

Hôpital 2007 ou la privatisation rampante du service public hospitalier

Jean-Paul Domin (1)

À grand renfort de communication, la réforme hospitalière, pompeusement appelée plan Hôpital 2007, est présentée comme une nécessité à ne pas refuser sous peine de se voir taxer de retardataire ou de rétrograde.

Le développement d'un argumentaire libéral à propos de l'organisation hospitalière s'inscrit dans un mouvement plus général concernant les changements du système de santé. Ce plan considère la responsabilisation des acteurs comme une panacée et s'inscrit dans la perspective de la nouvelle gouvernance. Le désengagement croissant de l'État du secteur hospitalier a favorisé, en effet, l'essor d'un discours gestionnaire articulé autour du concept d'hôpital-entreprise. Ce dernier ne permettra vraisemblablement pas de sortir de la crise actuelle, mais il risque au contraire de l'aggraver. Le plan Hôpital 2007 couronne une vingtaine d'années de réformes libérales et constitue une véritable remise en cause de l'hôpital public. Mais, plus gravement, le désengagement de l'État de ses missions de santé publique préfigure une privatisation plus inquiétante.

La remise en cause du statut public des hôpitaux

La littérature économique est envahie depuis de nombreuses années par la notion de contrat. L'hypothèse principale repose sur l'existence d'asymétries d'informations. Ainsi, les agents n'auraient-ils pas le même niveau d'informations. La contractualisation doit, selon les économistes libéraux, réduire le comportement opportuniste des agents en incitant ceux qui possèdent l'information à la partager. Elle doit s'appliquer à un double niveau, entre l'agence régionale de l'hospitalisation et la direction de l'établissement (contractualisation externe) et entre la direction et les médecins (contractualisation interne). La contractualisation externe doit encadrer les relations entre les hôpitaux et leur tutelle. L'idée est d'inciter le directeur d'établissement à collaborer pleinement avec l'Agence. Depuis l'ordonnance du 4 septembre 2003, les établissements passent un contrat d'objectifs et de moyens avec les

agences régionales de l'hospitalisation (ARH). En échange de possibilités nouvelles d'investissements, ils doivent respecter les contraintes budgétaires émises par les agences. Pour ses partisans, la contractualisation est synonyme de souplesse et de rapidité. Mais dans les faits, les



agences mènent une politique de restriction budgétaire et restructurent les petits établissements. L'étape suivante sera de mettre en concurrence les établissements sur un type de pathologie afin de privilégier les plus productifs. Dans le même ordre d'idées, les directions d'établissement passeront avec leurs services, regroupés désormais en pôle d'activités, des contrats d'objectifs portant sur l'activité, la

qualité et les finances (contractualisation interne). Ici la logique est d'inciter les praticiens à coopérer avec les directions. La circulaire du 13 février 2004 prévoit clairement la mise en œuvre d'une délégation de gestion et d'une politique d'intéressement. Toutefois, les chefs de pôle élus par leurs confrères ne pourront pas déterminer leur projet eux-mêmes. Ils constitueront une nouvelle caste mandarinale, sélectionnée non plus sur ses compétences médicales, mais sur son aptitude à respecter les décisions administratives. Plus grave encore, le ministère divise gestionnaires et médecins pour mieux régner. Enfin, la tarification à l'activité constitue le dernier volet de la réforme. Pour ses partisans, cette technique de gestion privée doit permettre de responsabiliser les acteurs. Mais cette méthode présente des risques. Elle favorise les pratiques d'écrémage et de sélection des malades. En ce sens elle est sacrificielle : elle privilégie les jeunes par rapport aux vieux, les forts par rapport aux faibles. Elle avantage implicitement les malades à faibles coûts face à ceux atteints de pathologies plus lourdes. D'autre part, la tarification à l'activité ne permet pas de garantir la qualité des soins dans la



mesure où les établissements se feront concurrence sur les prix et seront donc incités à sacrifier la qualité des soins. L'exemple anglais est toujours là pour nous le rappeler. Cette méthode doit être mise en perspective avec la réforme du système d'assurance maladie. Les hôpitaux pourront, dans un avenir plus ou moins proche, vendre aux réseaux organisés par les assurances privées et les mutuelles des produits de santé. Le plan Hôpital 2007 est présenté par ses partisans comme une innovation majeure, mais les solutions proposées ont déjà fait l'objet d'expérimentations. Dès le milieu des années 1980 Jean de Kervasdoué, directeur des Hôpitaux de 1982 à 1986 et partisan de la thèse de l'hôpital-entreprise, a fustigé le cadre par trop rigide de la fonction publique hospitalière et a développé une conception gestionnaire de l'hôpital. Cette logique s'est traduite dans le décret du 11 août 1983 par l'instauration de centres de responsabilité et par la mise en œuvre d'une direction participative par objectifs. La réforme de 1991, initiée par Gérard Vincent directeur des Hôpitaux à l'époque et aujourd'hui Délégué général de la Fédération hospitalière de France, a encore accentué cette dérive managériale (démarche marketing, cercles de qualité, projet d'établissement...). Toutes ces solutions ont échoué. La conception strictement gestionnaire de la médecine a provoqué une réaction de rejet chez les praticiens et les pouvoirs publics ont évacué trop rapidement les questions culturelles. Or ce sont sur elles qu'achoppent les tentatives de réformes. Les projets d'établissements et le management participatif ont, quant à eux, généré de nombreuses déceptions, bon nombre de personnes estimant ne pas avoir été écoutées. Ainsi, les mesures envisagées écartent-elles les notions essentielles de la médecine (confiance, intimité) pour se focaliser uniquement sur la seule gestion comptable de la santé.

La privatisation programmée de l'hôpital public

L'heure est à la critique de l'État et des services publics. Le plan hôpital 2007 s'inscrit dans cette problématique. La mission sur la modernisation des statuts ne propose-t-elle pas à l'État qu'un rôle « d'arbitre et de garant de la cohérence générale du dispositif » ? Dans le même temps, l'un des rédacteurs de ce rapport, Guy Vallancien va plus loin en affirmant dans les colonnes du *Monde* du 14 septembre 2002 « qu'il n'y a pas d'autres solutions que d'abolir le statut public de l'hôpital pour lui permettre l'adaptation au monde moderne de management qui lui fait tant défaut ». Bien sûr cette campagne de communication n'est pas terminée.

Dominique Coudreau, conseiller maître à la Cour des comptes, ancien directeur de l'ARH d'Île-de-France et aujourd'hui conseil d'une think tank (l'Institut Montaigne) propose d'étendre encore le pouvoir des ARH et corrélativement de diminuer le pouvoir de l'État. Gérard Vincent y va lui aussi de son petit couplet : « Je suggère même qu'on aille plus loin encore : pourquoi ne pas transformer les hôpitaux publics en établissements privés à but non lucratif, tout en conservant notre mission de service public (continuité des soins, services d'urgence, accueil des plus démunis) ? C'est aux pouvoirs politiques, maintenant de prendre leurs responsabilités. Faute de quoi on arrivera progressivement à un système à l'anglaise ». Ce point de vue est significatif d'une certaine malhonnêteté intellectuelle. La réforme mis en œuvre par les libéraux anglais en 1991, devrait servir de leçon. Avant cette date, le système fait figure d'épouvantail pour les libéraux

français. Il est financé par l'impôt et met à la disposition de l'ensemble de la population des soins gratuits. Les établissements hospitaliers ont le monopole des consultations spécialisées et des examens complémentaires et sont financés par des mécanismes d'enveloppe globale. Depuis 1991, le financement public est directement versé à des agences régionales qui sont chargées de les répartir aux établissements après une mise en concurrence. Les hôpitaux publics sont désormais privés (NHS Trusts). Ils vendent des services de soins aux agences ou aux cabinets de groupes (cabinets de généralistes de plus de 10 000 patients) qui achètent des soins pour le compte de leurs patients. Mais la réforme a considérablement restreint les capacités financières des établissements qui doivent limiter leurs investissements. Les hôpitaux sont mis en concurrence et restent sous la pression constante des acheteurs de soins. La diminution des coûts qui en résulte se fait donc au détriment de la qualité des services médicaux et favorise l'éviction des malades atteints de pathologies lourdes et donc coûteuses. Les files d'attente, symbole de l'ancien système public, n'ont toujours pas disparu. Enfin, le principe de soins gratuits est progressivement remis en cause. Aujourd'hui, peu de personnes peuvent bénéficier de la gratuité totale. À plus ou moins long terme, le plan Hôpital 2007 se traduira également par le développement d'une médecine à deux vitesses. Quasiment sans concertation, le ministère de la Santé poursuit son travail de sape. Commencée par Jean-François Mattei, cette opération est poursuivie par Philippe Douste-Blazy sous la forme d'ordonnance pour éviter toute discussion. Elle est stratégiquement bien menée dans la mesure où elle dissocie l'assurance maladie, l'hôpital et le système de santé publique. La campagne de communication qui l'accompagne insiste sur la responsabilisation des acteurs comme objectif prioritaire. Dans un avenir plus ou moins proche cette logique devrait se révéler sans issues. ■

1. L'auteur est maître de conférences en sciences économiques à l'Université de Reims Champagne-Ardenne. Dernier ouvrage paru : J. Caudron, J.-P. Domin, N. Hiraux, C. Mills, M. Maric, " Main basse sur l'assurance maladie ", Note de la Fondation Copernic, Paris, Éditions Syllepse, 2003.

2. Debrosse D., Perrin A., Vallancien G., Rapport de la Mission sur la modernisation des statuts de l'hôpital public et de sa gestion sociale, Paris, ministère de la Santé, 2003.

3. Vallancien G., " Hôpital public : brisons le grand tabou ", *Le Monde*, 14 septembre 2002, p. 18.

4. Interview de Gérard Vincent, *L'Express*, 27 février 2003, p. 74.