en février 2004 : « *La T2A se révèle complexe et fastidieuse à mettre en œuvre. Autant la tarification à l'activité coule de source pour une activité commerciale, autant elle **apparaît incongrue pour une activité de service public**...On peut **craindre une égalisation par le bas**, puisque inéluctablement la moyenne nationale des tarifs s'infléchira vers le bas* ». En avril 2006 il rajoutera : « *Le marché s'avère très peu favorable à l'égalité des personnes devant accéder aux soins* » Pour lui , les SROS également demandent réflexion : « *La notion de **système de santé** en germe dans la réforme hospitalière du 31 mars 1970 a été consacrée avec la Loi KOUCHNER du 4 mars 2002 intitulée **Droits des malades et qualité du système de santé**. Avec cette **idée de système** tout doit être rationnel et les choix économiques sont d'abord des choix d'organisation par le biais des Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire...L'illusion technologique est constante dans les prétentions des élites à vouloir résoudre des questions sociétales par une avalanche de réglementation. **Un véritable scientisme juridico-administratif** impose ses choix d'organisation. L'éthique ne serait-elle pas la préséance du bon sens ?* » (Avril 2006)
- Le Pr. André GRIMALDI (La Pitié-Sapétrière- Paris) en 2004 analyse ainsi le risque : « *Dans une société gouvernée par l'argent, le fossé s'est creusé entre ceux qui disposent **d'une machine à sous** et ceux dont les seuls actes sont **intellectuels**. La Tarification à l'activité sanctionnera cette dichotomie : malheur aux vaincus !* ». Le 9 novembre 2005 il sonnait l'alarme «***«hôpital 2007 viole l'éthique médicale** ...Normalement cette réforme devrait provoquer un tollé dans le corps médical. Dans les faits il y a capitulation*». D'autres voix se lèveront étouffées par la bien pensance collaborationniste des acteurs de la réforme formatés à la nouvelle idéologie. (Voir contribution nos dix-huit). **Avec la T2A chaque malade peut être évalué en terme de rapport coût/bénéfice ; il est possible de discriminer des malades plus rentables que d'autres** ; il devient plus rentable d'amputer un malade que de consacrer du temps à son éducation et à la prévention pour équilibrer son diabète ou son artérite et éviter la mutilation ! (Pr. GRIMALDI). Le risque de sélection des malades est confirmé par tous les observateurs. Pour le Pr. Lortat-Jacob A, chef de service chirurgie orthopédique hôpital Ambroise-Paré à Paris « ***La T2A...cette réforme aurait...l'effet dramatique de faire disparaître de la prise en charge hospitalière certaines pathologies et tout le versant social. Or ce côté social est justement ce qui fait la qualité et la grandeur de la médecine hospitalière*** ».
- **Les effets pervers prévisibles de la T2A ne se font pas attendre.** Une enquête des services de la CNAMTS révèle **des pratiques frauduleuses**, essentiellement dans les cliniques privées déjà soumises à 100% à la T2A et pouvant concerner plus de deux cent établissements (Le journal du dimanche et Les échos du 19 juin 2006). Ces pratiques frauduleuses avaient déjà été observées massivement aux USA, induisant un recul sur ce mode de tarification. La fraude possible peut consister à **sur-factorer** en majorant une pathologie ou un acte technique ou une prestation ambulatoire comptabilisée en hospitalisation de journée par exemple. Les conséquences « inflationnistes » du système sont reconnues par tous, ne bénéficiant qu'aux assurances complémentaires trouvant motif d'augmenter leurs primes devant l'accentuation des dépenses. Une **autre fraude plus directement préjudiciable au patient peut consister à faire des économies sur l'enveloppe facturée, au risque de menacer la qualité ou la sécurité des soins** ; cela est rendu possible par le forfait consenti pour une pathologie, en l'absence de comptabilité analytique détaillée. Cette tentation sera encore majorée lorsque les tarifs seront « tirés vers le bas » comme cela semble inéluctable dans la logique de la comparaison des coûts. Pour Nicolas TANTI-HARDOUIN « *C'est tout le problème qui est posé par la concurrence par comparaison...(qui) peut encourager le phénomène connu d'une **sélection des malades*** »

- Avant même l'affirmation de fraudes, **la Commission des Affaires Sociales** au travers de son rapporteur Alain VASSELLE, concernant la convergence des tarifs entre secteurs public et privé, avait dénoncé le caractère inflationniste de la T2A. **La Cour des Comptes** par un communiqué du 9 juin 2006 présente à la commission des affaires sociales les conclusions de son « *Enquête sur la mise en œuvre de la réforme du financement des établissements de santé publics et privés* » aboutissant à la même conclusion et préconisant un frein dans l'extension de la T2A dans le secteur public ; **mais cette recommandation sera ignorée par le ministre.**

- **Le Conseil Economique et Social dans le rapport d'Eric Molinié en 2005** avait osé écrire « *Il est impossible, illégitime et dangereux de réduire l'hôpital à une entreprise productive de soins...* »
- Le Conseil dénonce les dangers de la T2A avec « *risque de sélection des patients...économie sur la qualité et la sécurité...incidence négative sur les taches de prévention et d'éducation sanitaire...non-respect du temps du soin...* »
- Le Conseil affirme que « *le citoyen-patient est idéologisé, il devient consommateur face à des producteurs...Il faut affirmer la primauté du soin sur l'économique* ».

- Le même rapporteur Eric MOLINIE précisera (dans la Tribune 12 10 2005) : « *Il n'est pas prévu de prendre en compte la qualité des soins pour l'allocation des ressources financières...La priorité n'est pas de transformer l'hôpital public en établissement privé...a caractère industriel et commercial comme le préconisent certains. Il s'agit plutôt d'ouvrir un hôpital public-forteresse sur son environnement, afin qu'il partage mieux avec tous les autres acteurs de la santé ce qu'il ne peut faire tout seul* ».

- **La Fédération Hospitalière de France (FHF)** elle-même, regroupant les directeurs d'établissements, s'inquiète des interférences entre les logiques de la T2A et celles du SROS 3 :
- « *Les effets restructurants de la T2A risquent de peser plus que les bonnes intentions des SROS... Des activités seront supprimées sur critères économiques, indépendamment de leur inscription éventuelle dans le SROS* ».

- Claude EVIN, président de la FHF, à l'occasion de l'ouverture du salon « Hôpital Expo » le 16 mai 2006 dénonce :
 - Le « *Remodelage du paysage hospitalier par la pénurie* »,
 - Rappelant que 158 hôpitaux dont 18 Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) ont voté un budget prévisionnel en déficit pour un montant cumulé qui dépasse 400 millions d'euros : « *Le sous-financement de l'hôpital atteint un niveau historique et il menace la modernisation de l'hôpital et met en danger la service public hospitalier* » .
 - L'impasse devrait dépasser le milliard d'euros en 2006. « *Nous avons le sentiment qu'on ne nous demande pas seulement de faire mieux mais...de faire moins. ...Pour obtenir in fine une réduction massive de l'offre hospitalière sans jamais l'avoir assumé* ».
- **On peut craindre aussi que la convergence annoncée des tarifs public-privé dans le cadre de la T2A** soit défavorable aux structures publiques les plus impliquées dans la prise en charge des pathologies lourdes ou de la précarité. la comparaison des coûts servirait alors à justifier des fermetures ou privatisations d'établissements **pénalisés d'avoir poursuivi leur mission sociale.**

- **Les exemples sont déjà nombreux où la logique de la T2A l'a emporté sur la logique des SROS et de l'aménagement des territoires:**

- En octobre 2004 aux Sables-D'Olonne le service de chirurgie de l'hôpital est cédé au privé sous l'effet de la « *recomposition hospitalière* » imposée par l'ARH des Pays de Loire ; les chirurgiens en poste à l'hôpital se voient proposé un contrat à durée déterminée (CDD) par la clinique qui occupe désormais le bloc opératoire !
- En octobre 2004 à Dinan et sous pression de l'ARH le directeur entérine une fusion hôpital-polyclinique à laquelle les représentants des personnels médicaux et non-médicaux s'étaient opposés à l'unanimité dans les instances consultatives et même au sein du Conseil d'administration (CA).

4 - Les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) semblent immédiatement les plus menacées :

- **Dans son rapport au Sénat sur « Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 », le sénateur Jean Jacques JEGOU exprimait déjà ses craintes :**

*: « *On ne pourra pas imaginer un système de convergence (public-privé) tant que l'on aura pas évalué réellement les MIGAC (missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation). Si les MIGAC ne sont pas évalués à leur niveau réel il ne sera pas possible de comparer les tarifs entre hôpitaux publics et privés. Quand j'entends dire que les MIGAC représenteraient environ 13% des budgets hospitaliers, je me dis que l'on est sûrement loin du compte* ».

* Cette proposition de 13%, sans aucune justification méthodologique sérieuse, mais notoirement sous-estimée pour l'ensemble des acteurs et en particulier pour la FHF, avait été proposée par le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM) dans un avis du 21 juillet 2004 qui préconisait un montant forfaitaire uniforme sur la totalité du budget MCO (médecine, chirurgie, obstétrique) de chaque établissement.

- * Ce taux et cette référence n'ont aucune pertinence démontrable. Dans son avis le HCAAM reconnaissait lui-même que « *La connaissance des coûts des soins dans les établissements hospitaliers était objectivement insuffisante* ». **Les écarts observés sont très importants :**

- Pour les CHU les coûts moyens de prise en charge varient de plus de moitié entre les 10% d'établissements les plus coûteux et les 10% les moins coûteux.

- Pour les établissements Privés, cet écart est presque du simple au double.

Cette ignorance des coûts réels résulte de l'absence de comptabilité analytique dans la majorité des établissements, bien que l'obligation de celle-ci soit inscrite depuis douze ans, par décret, dans le Code de la Santé Publique.

*En réponse au rapport JEGOU, le ministre Xavier BERTRAND reconnaissait en outre « *Je n'ai pas la conviction que nous disposions des sommes prévues à l'origine pour le MIGAC* » (sic !)

Dans le Nord-Pas de Calais par exemple, l'Agence Régionale d'Hospitalisation (ARH) et l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM) ont décidé en février 2006 **la liquidation de dix neuf réseaux** de proximité intervenant dans les champs de l'addiction (alcool, tabac, toxicomanie), de la santé mentale, de la précarité et de l'adolescence. Ces réseaux mobilisaient environ quatre cent médecins généralistes et bénéficiaient antérieurement d'un financement par le Fond d'Amélioration de la Qualité des Soins de Ville (FAQSV).

- **D'autres exemples sur l'ensemble du territoire confirment que les choix budgétaires effectués sont des choix qui méprisent les besoins sociaux des populations les plus vulnérables ou défavorisées .**
- **Le plan d'économie annoncé avant la présentation pour septembre 2006 de « L'objectif National de Dépenses d'Assurance-Maladie » (ONDAM) prévoit le gel de 80 millions d'euros qui étaient destinés au « Fond d'Aide à la Qualité des Soins de Ville » (FAQSV).**

5 – La fuite en avant idéologique se poursuit :

La Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme (CNCDH) remettait le 23 janvier 2006 un rapport au Premier ministre constatant déjà l'existence de fortes inégalités géographiques et sociales en France dans l'accès aux soins et à la prévention

Les conséquences sur les territoires de la politique globale engagée, ne sont que la forme extrême peut-être la plus visible d'un processus de dégradation de l'ensemble du service public : La circulaire budgétaire 2006 de la Haute Autorité de Santé (HAS) s'appliquant à l'ensemble des établissements, publics ou privés, impose une économie de 560 millions d'euros pour 2006 et 1600 millions dès l'an prochain, qui « *Ne doivent pas être faites au détriment de la qualité de la prise en charge du malade* » (sic !) mais par « *l'amélioration des processus* »...

Pourtant, le Pr. Guy VALLANCIEN (Institut Montsouris, Paris , qui ne reçoit pas les urgences et sélectionne déjà sa clientèle) remettait le 3 avril 2006 un rapport dont les conclusions sont diffusées par le Conseil National de la Chirurgie :

- Il concerne les «**petits hôpitaux publics** » et préconise la **fermeture de 113 blocs opératoires** :
 - *«Des fermetures doivent être envisagées sans délais »*
 - Car *«il n'y a pas de conditions géoclimatiques qui, a elles-seules, puissent justifier le maintien d'un service de chirurgie au-dessous des normes d'activité de qualité »...*
- **La méthodologie de ce rapport a été fortement contestée** :
 - Seulement quatre des établissements « condamnés » avaient été visités,
 - D'autres avaient été récemment accrédités sans que soient observés de mauvais fonctionnements ou mauvaises pratiques.
 - Le rapport concernait les petits hôpitaux mais excluait de porter un regard sur les cliniques privées des mêmes territoires.

Le ministre Xavier Bertrand, confronté aux protestations d'élus locaux a essayé de temporiser, mais on peut déjà s'attendre à ce qu'après les maternités, les blocs opératoires et les services d'urgence disparaissent d'une large part du territoire.

- **L'association des petites villes de France** (APVF www.apvf.asso.fr) fustige le rapport VALLANCIEN ; son président Martin MALVY, également Président du Conseil Régional Midi Pyrénées dira que :
 - *« Parvenir à cette conclusion revient à nier totalement les problématiques d'aménagement du territoire ».*
 - Il se déclare *« Ulcéré par la manière dont les problèmes sont abordés »* (26 avril 2006) .
 - Il affirme que *« La dangerosité des établissements n'a pas été prouvée »* et que *« Ceux-ci sont renvoyés à la vindicte publique ».*
- **Le but du rapport VALLANCIEN n'est pas véritablement d'améliorer la qualité du service public** :
 - **Il s'agit de fournir une caution pseudo-scientifique à des fermetures de petits hôpitaux ou leur fusion avec des structures libérales, qui n'ont pas fait, elles, l'objet d'une évaluation similaire.**
 - **Le secteur libéral sera le grand bénéficiaire de ce démantèlement programmé des hôpitaux publics.**

- **Cette politique d'apartheid qui s'accommode d'une désertification sanitaire de certains territoires, si on analyse l'idéologie qui la sous-tend, est une politique de classe qui par les inégalités induites défavorise les zones territoriales les plus populaires ; elle aggrave les inégalités déjà existantes d'accès aux soins.**
- **La T2A assassine le SROS ; elle assassine aussi la solidarité avec la population déjà la plus vulnérable.**

CONCLUSION ET PERSPECTIVES

« Si les médecins les premiers, qui ne sont pas tous et toujours les plus lucides sur ce point, mais aussi tous ceux qui ont la parole dans les médias, à commencer par les journalistes, qui pêchent surtout par ignorance, par indifférence ou par conformisme, se donnaient le mot pour dire ce que l'on dira bientôt, mais quand il sera trop tard, et que la plupart de ceux qui parlent ne veulent pas vraiment, rien ne serait perdu et nous pourrions peut-être sauver un système de santé vraiment universel »

(Pierre BOURDIEU 1999)

1 / - LE CONSTAT EST SEVERE :

- **1 - Nous sommes en présence d'une contre réforme libérale globale**
- **2 - La logique du SROS est clairement sacrifiée à la logique de la T2A**
- **3 - Le secteur des assurances anticipe sur la dégradation du système pour offrir aux plus privilégiés des garanties inaccessibles au plus grand nombre**
- **4 - Même les libéraux reconnaissent le cynisme des lois du marché, confirmant le dogmatisme des politiques qui les soutiennent**

- **1 - Une contre réforme libérale globale :**

- Bien sur le néolibéralisme n'a pas inventé les inégalités, ni tous les malheurs du monde.
- Mais il est assez constant que les politiques néolibérales n'aient pas pour objectif de réduire ces inégalités.
- Elles savent même les reproduire et mieux encore, utiliser la précarité elle-même pour perpétuer un système d'exploitation fondé sur l'appropriation des richesses dont la répartition s'avère de plus en plus inégalitaire.
- Le « Coût social » de cette prédation n'est pas pour autant ignoré, mais accepté, fondant même la nécessité d'un ordre autoritaire pour prévenir et contrôler les révoltes prévisibles que suscite tout système injuste.

- **Le Plan Hôpital 2007, la nouvelle tarification T2A et le SROS de troisième génération, ne sont pas des nouvelles réformes dans la continuité de notre histoire hospitalière française ;**
- **Ils représentent la déclinaison nationale d'une contre réforme libérale globale, affectant aussi le secteur de la santé.**

- **2 - La logique du SROS est clairement sacrifiée à la logique de la T2A**

- **Dans cette entreprise la logique d'une couverture sanitaire optimale du territoire conforme aux intérêts de la population est clairement sacrifiée à la logique que sous-tend la nouvelle tarification.**
- **La T2A impose une recherche de rentabilité et oblige à sanctionner même ceux qui voudraient s'éloigner du « moindre coût » pour se rapprocher du « juste besoin » dont la proximité est aussi une des conditions essentielle.**

- **3 - La protection des privilégiés s'organise :**

La qualité sacrifiée restera peut-être accessible à ceux qui bénéficieront des circuits « recommandés » par leur assurance complémentaire, qui œuvre déjà à mettre en place de tels réseaux au prix de cotisations inaccessibles au plus grand nombre.

- En janvier 2006 l'assureur AGF, dont la branche santé est dirigée par Gilles JOHANNET (ancien conseiller du Premier ministre socialiste Pierre MAUROY en 1983-84 et ancien directeur de la Caisse Nationale

- d'Assurance Maladie ; CNAM !) élabore pour son nouvel employeur un projet baptisé « *Excellence Santé* » garantissant, moyennant une cotisation individuelle et annuelle de douze mille euros, plus quatre mille euros pour le conjoint et deux mille euros par enfant, **un accès « privilégié » auprès de deux cent notables de la profession médicale, sélectionnés pour leur compétence...**
- L'indignation soulevée fera suspendre le projet sans l'abandonner (Communiqué du 14 avril 2006).

- **4 - Le dogmatisme libéral est flagrant et assumé :**

« Le grand souhait de l'oligarchie : gouverner sans peuple...gouverner sans politique »
Jacques RANCIERE, (La haine de la démocratie, 2005)

Les conséquences des concessions faites au secteur libéral dans l'organisation du réseau sanitaire sont prévisibles et éloignées de tout « *comportement vertueux* » que seul le secteur public pouvait défendre .

- En 2002 Mc KEE et HEALY écrivaient :
 - « *Les espoirs placés sur l'introduction de mécanismes compétitifs de marché...ne se sont pas réalisés.*
 - *Les forces du marché ont révélé les problèmes structurels mais ne pouvaient pas apporter de solution idoine, dans la mesure où les marchés se préoccupent bien plus des intérêts privés que des besoins des populations* ».
- Philippe MANIERE, directeur général de l'Institut Montaigne reconnaît lui aussi :
 - « *Même en vue d'un bonheur supérieur, aucun agent privé ne sacrifiera de lui-même son intérêt privé en renonçant à agir en homo economicus parfait sur la base des signaux qu'il reçoit* ». (Enjeux, les Echos, septembre 2006) .

Cet avis autorisé du représentant de notre plus influent « think tank » libéral sur les réformes en cours , en dit long sur la responsabilité et la compromission des politiques ou cadres de la fonction publique qui participent à brader notre système de santé

- Jean Marie CLEMENT qui dénonçait en avril 2006 le « scientisme juridico-administratif » aux conséquences anti-éthiques confirmait ses craintes « *Le raisonnement intelligent s'en remettant à la technique...on peut aisément penser qu'une nouvelle barbarie apparaîtrait, tant la technique peut être manipulée par des intérêts particuliers. C'est la technique qui doit s'adapter aux principes moraux et non l'inverse...Veut-on des choix moraux imposés par des lois économiques ? On imagine, là encore, combien la barbarie menace si les parapets éthiques ne subsistent pas* ».

Le «A chacun selon ses moyens » remplace déjà le «A chacun selon ses besoins », nous sommes au cœur de l'idéologie libérale...La pensée Hippocratique est morte avec le libéralisme. La logique de la T2A va donc tuer à très court terme la logique du SROS et renforcer les inégalités d'accès au soin.

L'attaque systématique contre les services publics, selon Yves SALESSE :

« *Doit au dogmatisme libéral* » et « *Joue de trois registres habituels* :

- *La privatisation,*
- *la libéralisation*
- *et la dégradation organisée qui prépare les deux autres* ».

L'opinion contre le libéralisme :

Malgré les difficultés programmées et les attaques venues du pouvoir politique en place lui-même, visant à dénigrer les services publics, un sondage (TNS SOFRES) effectué pour la FHF le 11 mai 2006 montrait que :

- 82% des Français ont une « bonne opinion » des hôpitaux publics (74% pour les cliniques) ;
- 77% refusent la perspective d'une « privatisation » des hôpitaux ;
- 82% jugent les moyens humains et financiers des établissements publics insuffisants.
- 42% préfèrent les grands hôpitaux très bien équipés et 45% optent pour des centres de plus petite taille, même à équipes médicales limitées, mais proches du domicile.

2 / - DES PISTES DE REFLEXION S'IMPOSENT :

- 1 / Le territoire du soin est menacé et cela nous concerne tous
- 2 / Mais aucune action isolée ou catégorielle ne suffirait à renverser la tendance
- 3 / Il faut élaborer une nouvelle définition de l'offre de soin
- 4 / Il convient de choisir entre deux définitions de la santé, dont l'une est politique

« Il va sans dire qu'il n'est pas de rapport de force sans engagement »
(Isabelle COUTANT 2006)

« Il n'est pas difficile de ne pas se tromper : Les barricades n'ont que deux côtés »

(Elsa TRIOLET)

- 1 – OUI, LE TERRITOIRE DU SOIN EST MENACE ET CELA NOUS CONCERNE TOUS :

L'organisation des territoires du soin n'est pas l'affaire des seuls idéologues de l'économie de la santé ; c'est l'affaire du corps social tout entier qui doit exiger la définition et l'application d'une politique conforme aux intérêts de tous, sans exclure les plus isolés et les plus précaires, dont la situation est révélatrice de la valeur de nos institutions et de l'humanité de leur fondement.

Pour Didier MENARD (1999) « *C'est aux médecins de s'interroger sur le rôle que leur fait jouer aujourd'hui la société. Ont-ils pour mission de réparer les personnes malades pour qu'elles supportent mieux leur misère sociale ? Ou doivent-ils avoir l'ambition de guérir des personnes en les aidant à trouver leurs propres solutions, même si ces solutions, dans certains cas, réfutent le bien fondé du libéralisme économique* »

Un directeur d'ARH n'est pas un élu mais un relais du pouvoir exécutif nommé pour appliquer une politique, comme le sont les préfets.

- Il **doit** donc «appliquer la T2A » avec toutes ses conséquences.
- Mais il est **aussi** nommé à la tête du Conseil Exécutif de l'ARH qui rédige le SROS dont il ne peut ignorer les attentes. Le SROS proposé est soumis **pour avis seulement consultatif** aux instances, elles représentatives des collectivités locales, que sont le «Comité Régional de l'Organisation Sanitaire et Sociale » (CROSS) .

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - On peut craindre que cette consultation du CROSS ne devienne, dans le régime qui nous gouverne, un simulacre de démocratie sanitaire, tant les deux logiques qui s'affrontent (SROS et T2A) semblent inconciliables. - Si la carte sanitaire est sacrifiée à la logique comptable il faudra la reconquérir, dans le cadre plus vaste d'une reconquête du service public et de l'état Social. |
|---|

Une Coordination Nationale des Comités de Défense des Hôpitaux et Maternités de Proximité, a été fondée en avril 2004 à SAINT-AFFRIQUE qui fut un des établissements menacés de fermeture. L'action de ces comités se poursuit après la sixième rencontre nationale de SAINTE FOY LA GRANDE les 8 et 9 avril 2006, une septième rencontre est prévue à GISORS (Eure) en novembre 2006 (Contact postmaster@coordination-nationale.org ;siège social Hôtel de Ville 12400 Sainte-Affrique, www.coordination-nationale.org)

L'accent des actions est porté sur l'importance de la sauvegarde des sites hospitaliers territoriaux de proximité, pour un « Réaménagement égalitaire de notre territoire national », **refusant autant le plan hôpital 2007 que le SROS 3**. Il faut tenir compte, disait Didier FASSIN (2002) de « *La population, ou plus simplement des gens* » et « *Plutôt que de disqualifier un discours qu'eux-mêmes dévalorisent...s'interroger sur la pertinence des discours, des savoirs, des compétences qu'ils développent. Sans céder à une forme de populisme, il peut y avoir là une réelle dynamique...Bien des changements...dans les systèmes de soins et de protection sociale...procèdent de cette mobilisation de ceux dont on conçoit qu'ils ont le plus intérêt, au fond, à ce que leur santé soit mieux prise en charge* ».

- **2 – MAIS AUCUNE ACTION ISOLEE OU CATEGORIELLE NE POURRAIT RENVERSER LA TENDANCE :**

Les événements observés s'inscrivent dans une dérive idéologique libérale globale dont il convient de prendre la mesure pour lui opposer une résistance, elle aussi globale et la contrer par des projets alternatifs devant reconstituer les conditions d'un contrat social authentique .

- **Le sauvetage d'une santé publique qui réduirait les inégalités sociales de santé passe par le rejet du paradigme libéral dominant.**
 - Ce fut le cas déjà par la journée européenne de mobilisation contre la directive BOLKESTEIN et pour la défense des services publics le 10 juin 2006 et succédant au rejet par la France et la Hollande du projet de traité constitutionnel européen (TCE) le 29 mai 2005.
 - La majorité de l'opinion avait perçu que « *la mise en concurrence libre et non faussée* » de l'ensemble des activités et services serait attentatoire à une construction sociale de l'Europe espérée par le plus grand nombre.
- **Il arrive que la prise de conscience de la « globalité d'un problème » émerge sur le terrain des revendications sociales, même catégorielles.**
 - Ce fut le cas lors des grandes grèves de 1995,
 - Ce fut encore le cas en 2003 avec le slogan « *Culture, santé, éducation, emploi, même combat !* ».
 - Ce fut le cas au printemps 2006 lors de la mobilisation qui a permis le retrait du Contrat Première Embauche (CPE) qui aurait effacé deux siècles d'acquis du Code du Travail.
 - C'est un des mérites du courant altermondialiste d'avoir su, mieux que ne l'avaient fait certains politiques ou syndicalistes, populariser et légitimer une manière de « **Agir local, mais penser global** ».

A ce stade et en matière de santé **le risque serait de n'adopter que la moitié du slogan en restant sur des luttes défensives locales**, dont la nécessité est évidente mais qui ne peuvent prétendre au succès durable dans le contexte de libéralisme dominant. :

- **Le « Agir local »**, c'est celui qui fonde le succès de toutes les résistances de proximité, celui des « Comités de défense » des hôpitaux de proximité, des maternités, des dispensaires. Ce type d'actions mobilise des populations concernées venues d'horizons idéologiques divers, parfois la quasi-totalité d'une population, élus compris comme ce fut le cas à Decazeville ou Saint-Affrique ; les succès remportés se basent généralement sur une approche pragmatique en relation avec les attentes des populations, mais en évitant de « politiser » le débat pour ne pas faire apparaître des clivages idéologiques ou des contradictions lorsque, par exemple, certains élus dénoncent localement les effets d'un politique qu'ils approuvent nationalement.
- **C'est bien le « Penser global et agir aussi global »** qui est seul susceptible, en dehors de la référence à une situation précise qui n'a plus que valeur d'exemple illustratif, **d'initier un changement des fondements politiques à l'origine de la situation que l'on désapprouve**. Chaque conflit local doit devenir l'occasion et le lieu d'un « *travail pédagogique* » pour démontrer la nécessité et la possibilité d'un « **Autre monde possible** ».

- **Il s'agit clairement de « réhabiliter le politique »** et d'encourager un engagement citoyen dépassant dans son champ d'exercice la seule problématique de la santé ; non par volonté d'instrumentalisation, mais **par nécessité stratégique si on veut qu'aboutissent vraiment les luttes** visant à la résistance contre le démantèlement du contrat social et à l'élaboration d'alternatives pour un « **vivre ensemble** » sur tout le territoire, ne sacrifiant aucune des solidarités fondamentales, particulièrement dans le domaine de la santé.
- **Parce que les injustices devant la maladie sont perçues comme les plus inacceptables, la bataille pour « les territoires du soin » est fondamentale.**

- **Pour Yves SALESSE : « L'appropriation sociale de toute une partie de l'outil économique est nécessaire pour orienter autrement cet outil. Son champ dépasse celui des services publics » :**
 - On ne peut éluder la question de la « **propriété** », publique ou privée des entreprises contribuant aux services
 - Et la « *délégation de service public* » ne peut être une solution si l'objectif de l'entreprise reste la valorisation du capital.

- L'approche sociale « *Ne peut se résumer à la nationalisation, elle doit englober les modalités d'un véritable contrôle populaire de la gestion et des orientations des entreprises* ». ; c'est la condition nécessaire d'une société démocratique et solidaire.
- **Enfin la défense des services publics ne peut être dissociée de la promotion de leur amélioration et il faut refuser le dogme libéral qui, au nom de la concurrence, interdirait la subvention des services publics.**

- Ce principe qui s'opposerait à la « *redistribution à visée sociale* » des revenus de l'impôt est inacceptable. Le service public est en réalité « *Une redistribution non monétaire et collective* » essentielle à la vie d'une démocratie et instrument de la citoyenneté, pour l'atténuation de toutes les inégalités, en particulier territoriales. Il est un facteur déterminant de la « *transformation sociale* » progressiste.
- Les dépenses de santé doivent être considérées, non comme un poids qu'il faut réduire, mais comme un investissement facteur de cohésion sociale et favorable au développement économique.

- **3 – UNE RE-DEFINITION DE L'OFFRE DE SOINS DANS LES TERRITOIRES EST NECESSAIRE : Elle ne peut être ici approfondie, mais des orientations peuvent être proposées :**

- Prendre en compte les besoins des populations, c'est d'abord **passer d'une logique de soin à une logique de santé**. Ceci implique d'investir massivement dans l'éducation sanitaire et la prévention, y compris par une politique environnementale et un contrôle des conditions de travail. Ceci ne peut se concevoir que dans la proximité des territoires, mais avec un indispensable soutien d'une volonté politique nationale. La « *décentralisation* » ne doit pas être une cause de disparités territoriales.
- **L'offre de soins ne peut être fondée que sur les besoins réels des populations** et non sur une approche dogmatique découlant d'une vision seulement économique en vue de la rentabilisation des activités.

- Une « **Carte Sanitaire** » doit donc être rétablie. Aucun « *désert sanitaire* » ne doit être toléré ni discrimination de populations précarisées par leur condition socio-économique ou géographique.
- **La notion de Schéma Régional d'Organisation Sanitaire** peut être conservée sous condition qu'elle autorise un **véritable contrôle démocratique**, ce qui suppose la **fin des prérogatives des ARH** et leur transfert auprès des instances élues des territoires concernés.

- **Mais le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire ne peut concerner le seul domaine des établissements de santé ;**
 - Il doit promouvoir en priorité un **accès aux soins primaires**, le développement de l'éducation sanitaire et la prévention. La prévention elle-même doit être pensée en terme de réduction des inégalités sociales et territoriales, et non seulement en terme d'accès au soin.
 - Il doit promouvoir un large **développement des réseaux à orientation médico-psycho-sociale** dans lesquels la pluridisciplinarité doit se substituer au pouvoir médical actuellement hospitalo-centré ou otage d'une médecine libérale plus soucieuse d'activité lucrative que de promotion de la santé. Les « **Centres de Santé** » en proximité des populations doivent être développés.
 - **Les programmes locaux de santé** de formes diverses doivent pouvoir s'intégrer dans les SROS et y trouver la garantie de leur financement. Des « **Chambres de santé** » doivent être créées pour permettre aux professionnels de santé, isolés ou en réseaux, de contribuer à l'estimation des besoins ressentis et , travaillant avec les services de santé publique, élaborer ensemble les orientations et activités qui devront être soutenues ou développées dans chaque territoire.
 - Certains réseaux thématiques autour de pathologies particulières gardent leur raison d'être mais ne peuvent représenter la seule modalité d'organisation ni justifier un hospitalocentrisme dans tous les cas.

- **L'hôpital public** dont les moyens et équipements doivent être renforcés ne doit rester le pivot que des soins requérant une haute technicité, **mais sans renoncer à aucune de ses missions sociales** ; pour garantir en particulier que l'accès aux soins ne soit jamais conditionné par des conditions socio-économiques des malades. Nul ne doit être contraint à avoir recours au secteur ou sont exigés des dépassements d'honoraires.

- Les « *petits hôpitaux* » dont le maintien dans les territoires doit être garanti doivent si nécessaire être mis aux normes de sécurité et renforcés dans leurs effectifs, comme des composants essentiels de l'aménagement des territoires pour des raisons qui débordent les seules raisons sanitaires, en particulier pour maintenir l'implantation des populations et des activités dans ces zones que la désertification des services publics fragilise irrémédiablement.

- **Le « Plan hôpital 2007 » dans son orientation actuelle doit être immédiatement interrompu, ainsi que la tarification à l'activité ; le secteur privé hospitalier doit également être supprimé.**
- Le retour à un « *budget global* » peut être défendu sous condition d'une évaluation objective des besoins en acceptant qu'ils soient susceptibles de croître, avec une évaluation de la qualité des pratiques ; sous contrôle d'un observatoire régional de santé dans lequel les représentants des usagers auront leur place.

- **La crise « démographique médicale »** qui sert d'alibi à une part importante des restructurations et fermetures d'établissements jugées inévitables ne sera résolue que par une **triple mesure** :

- Un déblocage très significatif du « *numerus clausus* » d'une part
- Une formation médicale initiale et continue qui doit préparer chaque professionnel à son intégration dans l'organisation sanitaire du territoire et à sa responsabilité sociale.
- Et d'autre part **l'abrogation de la « liberté d'installation »** pour qu'au terme d'études financées par l'Etat, les professionnels de santé soient répartis en fonction d'un choix sur les seuls postes définis comme correspondant aux besoins de santé publique.

- Un « *engagement de service public* » doit concerner tous les professionnels. L'actuelle « liberté » laissée à la profession a pour corollaire l'impossibilité de garantir une couverture du territoire et une permanence des soins qui ne peut plus être tolérée.
- L'intérêt général doit s'imposer devant les résistances corporatistes.

- **La concurrence actuelle entre les secteurs publics et lucratifs** doit s'éteindre par la **suppression du « paiement à l'acte »** et la détermination du juste revenu des professionnels de santé. Ceci ne sera accessible que dans le cadre de rapports sociaux radicalement transformés écartant le dogmatisme libéral.

- Une large réflexion doit s'ouvrir pour **l'intégration rapidement progressive des cliniques dans un système hospitalier public non lucratif**. Ce système serait incompatible avec une entrée en bourse et un détournement de profits au bénéfice d'actionnaires .
- **Un seul secteur conventionnel devrait persister avec abrogation du secteur 2** et de toute forme de dépassement d'honoraires, l'objectif à atteindre est celui de la gratuité.
- **Toute forme de financement public, direct ou indirect, aux établissements lucratifs doit être interrompue ou négociée en contre partie de la réintégration dans un statut public exclusif**, des établissements et des personnels, afin de ménager le maillage sanitaire performant existant.

- **Le statut des personnels de soins doit garantir leur indépendance actuellement bafouée**, en contradiction avec le Code de Santé Publique : « *Le médecin ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit* » (Art R4 127-5).

- Déjà actuellement le Conseil d'Etat a confirmé que lorsqu'une « convention » ne comportait pas de clause garantissant l'indépendance professionnelle, cela constituait une cause de nullité déontologique du contrat. Nous sommes très loin pourtant de cette prise en compte dans le statut nouveau des praticiens hospitaliers !
- Un autre article du Code de Santé Publique prévoit « *Le médecin ne peut accepter que dans la convention qui le lie à l'établissement de santé...figure une clause qui, en faisant dépendre sa rémunération ou la durée de son engagement de critères liés à la rentabilité de l'établissement, aurait pour conséquence de porter atteinte à l'indépendance de ses décisions ou à la qualité de ses soins* » (Art R4 127-92) .

- Ces éléments suffisent pour demander **l'abrogation immédiate du « Plan Hôpital 2007 » et des décrets successifs organisant la gouvernance des établissements autour de l'assujettissement des personnels à une contractualisation contraire à la Loi !**
- **La promotion du rôle des acteurs** doit être réintroduite à l'hôpital, basée sur la confiance et la motivation, avec abrogation d'une gouvernance autoritaire contre-productive et **contraire à la culture et à l'éthique des soignants.**

- **La déontologie médicale doit être réécrite**, non par les seuls médecins mais aussi par les représentants des usagers et des pouvoirs publics.
 - L'actuel Code de Déontologie prévoit bien déjà que « *La médecine ne peut s'exercer comme un commerce* » mais cette affirmation relève d'un constat humoristique au vu de l'absence de contrôle par un Ordre assujetti à l'idéologie libérale dominante.
 - Le 20 juin 2006 le président Jacques ROLAND de l'Ordre National des médecins « *s'inquiétait* » bien auprès du ministre Xavier BERTRAND du processus de nomination des praticiens hospitaliers et de la « *part variable de leur rémunération* » indexée sur leur « *productivité* », mais sans condamnation formelle ni risque d'épreuve de force ; dans la même période l'Ordre était muet sur les prétentions exorbitantes des médecins libéraux à la dérégulation des honoraires.

- Rien ne permet d'espérer une régulation des comportements des professionnels par les professionnels eux-mêmes et **l'Ordre des professions médicales doit être dissous** sans délai. Les professionnels ne doivent répondre de leurs pratiques que devant des instances publiques et non des instances corporatistes issues d'un autre âge. (Voir contribution nos 17 de l'auteur)

- **L'économie de la santé doit s'affranchir des contraintes de l'AGCS** : Les missions de service public et en particulier de santé et protection sociale doivent échapper totalement au secteur marchand lucratif et spéculatif.

- Le financement de ces activités doit être au centre d'une redéfinition de la fiscalité au niveau national comme au niveau européen pour garantir partout un haut niveau de protection et un service visant à atténuer puis faire disparaître les inégalités territoriales.

- **4 –IL EXISTE DEUX CONCEPTIONS DE LA SANTE QUI PEUVENT SERVIR DE GUIDE ET DE CONCLUSION A CES REFLEXIONS :**

- **La première, négative**, correspond à « *L'absence de maladie* » ; elle incite à attendre le déclenchement d'une pathologie, parfois a en encourager le dépistage, **pour lui opposer une médecine qui ne se veut que curative et représente un marché par nature lucratif**, car basé sur la consommation de médicaments et prestations diverses. Dans cette approche il devient logique de « faire confiance » aux professionnels de santé et aux organisateurs présumés compétents et vertueux du système de soins.

- **C'est cette attitude qui nous a mené à la T2A et à l'hôpital-entreprise dévoyé par un SROS soumis aux lois du marché.**

- **La seconde est positive**, elle est plus proche de la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé : « *Bien être physique, mental et social* ». Cette deuxième conception plus ambitieuse, voire utopique, ne refuse pas le soin mais ne prévoit son intervention qu'en cas de pathologie qui n'a pu être évitée ; la clef de la santé résidant en amont.
- **Toute l'attention doit donc légitimement être portée sur les déterminants du « mal être »**, physique, mental ou social.
- **Le meilleur système est donc celui qui évite les pathologies et assèche le marché du soin.**
- Il va de soi que dans cette approche, la santé n'est pas l'affaire des seuls médecins, mais de tous ceux qui portent une responsabilité dans le maintien de ce « *bien être* » ou dans sa dégradation.

- **La question de la santé devient dès lors une « question politique » centrale dans la société, appelant des propositions et mesures relevant des choix démocratiques .**
- **La question de la santé doit échapper à une appropriation par les professionnels eux mêmes.**
- **Elle doit aussi échapper à une appropriation par les acteurs « du marché ». L'idée même du partenariat public-privé, dans cette conception sonne comme un contresens.**

- **C'est bien la dépolitisation des professionnels eux-mêmes et la dépossession des citoyens qui rend possible la prédominance du premier modèle.** La faiblesse des résistances est une conséquence de la faiblesse des analyses, qui culmine même dans l'absence de projet de société sérieux, concernant les problèmes sanitaires, dans les programmes de partis politiques prétendants pourtant à l'alternance...
- L'épisode du rejet du projet de traité constitutionnel européen nous a montré que la maturité d'un peuple pouvait dépasser celle de ses élus et que la résignation n'était pas de mise.
- **C'est le corps social tout entier qui doit se réapproprier un pouvoir d'élaboration, de décision et de contrôle conforme aux intérêts du plus grand nombre, en particulier pour le maintien des moyens de l'équité sur l'ensemble du territoire. L'objectif est une réduction des inégalités sociales de santé encore persistantes, mais aussi la promotion de la santé par l'amélioration des conditions d'environnement, de vie et de travail.**

BIBLIOGRAPHIE :

1. ALLOUX Patrick, LAMOUR Alain – Hôpital Public , silence on privatise ! – Association Agir 2006
2. BE NKIMOUN Paul , DELBERGHE Michel – Les hôpitaux dans la course à la rentabilité – Le Monde 23 février 2006 (et dossiers et documents nos 356, septembre 2006)
3. BENZ Stéphane – Les hôpitaux malades du déficit – L'expansion nos 703 décembre 2005
4. BERTRAND Xavier – Discours « salon hôpital expo » 16 mars 2006 www.sante.gouv.fr
5. BLANCHARD Sandrine – L'égal accès aux soins n'est plus assuré- Le Monde 26 janvier 2006 (et dossiers et documents nos 356, septembre 2006)
6. BOURDIEU Pierre – Pour sauver le système de santé – Pratiques nos 8, décembre 1999
7. BOUTIH Fatima – La mission des habitants relais – Pratiques nos 20, janvier 2003
8. BRUNIER Jacques – L'exercice du métier de directeur d'hôpital et son évolution – Gazette de l'hôpital nos 61, avril 2006
9. CADEAU Emmanuel – Région et démocratie sanitaire, quels rapports ? – Rev. Générale de Droit Médical, Les Etudes Hospitalières, 9 mars 2003
10. CAILLE Alain – La révolte contre la déshumanisation de la médecine – Pratiques nos 19, octobre 2002
11. CASTEL Robert – L'insécurité sociale, qu'est-ce qu'être protégé ? – Coll. La république des idées, Ed Le SEUIL , Paris 2003
12. CHEVALIER Anne – Les défis du management de la qualité dans les institutions sociales et médico-sociales, la qualité comme antidote du risque idéologique- Empan nos 61 mars 2006
13. CHOMSKY Noam – Le profit avant l'homme - Ed Fayard, Fait et cause 10-18,2003
14. CLEMENT Cyril - Le bail emphytéotique administratif des établissements publics de santé : Un statut législatif depuis le 4 septembre 2003 – La Gazette de l'hôpital nos 48 février 2004
15. CLEMENT Jean Marie – Les activités de soins soumises à autorisation et la planification sanitaire- Gazette de l'hôpital nos 44 juin 2003
16. CLEMENT Jean Marie – La Tarification à l'activité (T2A) – La Gazette de l'hôpital nos 48 février 2004
17. CLEMENT Jean Marie – Les répercussions de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 dans le champ du Droit hospitalier – Gazette de l'hôpital nos 55 avril 2005
18. CLEMENT Jean Marie - Petit lexique de l'ordonnance nos 2005-406 du 2 mai 2005 – Gazette de l'hôpital nos 57 août 2005
19. CLEMENT Jean Marie – L'hôpital, la technique et l'éthique- Gazette de l'hôpital nos 61 avril 2006
20. COHEN Daniel – Trois leçons sur la société post industrielle- Ed Le SEUIL, Paris 2006
21. COUDREAU Dominique – L'hôpital réinventé – Ed Institut Montaigne , janvier 2004
22. COUTANT Isabelle – Croire au changement social – Pratiques nos 33, avril 2006
23. DE BEER Patrice – Médecins et patients américains dénoncent la « médecine de marché » - Le Monde 26 novembre 1999
24. DE KERVASDOUE Jean – L'hôpital – Ed Presse Universitaire de France (PUF), Paris, collection Que sais-je ? 2004
25. DE KERVASDOUE Jean – L'hôpital vu du lit – Ed Seuil, Paris 2004
26. DOMIN J-P – Le palmarès hospitalier ou la marche forcée vers le marché de la santé- Mouvements, 2005

27. DOPPIA Max André – L'hôpital public-entreprise ? – PHAR Journal du Syndicat National des Praticiens Hospitaliers Anesthésistes réanimateurs, nos 37 juin 2006
28. DOZON Jean Pierre, FASSIN Didier – Critique de la santé publique, une approche anthropologique- Balland Ed 2001
29. DUBET François – Les inégalités multipliées – Ed L'Aube, 2000
30. ESPER Claudine – La nouvelle gouvernance hospitalière – Responsabilité vol 6 nos 21 mars 2006
31. FASSIN Didier – De l'assurance maladie aux inégalités de santé – Pratiques nos 17, avril 2002
32. EVIN Claude – Discours du président de la FHF, journée d'automne de l'UHRIF , 21 novembre 2005
33. GARRET-GLOANEC Nicole – Quelle gouvernance pour l'hôpital ? Med. Hop. Publics nos 204 mars-avril 2005
34. GAUCHET Marcel – La société d'insécurité- In Face à l'exclusion : Le modèle français, Ed Le SEUIL, Paris 1991
35. GAULEJAC Vincent de – La part maudite du management : L'idéologie gestionnaire – Empan nos 61 mars 2006
36. GUEDE Alain – Les cliniques se font une insolente santé sur le dos de l'hôpital – Canard enchaîné 23 novembre 2005
37. GRIMALDI André – PIETTE J-C – Médecins hospitaliers : aux sources du malaise – La Revue de Médecine Interne, 25 2004 p689-709
38. GRIMALDI André – Réinventer l'hôpital public, contre l'hôpital entreprise – Ed Textuel 2005
39. GRIMALDI André – Hôpital 2005 viole l'éthique médicale – L'Humanité , 9 novembre 2005
40. GRIMALDI André – Hôpital Public, Hôpital entreprise – Marianne 14 1 2006
41. GRIMALDI André – Contre la réforme Hôpital 2007 : Propositions pour une alternative – in Les notes de la fondation Copernic : Pour sortir du libéralisme, Ed Syllepse 2006 p 117-141
42. GRIMALDI André, TIMSIT José – Hôpital entreprise contre hôpital public, une contre réforme au nom de l'égalité des citoyens - Le Monde Diplomatique, septembre 2006
43. HART Olivier, SHEIFER Andrei, VISHNY Robert – The proper scope of governments – Quarterly Journal of Economics , 1997
44. HAZAN Eric – LQR, la propagande au quotidien. Ed Raison d'agir février 2006
45. JENNAR Raoul Marc – Europe : Contre la libéralisation des services – Pratiques nos 26, avril 2004
46. JENNAR Raoul Marc – Alerte, l'UE attaque de nouveau la sécu et les services sociaux , 2 mai 2006 / www.urfig.org ou www.michelcollon.info .
47. KANAVOS P, Mc KEE M – Macroeconomic constraints and health challenges facing health systems in European region – in FiguerasJ, Saltman R, Sakallerides C eds- Critical challenges for health care reform- Open University Press 1998 p 23-52
48. KOEBEL Michel – Le pouvoir local ou la démocratie improbable – Ed du croquant 2006
49. KEE Mc M, HEALY J – Réorganisation des systèmes hospitaliers : Leçons tirées de l'Europe de l'ouest- Revue Médicale de l'Assurance Maladie vol 33 nos 1 janvier-mars 2002 (37 ref)
50. LAGUILLAUME Claude – Les habitants au cœur du réseau – Panorama du médecin, 10 avril 2006
51. LANCRY PJ, SANDIER S – Rationing health care in France – Health Policy 1999- 50 p 23-28
52. LANDRIEU Pierre – Cinq raisons contre la T2A – Quotidien du Médecin, 6 avril 2006
53. LEFEBVRE Madeleine, PAGES Martine – Educateurs et soignants, le risque d'un désengagement – Empan nos 61 mars 2006
54. LE GOFF Jean Pierre – Le mythe de l'entreprise, critique de l'idéologie managériale – Ed La découverte 1996
55. LE GOFF Jean Pierre – La barbarie douce , Ed La découverte 1999
56. LORTAT-JACOB A – Les réformes à l'hôpital – Le serment d'Hippocrate nos 29 mai 2005
57. MACE Jean Marc, KERVASDOUE Jean de – Des secteurs sanitaires aux territoires de santé – Quotidien du médecin, 5 avril 2006
58. MAGOCA Jean Louis – Que faut-il faire du management ? – Empan nos 61 mars 2006
59. MALINGRE Virginie – La complémentaire de luxe d'AGF suspendue- Le Monde 16 avril 2006
60. MANTOVANI Jean – Politiques « globales » de la vieillesse et décentralisation – Empan nos 52 décembre 2003
61. MARIOTTI Jean Alain – Quels nouveaux besoins, quelle nouvelle organisation pour les services publics ? – Gazette de l'hôpital nos 61, avril 2006
62. MATHO Yves, JANVIER Roland – Figures du directeur et enjeux de la fonction- Empan nos 61 mars 2006
63. MENARD Didier – Libéralisme, une nouvelle pathologie ? – Pratiques nos 8, décembre 1999
64. MENARD Didier – Pourquoi les réseaux dérangent – Pratiques nos 8, décembre 1999

65. MENARD Didier – Les réseaux de santé et la CNAM, une relation conflictuelle- Pratiques nos 17, avril 2002
66. MENARD Didier – Ces institutions qui sabotent les réseaux –Pratiques nos 22, juillet 2003
67. MOLINIE Eric – Repenser l'hôpital public – La tribune 12 octobre 2005
68. MULLER Patrice – Le local, tenant et aboutissant de la réforme de l'assurance maladie – Pratiques nos 17, avril 2002
69. NATHAN Tobie, STENGERS Isabelle – Médecins et sorciers – Ed Les empêcheurs de penser en rond, Paris 1999
70. OBENDORF Henri – La réforme des services de l'Etat sur le territoire ou l'Etat territorial – in Regards sur l'Actualité, la documentation française, nos 313 août-septembre 2005
71. OURY Jean – Logique managériale ? – Empan nos 61 mars 2006
72. PIGANEAU Karine – La CNAM débusque ses premières fraudes à la T2A – Quotidien du médecin, 21 juin 2006
73. PIGNARRE Philippe – Comment sauver vraiment la sécurité sociale – Ed La Découverte, 2004
74. POLONY Natacha – Six remèdes de cheval pour sauver l'hôpital – Marianne 17 juin 2006
75. RANCIERE Jacques – La haine de la démocratie – Ed La fabrique 2005
76. RICHAUD Jacques – Formation des soignants : Au péril du libéralisme – Pratiques nos 9, avril 2000
77. RICHAUD Jacques – Tel est médecin, tel est patient...télé-émotion – Pratiques nos 16, janvier 2002
78. RICHAUD Jacques – Libéralisme et Santé, les trois offensives- Contribution nos 10, février 2000
79. RICHAUD Jacques – Libéralisme-Santé-Protection Sociale : Un enjeu exemplaire. Alerte , la réforme est en marche – Contribution nos 13, février 2004 et Parcours, Cahiers du GREP nos 29-30 2003-2004
80. RICHAUD Jacques – Santé-Protection Sociale. Contre réforme libérale : Les mots de l'imposture. Péril libéral-péril global- Contribution nos 14, mars 2004
81. RICHAUD Jacques – 1994-2004- Une alternative globale à bâtir sans oublier les leçons du passé- Contribution nos 15, mars-avril 2004
82. RICHAUD Jacques – Société cancérigène : Fatalité ou enjeu politique ?- Contribution nos 16, décembre 2004 et Pratiques nos 25 avril 2004,26 juillet 2004 et 28 janvier 2005 et La Revue de Santé Publique et de Protection Sociale, pcf ,Nos 6 mars 2005
83. RICHAUD Jacques – Déontologie et citoyenneté : Pour une résistance et une alternative – Contribution nos 17, juin 2005 et in Parcours , Cahiers du GREP nos 23-24, 2000-2001
84. RICHAUD Jacques- Réforme de l'hôpital public, la fuite en avant idéologique- Contribution nos 18, septembre 2005
85. RICHAUD Jacques – Docteur SROS et Mister T2A, le territoire assassiné – Pratiques nos 35, octobre 2006
86. SALESSE Yves – Etendre et démocratiser les services publics – in Les notes de la fondation Copernic : Pour sortir du libéralisme 2006 Ed Syllepse p 77-86
87. SERRE Marina – De l'économie médicale à l'économie de la santé- Genèse d'une discipline scientifique et transformation de l'action publique- Actes de la Recherche en Sciences Sociales nos 143 juin 2002
88. TANTI-HARDOUIN Nicolas – La recomposition de l'offre hospitalière – Cahiers français nos 324, la documentation Française, janvier-février 2005, p 60-65
89. SILBER Denise – Hôpital, le modèle invisible – Note Ed Institut Montaigne, juin 2005
90. VOLLAIRE Christiane – L'espace public entre libéralisme et totalitarisme – Pratiques nos 22, juillet 2003
91. VOLLAIRE Christiane – Rationalité économique et réalité sociale – Pratique nos 23, septembre 2003
92. WORMS Jean Pierre – Le management sauvera-t-il le service public ? – Empan nos 61 mars 2006

Textes législatifs :

1. Ordonnance no 2003-850 du 4 septembre 2003 « Portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou services sociaux ou médico-sociaux ».
2. Circulaire DHOS/O no 2004-101 du 5 mars 2004 relative à « L'élaboration du SROS de troisième génération ».
3. Arrêté du 27 avril 2004 fixant la liste des matières devant figurer dans les SROS.
4. Loi no 2002-2003 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
5. Loi no 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.
6. Loi no 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.
7. Décret no 2005-76 du 31 janvier 2005 relatif aux objectifs quantifiés de l'offre de soins.
8. Décret no 2005-434 du 6 mai 2005 relatif à l'organisation et à l'équipement sanitaires.

9. Circulaire DHOS/O no 2005-254 du 27 mai 2005 relative « A l'élaboration des objectifs quantifiés de l'offre de soins »

Dans les revues :

- Esprit , novembre 2003, nouvelles inégalités et protection sociale
- Manière de voir- Le Monde Diplomatique nos 33 février/mars 2004 : Apartheid Médical.
- Actes de la recherche en sciences sociales – Politique des espaces urbains, penser, classer, administrer la pauvreté – Nos 159 , septembre 2005
- Cahiers Français, la Santé – nos 324 , la documentation française janvier-février 2005
- La documentation Française nos 885- février 2003, Droits des malades, vers une démocratie sanitaire ?
- La documentation Française nos 895 – décembre 2003 – Décentralisation et expérimentations locales
- La documentation Française- Regards sur l'actualité- nos 313 aout-septembre 2005 – La réforme de l'Etat territorial
- La documentation Française nos 913- juin 2005, La gouvernance de la Sécurité sociale
- Empan, Espaces du Social et du Soins, lieu/non-lieux , nos 54 juin 2004
- Empan, Management et idéologie managériale, nos 61 mars 2006
- Pratiques, L'hôpital, nos 39 1^{er} trimestre 1995
- Pratiques- Les cahiers de la médecine utopique : Nos 8 La santé n'est pas à vendre, décembre 1999/ Nos 9, L'hôpital en crise, entre contrôle technocratique, pouvoir médical et logique marchande, avril 2000/ Nos 13, La médecine et l'argent, avril-mai 2001/ Nos 17 Des remèdes pour la sécu, avril 2002/ Nos 22 La santé un enjeu public, juillet 2003/ Nos 23 Ils vont tuer la sécu, septembre 2003/ Nos 27 Faire autrement pour soigner, du soin vers la santé, des alternatives maintenant, octobre 2004/ Nos 28 Les pouvoirs en médecine, collusions et contre-pouvoirs, janvier 2005/ Nos 29 Guide pratique contre les méfaits de la réforme de l'assurance maladie, avril 2005/ Nos 35 Espaces, mouvements et territoires du soin, octobre 2006
- Les notes de la Fondation Copernic – L'appropriation sociale- Ed Syllepse 2002
- Les notes de la Fondation Copernic – Assurance-Maladie : la privatisation programmée, résister et reconstruire un système de santé efficace et solidaire – Ed Syllepse 2005
- Les notes de la Fondation Copernic – Pour sortir du libéralisme – Ed Syllepse 2006
- Site de référence : <http://www.sante.gouv.fr> (Politiques de santé) ; <http://www.parhtage.sante.fr> (Etudes thématiques) ; <http://www.assemblee-nationale.fr> (Rapports divers)
- Observatoire des inégalités- Editeur d'une lettre périodique d'information : www.inegalites.fr

Rapports :

1. ANAES – Les coûts de la qualité et de la non-qualité des soins dans les établissements de santé : Etat des lieux et propositions. – ANAES juillet 2004
2. AUDRIC Sophie, BUISSON Guillemette, HAURY Brigitte – La spécialisation des établissements de santé en 2003 – Direction de la Recherche des Etudes de l'Evolution et des Statistiques (DREES) nos 374 février 2005
3. BRUCKER G, CANIARD E – Rapport des Etats Généraux de la Santé septembre 1998-avril 1999, comité National d'orientation, Paris 1999
4. CANIARD Etienne – La place des usagers dans le système de santé- Rapport du secrétaire du comité d'orientation nationale des Etats Généraux de la Santé, secrétariat d'Etat à la santé, 2000
5. Colloque : Premières rencontres des villes pour la santé publique – Ministère de la santé, Paris 23 novembre 2005
6. COHUE Sylvie, LEQUET-SLAMA Diane et VOLOVITCH Pierre – Réformes des systèmes de santé allemand, néerlandais et suisse et introduction de la concurrence- Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) nos 455 novembre 2005
7. CORNILLEAU Gérard – Rapport de l'observatoire français des conjonctures économiques pour l'Assemblée Nationale, 2004
8. COUANAU René – L'organisation interne de l'hôpital – Rapport d'information à l'Assemblée Nationale, nos 358 mars 2003
9. DEBROSSE Denis, PERRIN Antoine, VALLANCIEN Guy – Mission sur la modernisation des statuts de l'hôpital public et de sa gestion sociale – Rapport Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, 2003
10. DRESS, Etudes et résultats - Etat de santé et recours aux soins des bénéficiaires de la CMU - nos 294 , mars 2004

11. DRESS, Etudes et résultats – Les bénéficiaires de la CMU au 30 décembre 2003 – nos 381 , mars 2005
12. JEGOU Jean Jacques – Rapport sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 – Rapport Sénat nos 71, 9 novembre 2005
13. MOLINIE Eric – L'hôpital public en France : Bilan et perspectives – Avis et rapport du Conseil Economique et Social, 2005
14. La Tarification à l'activité- Modèle d'allocation des ressources et modalités de mise en œuvre- Hôpital 2007-Mission T2A- Ministère de la santé de la famille et des personnes handicapées, octobre 2003 (52 pages)
15. Fédération Hospitalière de France – Analyse des reports de charges 2003 dans les hôpitaux – Rapport 2004
16. Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie – Analyse des coûts à l'hôpital – Rapport mai 2004
17. Hôpital 2007 – Conséquences régionales de la nouvelle tarification sur les organisations et les pratiques médicales – ICARE Formation (Interactive Concrète et Adaptée aux Réalités Economiques), Toulouse 20 octobre 2004
18. LAIGUILLON - AGCS , Maintenant ou jamais plus ! ! juillet 2006 www.e-torpedo.net
19. TASCA Catherine – Pour les services publics en Europe- Une directive cadre sur les services d'intérêt général – Rapport du Sénat nos 257, 17 mars 2005
20. VALLANCIEN Guy – L'évaluation de la sécurité, de la qualité et de la continuité des soins chirurgicaux dans les petits hôpitaux publics en France – Rapport à l'attention de Monsieur Xavier Bertrand, ministre de la santé et des solidarités- Paris 3 avril 2006
21. Hôpitaux publics et cliniques privées- Une convergence tarifaire faussée- FHF, novembre 2005 (29 pages)
22. VASSELLE Alain – Réforme de l'assurance maladie, les nouveaux outils de la régulation – Rapport Sénat nos 11 2005/2006

SOMMAIRE :

PREAMBULE : Malaise dans les territoires du soin ; les deux logiques de la T2A et du SROS sont-elles compatibles ?	1
RESUME	
CHAPITRE I : LA CONSTRUCTION DES TERRITOIRES DU SOIN	3
- 1/ - La vision historique longue	
- 2/ - La rupture conceptuelle libérale	5
• Aspects historiques	
• Conséquences politiques et philosophiques	6
- 3/ - L'histoire singulière des réseaux	7
CHAPITRE II : LE NOUVEAU PARADIGME LIBERAL	9
- 1/ - Une rupture dans le contexte de la mondialisation	
- 2/ - Les outils mis en place, l' hôpital entreprise	10
- 3/ - Les autres analyses possibles	11
• 1 – En santé publique	
• 2 - En sociologie	12
• 3 - Un enjeu démocratique	
- 4/ - Le territoire local n'est plus une priorité	13
CHAPITRE III : La mise en œuvre a été progressive	14
- 1/ - Les SROS un et deux	
- 2/ - Le SROS de troisième génération	
- 3/ - Une évolution qui a demandé de profonds changements culturels	15
• 1 – L'idéologie managériale	
• 2 – Le formatage de la pensée des acteurs	16
• 3 - Un formatage juridique singulier	
• 4 – Une autonomie des professionnels reniée	
- 4/ - Une contre réforme appuyée sur une succession de réformes législatives	17
- 5/ - La dimension européenne du débat est primordiale	19
CHAPITRE IV : L'ERE DE LA T2A EST ARRIVEE	22
- 1/ - Une ambition	
- 2/ - Des principes	
- 3/ - Des inquiétudes	24
- 4/ - Une menace particulière sur les MIGAC	25
- 5/ - La fuite en avant idéologique se poursuit	26
CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES	28
- 1/ - Le constat est sévère	
- 2/ - Des pistes de réflexion s'imposent	30
• 1- Oui, le territoire du soin est menacé	
• 2- Aucune action isolée ou catégorielle ne peut renverser la tendance	31
• 3- Une redéfinition de l'offre de soins dans les territoires impose des changements multiples	32
• 4- Il existe bien deux conceptions de la santé, dont l'une est politique	34
BIBLIOGRAPHIE	35
- Articles	
- Textes législatifs	
- Dans les revues	
- Rapports	
SOMMAIRE	40