

# Un recul sans précédent de notre Système de Santé avec la loi BACHELOT !

La loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » (loi HPST), dite loi Bachelot, promulguée en juillet 2009, **va encore plus loin que les précédentes réformes qui ont déjà désorganisé l'Hôpital, la médecine de ville, réduit le remboursement des soins** (forfait hospitalier, forfait pour les actes techniques lourds, forfait sur les consultations, franchises sur les médicaments, sur les actes paramédicaux infirmiers, kinés,...et les transports sanitaires, déremboursement de médicaments ou remboursement à 30%), **source d'inégalités et de renoncements à se soigner pour les plus démunis**, pour ceux qui en ont les moyens, c'est un recours accru aux assurances privées.

Son objectif est de changer en profondeur le Système de santé, de soins et de Sécurité Sociale pour le privatiser, elle ne voit plus **la Santé** que comme **une marchandise, l'Hôpital** comme **une entreprise commerciale de production de soins** et réduit le **malade** au **tarif de sa maladie** (T2A, tarification à l'activité).

Cette loi se met en place, fait voler en éclats le pacte social qui admettait depuis 1945 que « chacun finance en fonction de ses moyens et reçoit en fonction de ses besoins », que « chacun a droit aux meilleurs soins quels que soient ses moyens ».

## C'est moins de démocratie

- **Les Agences Régionales d'Hospitalisation, ARH, deviennent des Agences Régionales de Santé, ARS**, aux pouvoirs discrétionnaires renforcés et étendus. Elles seront le relais de la politique gouvernementale au niveau de la Région.  
La création des ARS donne les outils juridiques et politiques pour imposer fermetures, concentrations, fusions d'Établissements de santé.
- **Le Directeur d'ARS**, « véritable Préfet de santé », nommé et révoqué par le Conseil des Ministres détient tous les pouvoirs sur l'offre de soins de la Région et ne rend des comptes qu'au Ministre.
- **Le Directeur de l'Hôpital**, nommé et révoqué par le Directeur de l'ARS, devient un vrai patron qui pourra n'avoir aucune compétence médicale, il arrêtera le projet médical de l'Hôpital, nommera les médecins responsables des structures de soin, assisté par le Président de la CME (Commission Médicale d'Établissement).  
*« Nous sommes en révolte parce que nous croyons que le pouvoir qu'ont les médecins de proposer un projet médical pour l'Hôpital ne leur appartiendra pas »* (Professeur Bernard Debré, Chef du service d'urologie de l'Hôpital Cochin et député UMP de Paris).
- **Le Conseil d'Administration de l'Hôpital disparaît, transformé en Conseil de Surveillance**. Le rôle des élus, des usagers et des personnels est réduit à des fonctions consultatives.

Il y a donc en fait, malgré un simulacre de régionalisation, un renforcement de l'État au détriment de toute démocratie locale.

## C'est moins de Service Public, moins de solidarité.

- **Le fonctionnement de l'Hôpital est aligné sur celui de l'entreprise**

L'Hôpital sera alors géré comme une entreprise industrielle pour générer du profit et non selon les besoins sociaux :

- le Directeur nommé par l'ARS sera un chef d'entreprise, il a les pleins pouvoirs sur les soins et la gestion. Rentabilité et productivité seront les premiers critères de fonctionnement ;
- des médecins recrutés par ce Directeur, pouvant être rémunérés à l'intéressement, ce qui est contraire à l'éthique du Service Public ;
- des contraintes de fonctionnement et de budget (T2A, plan de retour à l'équilibre pour de nombreux Hôpitaux en déficit, enveloppe budgétaire nationale limitée) conduisant les Établissements hospitaliers à supprimer ou restreindre les activités sur des critères de rentabilité.

**La T2A, est le système de tarification des soins généralisé en 2008 (Réforme Mattei « Hôpital 2007 »), c'est la tarification dite « à l'activité » : à chaque acte médical effectué correspond un tarif déterminé par l'État et remboursé par la Sécurité Sociale, ce tarif est le même pour le Public et pour le Privé.**

Ce système est en fait biaisé, il peut classer dans un même groupe de tarification des pathologies graves et d'autres bénignes, il ne tient pas compte des différences de coût entre Public et Privé.

**Si la T2A augmente bien le financement des cliniques, elle pénalise l'Hôpital Public** en sous évaluant lourdement ses activités et donc son financement. Elle « oublie » de financer les missions de Service Public et pousse ainsi à privilégier le soin rentable.

*« C'est un peu comme si on ne payait les pompiers que lorsqu'il y a le feu »* (Professeur Grimaldi, diabétologue à La Pitié-Salpêtrière).

Avec la T2A, il devient de plus en plus difficile pour l'Hôpital Public, malgré le dévouement de tous ses Personnels, d'assurer sa mission d'accueil de tous les patients et de toutes les pathologies pour des soins de qualité.

■ **La loi HPST ne se soucie pas de répondre aux besoins des personnes et des Territoires.**

- Aucune mesure n'est vraiment prise pour augmenter le nombre de professionnels de santé, ni pour remédier à leur inégale répartition sur tout le territoire.
- La loi ne reconnaît pas la nécessité de maintenir un maillage suffisant d'Hôpitaux de proximité. La fermeture d'Hôpitaux publics se fera sur des critères qui seront liés à la rentabilité.
- Sous prétexte de réorganisation, la loi organise des suppressions massives et injustifiées d'emplois d'infirmiers et d'aides-soignants dans les Hôpitaux qui souffrent déjà de la pénurie de personnels.
- Le problème des dépassements d'honoraires n'est pas réglé.
- Les « **Communautés Hospitalières de Territoire** » (CHT), loin de répondre aux nécessaires développements de complémentarités et de réseaux équilibrés entre les Établissements Publics, vont **accentuer leur mise en concurrence, favoriser les regroupements au détriment des Hôpitaux de moindre taille** qui, volontairement fragilisés, ne pourront plus satisfaire les besoins locaux et perdront ainsi une grande part de leur attractivité pour les professionnels de santé et les patients.

Tout pouvoir est donné au Directeur pour restructurer et pour décider des transferts de services ou de matériels lourds entre les établissements membres des Communautés.

**C'est l'Hôpital Public livré aux intérêts privés.**

La volonté est bien de déshabiller l'Hôpital Public et d'ouvrir l'ensemble du Système de santé au Privé. La loi Bachelot ne fait même plus la distinction entre Hôpitaux publics et cliniques privées à but lucratif, elle ne parle plus que d'**Établissements de santé**.

- Les « **Groupements de Coopération Sanitaire** » (GCS) auront pour rôle d'encourager les regroupements entre Hôpitaux publics et cliniques privées, y compris commerciales. L'entrée du privé à l'Hôpital est facilitée : transferts de services, aides à l'investissement, mises à disposition de patrimoines et d'équipements...

La plupart du temps, ces regroupements ont abouti à transférer au Privé les activités rentables (chirurgie, imagerie...) laissant au Public les spécialités couteuses.

- La loi Bachelot permet de **confier des missions de Service Public à tout opérateur, y compris aux groupes financiers de la santé privée. Les cliniques pourraient alors bénéficier de fonds publics.**
- La loi favorise aussi **l'ingérence du Privé dans la formation initiale et continue.**

- Les progrès des sciences et des techniques permettent de mieux prévenir et soigner les maladies, d'allonger l'espérance de vie ; **il faut que ces progrès profitent à Tous.**
- La politique de santé **doit partir des besoins des personnes et des Territoires, privilégier le Service Public solidaire, seul garant de soins de qualité pour Tous.**