

GIBELIN Jean-Luc

Courriel : jean-luc.gibelin@wanadoo.fr

Le 13 avril 2008,

Note sur le rapport de la mission Larcher.

Le rapport contient 16 propositions regroupées dans quatre thèmes :

A. Aménager les relations entre le monde hospitalier et son environnement.

1. Favoriser l'adéquation des prises en charges.
Cette mesure vise à poursuivre et à accélérer le glissement des moyens du secteur sanitaire vers le moyen séjour et le médico-social. C'est une forme de désengagement de l'Etat, un transfert de charges vers les collectivités territoriales et les familles. C'est une mesure qui va aggraver encore le problème de l'offre sanitaire.
2. Assurer la continuité du parcours de soins.
Ce souhait tout à fait louable, n'est assorti d'aucun moyen, si ce n'est la volonté d'une fongibilité des enveloppes au niveau régional ; faire plus avec moins en quelque sorte.
3. Développer les formes d'exercices pluridisciplinaires en ville.
Il s'agit de confier aux hôpitaux, et notamment aux hôpitaux locaux la mission d'apporter un support aux formes d'exercices libéraux. Après avoir amputé le service public de ses capacités d'intervention, on lui demande maintenant de servir de support à l'exercice libéral.
4. Améliorer l'organisation des soins non programmés
La question des activités non programmées est une vraie problématique. C'est un coût supplémentaire pour l'hôpital public vis-à-vis du privé commercial. C'est la traduction de la mission de service public de pouvoir accueillir 24 h sur 24 et sans condition de ressources. Au lieu de le présenter comme une force du service public, c'est présenté comme une charge. La permanence des soins, et en particulier la régulation, est souhaitée conjointe ou commune entre le SAMU et les libéraux, mais sans jamais précisé comment sera financé pour le service public le surcoût de cette mise en commun. Enfin ce sont les futurs ARS qui se voient confiée la mission d'organisation globale de ces soins non programmés. C'est-à-dire, par une agence éloignée du terrain et dont la préoccupation est de réduire le coût des dépenses remboursées. Cela peut doit faire craindre le pire.

B. Au niveau des territoires, organiser l'offre de soins hospitalière pour offrir qualité de service au meilleur coût.

5. Création de communauté hospitalière de territoire

Il s'agit sur la base des territoires de santé (entre 157 et 267) arrêtée dans les schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) de mettre en place un rapprochement des hôpitaux publics sous la forme de communautés hospitalières de territoires. Ce sera une nouvelle catégorie d'établissements publics avec une direction commune, une « taille critique », un certain nombre d'éléments clés de plateaux techniques (réanimation, soins intensifs en cardio, unité neuro vasculaire, si possible). Les CHT auront aussi la gestion des ressources humaines, des programmes d'investissements, des médecins et cadres, des fonctions logistiques supports, la certification et la gestion des comptes. Les CHU ont la faculté d'intégrer une CHT. Une évaluation des CHT est prévue dans les deux ans. Cette préconisation basée officiellement sur le volontariat, est en fait une obligation puisque les aides à l'investissement et à la contractualisation seront uniquement réservées à ces CHT. Cette opération permet de passer de un peu plus de 1 200 établissements hospitaliers publics à moins de 300 CHT. Il sera donc possible de réunir les directeurs généraux de ces CHT très régulièrement au Ministère. Il s'agit d'une centralisation et d'une prise en main par le pouvoir central de la gestion des établissements hospitaliers par l'intermédiaire des CHT.

6. Améliorer les conditions de prises en charge de l'offre de soins pour les cliniques privées.

Il s'agit de proposer un nouveau contrat de prise en charge du service public aux cliniques privées. Après avoir constaté, ce qui est de notoriété publique, les cliniques privées lucratives fonctionnent avec les fonds de l'assurance maladie et que de véritables stratégies de groupes sont à l'œuvre, le rapport propose d'asseoir tout cela avec un nouveau contrat de service public pour les cliniques. Ce sont les ARS qui seront chargées de cette mise en œuvre. Le rapport recommande de favoriser la consolidation du secteur privé à statut commercial en préconisant que la caisse des dépôts ou la mutualité puissent les soutenir.

Devant la place prise par le privé lucratif dans l'offre de soins, le rapport propose de le consolider, de le pérenniser, de le renforcer.

C. Préserver l'avenir de l'hôpital public

7. Les règles de gouvernance.

Transformer le conseil d'administration en conseil de surveillance, le conseil exécutif en directoire. Passer d'un conseil d'administration à un conseil de surveillance, c'est acter un recul démocratique net puisque l'on passe d'administrer à surveiller. A noter au passage le fait que la présidence de ce conseil n'est plus réservée aux Elus, mais est ouverte aussi aux personnalités qualifiées ; et le retour d'un représentant de la Caisse d'Assurance Maladie. Concernant le directoire, il est présidé par le chef d'établissement et vice présidé par le Président de la CME. Il sera resserré et réservé uniquement aux responsables de pôles. Ce directoire

sera directement sous l'autorité du directeur de l'ARS, qui lui fixera une lettre de mission et pourra mettre fin aux fonctions du président et du vice président du directoire.

Cette nouvelle gouvernance marque un net recul démocratique et une mise sous la pression très forte du directeur de l'ARS, qui devient de fait celui qui fixe la feuille de route de l'établissement.

8. Dynamiser la gestion des directeurs d'hôpitaux.

Sous le vocable de dynamiser ; il s'agit en fait, conformément au discours de Nicolas Sarkozy, d'ouvrir le recrutement des chefs d'établissements en dehors du corps des DH et hors de la Fonction Publique. Le CNG aura à valider les qualifications des candidats. C'est un tournant très grave dans l'existence du corps de DH et plus globalement dans la vie des établissements hospitaliers.

9. Moderniser le statut de l'hôpital public

Il s'agit de sortir les hôpitaux du code des marchés publics, il est de plus prévu de mettre fin à une règle fondamentale de la comptabilité publique, c'est-à-dire de séparer les fonctions de coordonnateurs et de comptables. Sous couvert de modernisation, c'est le fondement du caractère public qui est remis en cause.

10. Développer l'efficience

Les critères permettant de déterminer l'efficience ne sont absolument évoqués dans le rapport et en aucune manière il est fait état d'un contrôle démocratique des établissements de santé.

11. Offrir aux médecins des cadres souples et valorisant :

A côté du statut d'EPH, il est préconisé de développer un cadre contractuel, lié au code du travail. Il est tout à la fois fait référence à des grilles salariales locales et à une convention collective nationale. La procédure de nomination des médecins statutaire sera faite par l'ARS. C'est clairement le cheval de Troie pour l'éclatement et la suppression du statut d'EPH.

12. Les perspectives pour les personnels non médicaux

Sous couvert d'avoir une préconisation pour les personnels non médicaux, cette dernière prétant que le dispositif LMD sera la réponse aux attentes de ces personnels. A noter au passage la notion de délégation d'actes pour laquelle il n'est là encore pas fait état de contrôles démocratiques. L'intéressement collectif fait partie des pistes de cette préconisation.

D. Développer l'enseignement et la recherche

13. Renforcer le pilotage de l'enseignement et de la recherche.

Là encore ce seront les ARS qui auront une place déterminante dans le pilotage inter régional.

14. Labelliser les équipes d'enseignement et de recherche

Il est proposé d'avoir une validation par les instances inter régionales des conventions hospitalo-universitaires privilégiant la complémentarité des différents CHU. Il est aussi fait état de l'identification de centres « d'excellence » en nombre limité sur le territoire. Cela positionne de plus en plus la notion d'inter région, c'est-à-dire les « grandes régions » à l'échelle européenne. (8 au lieu des 22 actuelles)

15. Adapter la formation médicale et paramédicale

Il s'agit essentiellement de décliner le numérus clausus au niveau régional.

16. Conforter le dynamisme de la recherche

Il s'agit de développer les coopérations avec l'industrie, avec le risque très fort d'une mise sous tutelle de la recherche vis-à-vis de l'industrie.

Un premier commentaire :

Plus globalement, à partir d'un constat riche, documenté, équilibré, et somme toute fidele à la situation des établissements, la mission avance un certain nombre de préconisations dans la droite ligne du discours tenu par le Président de la République, lors de son installation à l'automne dernier à Bordeaux.

Il y a une volonté forte de l'inscrire une perte de repères entre le public et le privé.

Il s'agit de vider le service public de ses valeurs et de ses principes fondamentaux.

C'est une modification structurante et importante des professions de médecins hospitaliers et de directeurs d'hôpital.

C'est un rapport qui s'inscrit totalement dans l'hypercentralisation prévue avec la mise en place des agences régionales de santé.

C'est un outil qui permettrait d'accélérer le transfert de charge de l'Etat vers les collectivités territoriales et les familles.

L'avis des usagers, leur participation, celles de leurs élus, la place des organisations syndicales, en un mot, la démocratie, sont totalement absents de ce rapport.