

SOMMAIRE

- Page 2 : Naissance de l'hôpital moderne (1941-1983)
- Page 3 : L'encadrement des dépenses hospitalières (1983-1991)
- Page 4 : Une nouvelle planification hospitalière (1991-1997)
- Page 5-6 : Hôpital 2007 : Restructurations, "maîtrise négociée des dépenses de santé" et nouvelle gouvernance
- Page 7 : La loi de modernisation de notre système de santé (2015)
- Page 8 : L'enterrement de l'hôpital moderne ?

De la naissance de l'hôpital moderne à son enterrement ?

Une brève histoire du soin !

EDITO

En France dès le XVI^{ème} siècle, moment où il s'institue de manière significative, **l'État marque sa préoccupation pour le soin** et le mieux-être des personnes en souffrance. Elle s'exerce alors selon une conception religieuse de bienfaisance, mais aussi déjà une certaine idée laïque d'assistance et de solidarité, notamment au sein des corporations.

Avec **le virage structurel de la Révolution française** et le fondement des principes de l'état moderne, le nouveau pouvoir central tente de placer cette préoccupation sous contrôle de la puissance publique.

S'accélère dès lors l'évolution déjà engagée qui aboutira au rapprochement des pratiques médicales et des interventions techniques exercées au domicile du malade de celles attachées au refuge offert aux indigents.

Elle vise à les réunir en **un seul lieu pour leur action conjointe et concertée d'hébergement, de protection et de soins des pauvres et des faibles**. Les deux approches parviennent à se lier, se conjuguer et enfin se compléter dans des métiers en cours de professionnalisation, pour inventer le sens de l'hôpital actuel. Manque toujours la ressource financière commune, fiable et durable pour garantir leur accès à tous.

Avec les grands chocs de l'histoire économique et humaine au cours des XIX et XX^{ème} siècles et les antagonismes qu'ils engendrent, cette orientation se confirme et se structure radicalement.

L'évolution du droit des personnes et des devoirs de l'État implique désormais des patients citoyens et des personnels aux métiers identifiés et reconnus.

L'enjeu financier soumet clairement les orientations idéologiques du moment et la santé devient une composante forte des choix économiques, des stratégies politiques et des luttes sociales.

Les différents textes qui couvrent la période de 1941 à 2015 reflètent l'état de ces alliances, de ces forces et de ces choix politiques et sociaux au travers des circonvolutions des choix de l'État à la manœuvre.

André ROYER et Guy MALLIÉ

Secrétaires Généraux « retraités » du syndicat CGT de Cadillac.

L'HÔPITAL PUBLIC EN CRISE



► **Naissance de l'hôpital moderne (1941-1983)**

Aussi, n'est-ce pas le hasard qui préside à l'arrivée de la loi du 21 décembre 1941 et de son décret d'application du 17 avril 1943 pour jeter les bases d'une figure étatique forte et centralisée de l'hôpital public. Cette logique va se confirmer pour le meilleur et le pire de cette institution.

Le meilleur en ce qu'elle engage un débat public entre acteurs responsables, qu'ils soient décideurs, spécialistes ou patients ; **le pire** par leurs méfiances réciproques et leur éloignement commun des réels besoins des populations. Depuis, cette dualité entretient sans cesse les divergences d'intérêts entre expertises et postures, usagers et financeurs !

L'état va fortement confirmer son emprise avec les ordonnances des 11, 13 et 30 décembre 1958 ouvrant le chantier immense de l'inventaire, la planification et la coordination des équipements et des moyens matériels et humains. En lien avec les forces nationales majeures parmi lesquelles, depuis 1945, les caisses de Sécurité Sociale, sa volonté, sa cohésion et sa légitimité s'imposent désormais à tous les points du territoire, au service de tous.

Le train est sur les bons rails, même si pour les travailleurs indépendants et les agriculteurs cette réalité sera plus progressive et plus spécifique.

La Loi du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière, première loi à être discutée au Parlement depuis 1951, à proximité des événements marquants de 1968 et inspirée de la sectorisation psychiatrique du 15 mars 1960, instaure la carte sanitaire et la notion de «service public hospitalier».

Elle favorise le droit des malades, leur totale liberté de choix, l'accès aux soins de qualité pour le plus grand nombre, crée de nouvelles structures représentatives pour les personnels qui peuvent bénéficier de **la Formation Continue depuis la loi de juillet 1971.**

Ce dynamisme stimule la recherche et le développement des équipements de pointe et une offre de soins de qualité se confirme sur tout le territoire, notamment aux endroits retenus par la carte sanitaire.

Mais bientôt l'embellie économique se ralentit et les difficultés pour le social et l'emploi s'aggravent avec la montée du chômage, l'augmentation des décharges de cotisations sociales pour certains employeurs et la mise en péril de l'équilibre financier de la Sécurité Sociale.

De la vigilance solidaire de la première période au diktat financier que nous connaissons aujourd'hui, plusieurs étapes successives ont priorisé la réduction des coûts dans le domaine de la santé comme dans tous ceux plaçant sous la responsabilité publique immédiate ou plus lointaine les personnes, les biens et les services.

Pour cela il fallut en modifier les structures et leurs fondements issus de schémas de société, de pensée et de projets politiques antérieurs, notamment bâtis sur des conceptions humaines et sociales différentes voire opposées. C'est ce que feront tous les décideurs aux affaires à partir de 1983.



► L'encadrement des dépenses hospitalières (1983-1991)

L'État, par la loi du 19 Janvier 1983, attente à la partie historique de sa mission au moyen du « budget global »: l'environnement du patient et son hébergement, notamment au moyen du forfait hospitalier (Loi n° 83-25 du 9 janvier 1983), alors que la population et ses besoins progressent ! Il décide avec la circulaire du 1^{er} août 1977 de l'arrêt de l'augmentation du nombre de lits, jusque-là seulement contrainte.

S'installent 2 principes pernicieux qui engagent l'hôpital dans une spirale toujours à l'œuvre :

► d'une part la notion de soins « coûteux »,

► d'autre part l'idée de productivité avec la volonté de quantifier tous les actes (médicaux et autres) désormais intégrés dans le même budget (décret du 8 juillet 1982).

Ces méthodes, venues du CANADA et des USA, ne seront alors pas appliquées au privé lucratif.

Elles auront certains résultats souhaités immédiats, mais à terme des effets indésirables sur l'équilibre des budgets, naturellement un fort impact sur les pratiques des personnels soignants et entameront la cohésion interne des structures en accentuant la disparité entre les établissements. Elles préfigurent celles qui, de manières toujours plus radicales, vont suivre.

Car si en 1983 les objectifs financiers définitifs de réduction des coûts sont établis, la manière permettant de les atteindre ne touche pour l'instant qu'une partie du dispositif de soins.

La série des mesures à venir ne malmènera pas seulement son organisation mais bientôt toute son architecture au moyen d'un management impactant profondément tous les métiers, leurs représentations sociales et leurs pratiques professionnelles.

Elles conduiront logiquement avec l'arrêté du 23 mars 1992 à une réforme de la formation infirmière, la création du Diplôme d'Etat Polyvalent, la fin du salariat des élèves infirmiers et la disparition de la formation des Infirmiers de Soins en Psychiatrie, tandis que le *numerus clausus* établi dès 1971 resserre toujours plus les effectifs des formations médicales et paramédicales.



Bulletin de contact et de syndicalisation

Je souhaite prendre contact me syndiquer

NOM : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone : Email :



► Une nouvelle planification hospitalière (1991-1997)

La réforme hospitalière du 31 juillet 1991, JORF n° 179 du 2 août 1991 et rectificatif, réactivent et renforcent la planification sanitaire avec toujours comme premier objectif la réduction des lits.

Dorénavant c'est au niveau de la région que les choses vont s'organiser avec des outils de coercition spécialement étudiés pour contrôler, limiter, mesurer et interdire les équipements et les moyens.

Parmi eux, le SROS (Schéma Régional d'Organisation des Soins) planifie les restructurations ouvrant aux coopérations multiples et, pour l'instant, prioritairement entre structures publiques.

En votant la réforme constitutionnelle du 22 février 1996, le Parlement accapare le droit et la représentation des organisations syndicales, les spoliant de leurs prérogatives historiques.

Il se rend ainsi totalement maître des sources financières déterminant les choix de santé !

Il a désormais les mains libres pour une politique de bouleversement structurel total et définitif !

C'est lui qui détermine annuellement au moyen de la LFSS (Loi de Financement de la Sécurité Sociale) le budget limitatif des établissements. Il va largement puiser dans ces caisses pour financer les diverses initiatives structurelles à venir.

Dans la foulée surviennent les Ordonnances JUPPÉ et notamment celle n° 96-346 du 24 avril 1996 relative à la réforme de l'hospitalisation publique et privée qui crée l'outil manquant: l'ARH (Agence Régionale de l'Hospitalisation) dont le Directeur, nommé en Conseil des Ministres devient le tout puissant bras armé de l'état en matières sanitaires et Sociales, publiques et privées.

C'est la fin de l'autonomie des structures départementales, régionales et locales jusque là en responsabilité de ces questions, préfets y

compris. L'ARH devient le seul lieu de réflexion et de décision opposables à toutes celles que les administrateurs des établissements pourraient formuler.

Ces derniers, soumis à une pression financière constante, sont fortement encouragés à engager des restructurations internes en activant réseaux, structures et professionnels de santé. Il s'agit de construire, toujours par la contractualisation, de nouvelles entités permettant de limiter, réduire ou éliminer certaines activités ou services devenus dans cette logique, inutiles ou surnuméraires.

Avec pour objectif officiel la fermeture de 100 000 lits, la planification sanitaire réduit encore le nombre d'établissements et de structures. A terme, l'activité devra financer son propre fonctionnement. Les moyens, mais aussi les pratiques en réponses aux besoins de proximité éventuels, seront à négocier par contrat à l'ARH !

L'ANAES (Agence Nationale d'Analyse et d'Evaluation en Santé) est créée pour analyser et évaluer les moyens et les pratiques de soins conformes aux besoins hospitaliers et ambulatoire des populations.

SAUVER L'HOPITAL PUBLIC ...



L'évaluation devient le maître mot et borne tous les gestes professionnels désormais soumis aux procédures et protocoles préétablis et dits « de bonne pratique » mais toujours plus éloignés des métiers, des qualifications, des expériences et des savoirs institutionnels.

La mise en œuvre de ces procédures, protocoles, et autres évaluations est lourde de conséquences. Vont en dépendre les moyens, la reconnaissance, et le statut même obtenus par l'établissement suite à la visite programmée d'experts de l'« accréditation » qui lui délivreront ou pas, pour tout ou partie, après avis final de l'ARH, le droit de continuer de fonctionner!

Janvier 2002: les 35h à l'hôpital, sans moyens supplémentaires réels au regard des insuffisances déjà cumulées, provoquent des luttes dans la quasi-totalité des structures publiques et dans la rue.

Leur mise en place à minima détruit certains moyens et supports de concertations collectives à visées et contenus professionnels essentiels pour la cohésion des équipes de soins dans la prise en charge continue des patients.

Une avancée pourtant : la loi du 4 mars 2002 permet à tout patient l'accès à l'ensemble de son dossier médical.

Hôpital 2007 : Restructurations, "maîtrise négociée des dépenses de santé" et nouvelle gouvernance

Dès novembre 2002 le Conseil des ministres annonce un énième plan, ce sera le plan Hôpital 2007 pour lequel l'Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 a construit l'idée de la « nouvelle gouvernance».

La « contractualisation » se généralise entre tous les niveaux de décisions, poursuivant le démantèlement et la restructuration des établissements, des services et de leurs moyens, dans et hors des structures publiques et privées, sur un Territoire redéfini.

De manière contradictoire, l'état, impose de fait aux seules directions locales, par les pouvoirs directs qu'il leur a délégués, la totale responsabilité des restrictions budgétaires et des coupes claires votées au Parlement d'une part et arrêtées par l'ARS d'autre part.

Le Schéma Régional élargi, notamment à la psychiatrie, et la Tarification à l'activité (T2A) deviennent le sens, le moyen et la raison technique pour soutenir et justifier ce marchandage sans limites. Il faut que les recettes et les résultats prennent le pas sur les dépenses et les moyens.

Chaque acteur impliqué dans la chaîne du soin

découvre la notion d'intéressement, tandis que les instances de l'hôpital voient leurs prérogatives réduites sous le contrôle d'un directeur-manager.

On crée de nouveaux dispositifs qui ajustent les structures aux exigences du marché ouvert de la santé et du soin ainsi obtenu. Le monde de l'Assurance multiplie ses opérations immobilières et commerciales, notamment auprès du 3^e âge.

La Loi Hôpital Patients Santé Territoires du 21 juillet 2009 confie à l'ARS (Agence Régionale de Santé), en lieu et place de l'ARH, l'ensemble des politiques de santé (hôpital, médecine de ville, santé publique et prévention).

Un seul statut pour tous les établissements de santé en fonction des missions qui leurs sont reconnues.

Les CHU et CHR conservent leur identité mais les hôpitaux locaux perdent leur appellation.

Sur contrat, des professionnels de santé libéraux exercent dans les établissements publics de santé.

Certains établissements privés dits d'intérêt collectif, participent au service public hospitalier et d'autres en deviennent les concessionnaires. Le terme lui-même de « Service Public Hospitalier » a vécu.

14 missions sont formulées pour redéfinir l'action du «SERVICE PUBLIC», terme désormais retenu. Et, tandis que certains professionnels de santé dits personnes morales et physiques à but lucratif y font leur entrée, le mécénat et les fondations peuvent contribuer au financement des structures qui en assurent la présence sur le territoire.

Bien entendu on préconise les initiatives entre établissements de santé à créer des Communautés Hospitalières Territoriales (CHT) et des Groupements de Coopération Sanitaire de Moyens (GCSM), qui ne peuvent toutefois voir le jour sans l'autorisation de l'ARS.

Au sein des établissements, depuis plusieurs réformes, les instances et la représentation des personnels ont été réduites à leur plus simple expression.

Avec la loi HPST, le directeur dispose de pouvoirs élargis et n'est contraint en toutes choses qu'à l'avis du Président de la CME alors que le **Conseil de Surveillance**, émanation du monde de l'entreprise, remplace le Conseil d'Administration dont la composition est bien éloignée de l'esprit de 1970.

Le Directoire présidé là encore par un directeur tout puissant et aux ordres de l'ARS, voit le jour pour être le véritable lieu de décision des contenus et des pratiques sans aucun membre élu. Et dans ce sanctuaire et selon le vade-mecum de la loi HPST, « le vote paraîtrait contraire à l'esprit du directoire qui est fondé sur le dialogue et la recherche de consensus ».

Enfin, financée par diverses caisses et fonds publics, l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP), accompagnera les établissements et les personnels pour atteindre qualité et performance, les 2 étendards de la nouvelle loi. (Voir le rapport de Janvier 2011 de Laurent HENART Yvon BERLAND et Danielle CADET relatif aux métiers en santé).

Mme Marisol Touraine, ministre chargée de la santé, a tenté au moyen d'un «Pacte de confiance avec les hospitaliers» de rassurer des décideurs et des personnels sceptiques et inquiets.

Son discours et son communiqué de presse datés tous les deux du 7 septembre 2012 comme la lettre de mission à M. COUTY du 6 septembre 2012 contiennent les mots qui indiquent à la fois que le constat est posé de manière satisfaisante et certaines pistes justement repérées.

Mais leurs développements visent les mêmes orientations et les mêmes travers : modifications des contenus professionnels, réduction des coûts et restructurations. Et rien sur les moyens humains, ni à propos de la démocratie au sein des établissements.



► **La loi de modernisation de notre système de santé (2015)**

La loi Santé dont le projet a été adopté le 17 décembre 2015 conforte la loi HPST dite Bachelot (UMP) et continue la casse.

Les rapprochements forcés entre établissements publics et privés s'amplifient et la transformation des hôpitaux de proximité en centre d'hébergements pour handicapés et personnes âgées au profit des mégapoles et des hyper régions va impacter gravement l'égalité de prise en charge des usagers sur l'ensemble du territoire.

Alors si « les hôpitaux sont en quelque sorte la mesure de la civilisation d'un peuple » nous savons à qui, quand et comment nous devons que cette mesure et cette civilisation aient été à la hauteur des enjeux humains contenus dans l'exercice du soin pour la santé de tous et de chacun.

Il est évident que les avancées médicales et du sens du soin lui-même ont évolué de manière prodigieuse.

Les forces sociales, professionnelles notamment, ont donné un visage largement positif des connaissances et des moyens de soigner, de soulager et d'écouter la souffrance. Mais la

question qui arrive aussitôt est : au bénéfice de qui ? De quels intérêts ? De quelles populations ? Nous savons aussi que sans la Sécurité Sociale de 1945, rien de tout cela n'aurait été possible.



Les projets idéologiques et financiers en cause justifient plus que jamais l'élan de solidarité historique qui a su inventer et garantir ces moyens et ces formes encore développées de nos jours. Mais nous savons aussi dans quels contextes et avec quels rapports de forces ils ont été obtenus.

André ROYER et Guy MALLIÈ

► **L'enterrement de l'hôpital moderne ?**

Ce titre, volontairement provocateur, doit cependant nous permettre d'attirer l'attention sur un des aspects essentiel de cette Loi dite de « modernisation de notre système de santé ». Pour ceux qui la portent, elle ouvre une ère nouvelle : celle de la « modernité », de l'innovation. Notre système de santé doit se moderniser, sinon il disparaîtra et nous, pauvres incultes que nous sommes, nous n'avions même pas remarqué cette impérieuse nécessité. Pourtant Darwin nous avait avertis : évoluer ou s'éteindre.

La « modernité » évoque spontanément pour chacun d'entre nous les progrès récents de la science, les inventions techniques que nous apprécions sans modération dès lors qu'il s'agit d'affiner des analyses, des diagnostics et de sauver des vies. Mais il recouvre aussi une autre dimension, celle qui désigne les goûts et

les intérêts du moment, les sensibilités actuelles. En ce sens, cette loi est moderne à condition de la relier aux préoccupations de nos dirigeants actuels. Rappelons qu'Emmanuel Macron, dans une interview aux Echos avait estimé qu'il fallait « que les jeunes français aient envie de devenir milliardaires ». Nous voyons donc ce qui l'oriente.

Sanstomber dans cet extrême, les autres membres du gouvernement nous expliquent que le Pacte national pour la croissance, la compétitivité et l'emploi passe obligatoirement par des aides aux entreprises, un assouplissement du Code du travail et une réduction des déficits publics. Dans le même temps, ce gouvernement, comme le précédent, se prive de recettes fiscales susceptibles d'équilibrer les comptes publics.

De ce choix politique apparaît très clairement l'option prise par nos dirigeants qui est celle du libéralisme. La modernité de la loi Touraine, c'est la modernité liée à l'idéologie libérale. C'est exclusif de toute autre modernité.

Si « la santé » devint un « **Devoir** » pour l'Etat au sortir de la seconde guerre mondiale, la modernité (enfin, surtout les membres de Conseil National de la Résistance) ordonna que ce devoir d'Etat s'affirme au travers d'une volonté de cohésion, de légitimité d'un soin au service de tous, partout.

Au début du XXI^e siècle, la modernité imposa que l'accès aux soins se décline enfin en « Droit » à la santé pour chaque citoyen. Aujourd'hui, ce que propose la loi santé c'est une commercialisation

du soin, totalement en rupture avec cette histoire.

La santé devient un bien de consommation qui a une valeur et un coût. C'est de la responsabilité de chacun et l'organisation des soins de premier et de second recours est laissée à l'initiative d'équipes centrées autour de médecins généralistes animant des communautés professionnelles territoriales de santé. Sur la base d'un projet santé, les ARS pourront conclure des contrats territoriaux et attribuer des fonds à ces communautés. L'hôpital aura obligation de s'ancrer dans ces nouveaux

territoires à une place désignée par les acteurs du secteur libéral et non par les besoins de santé. En ce sens, la Loi Touraine enterme l'idée de service public hospitalier même si cette terminologie fait retour dans le texte. C'est pour mieux la nier.

C'est la modernité voulue par nos dirigeants actuels. La stratégie nationale de santé n'a rien à voir avec la santé : c'est un plan qui permettra à l'Etat de passer le témoin au secteur commercial des cliniques privées et aux banques qui les financent.



La loi de modernisation de notre système de santé est la loi de marchandisation de notre système de santé.

C'est contre cela que lutte la CGT. Il est urgent de nous organiser et de réfléchir aux moyens qui sont à notre disposition pour faire reculer la croyance qu'un monde meilleur passe par moins de droits à la santé, moins de protection sociale et un assouplissement du Code du travail. C'est une obligation.



Laurent LAPORTE
Membre de la C.E. de l'UFMICT