Le projet Bachelot donne les moyens légaux au gouvernement **de démanteler l'hôpital public.** Il fait partie d'un plan pour réduire la part de l'hospitalisation publique en France afin de **diminuer l'engagement de l'Etat** dans la prise en charge des besoins de santé.
Pour forcer les hôpitaux à abandonner des spécialités et à fermer des services, le gouvernement utilise des **pressions financières**.
Dans un premier temps, en 2007, l'Etat commence par supprimer le budget global et demande aux hôpitaux de régler la note. Instantanément**, 90%** des hôpitaux se retrouvent en **déficit**. En agissant ainsi, **l'Etat fait en sorte que les hôpitaux français deviennent un problème,** alors que, pour la population, ils sont une solution. (cf. Encadré 1)
Dans un deuxième temps, à partir de 2008, l'Etat applique à **100% le nouveau mode de financement,** la tarification à l'activité, alors que dans les **autres pays d'Europe,** la part de la tarification à l'activité **ne dépasse jamais 50% du budget hospitalier.**
La Fédération Hospitalière de France a calculé que le passage à la tarification à l'activité entraînera une **baisse de 30% du budget des hôpitaux.** (cf. Encadré 2)
Ecoutons Nicolas Sarkozy : « J'attends de la modernisation de la gestion de l'hôpital public des résultats concrets pour les finances publiques. Ces mesures doivent permettre aux hôpitaux d'être **tous à l'équilibre** d'exploitation d'ici **2012**. »
Les hôpitaux ont déjà fait les économies qu'ils pouvaient faire sur les dépenses d'investissement et de fonctionnement. Durant des années, ils se sont efforcés de réduire leurs coûts, avec un certain succès, puisque **la part des dépenses de l'assurance maladie consacrées à l'Hôpital public a diminué de 42% à 34% en 20 ans.**
Devant l'ampleur des nouvelles économies que l'Etat Français leur demande, ils n'auront comme unique solution que de diminuer les **dépenses de personnel** qui représentent 70% de leur budget. La Fédération Hospitalière de France a calculé que pour arriver à l'objectif fixé par l'Etat, il faudra supprimer **20 000 emplois dans les hôpitaux français**.
C'est l'équivalent d'un **plan social** qui commence, dés maintenant, à être mis en œuvre dans les hôpitaux de France (suppression de 800 emplois sur 4000 à l'hôpital du Havre par exemple).
Le projet **Bachelot impose une nouvelle carte hospitalière publique, laminée et appauvrie** programmant des fermetures de nombreux services de spécialité à l'hôpital.
Avec les **communautés hospitalières de territoire**, le patient n'aura pas forcément accès à toutes les spécialités dans l'hôpital de sa ville. Il devra faire des Km pour aller les chercher dans d'autres villes.
Avec les **groupements sanitaires,** certaines spécialités n'existeront plus qu'en privé.
Le patient ne sera plus sur de pouvoir accéder à des consultations et des interventions sans dépassements d'honoraires pour toutes les spécialités. Il ne sera plus assuré de ne pas faire l'avance des frais.
Avec la mise en place du **directoire** à la tête de chaque hôpital et la transformation du Conseil d'administration en **conseil de surveillance**, tous les pouvoirs sont confiés au directeur. Face au **pouvoir gestionnaire**, il n'y a plus **aucun contre pouvoir** :

- **ni médical** : Or les médecins hospitaliers ont eu, jusqu'à présent, pour principe fondamental d'assurer la qualité des soins pour tous les patients, sans discrimination, et donc sans trier les patients selon qu'ils rapportent de l'argent à l'hôpital ou non.
- **ni des Elus** : Or, les élus locaux sont très attachés à garantir l'égal accès à des soins de qualité pour la population locale.

La réforme Bachelot fait sauter deux verrous de protection de la santé des citoyens français. (cf. Encadré 3)
Au final, les spécialités « rentables » dans les endroits « rentables » seront récupérées par **les cliniques privées**, créant une situation de monopole privé, enrichissant les actionnaires

des cliniques avec l'argent de la Sécurité Sociale. **L'hôpital public** se « recentrera sur les urgences, le grand age et la dépendance » dixit Nicolas Sarkozy et **se paupérisera pour retourner à l'état d'hospice.** Nicolas Sarkozy menace : « le **refus de la réforme conduira à la fermeture des hôpitaux**. »

Tout cela, **sous couvert de la qualité des soins** et de la sécurité. La fermeture de services à l'hôpital **diminuera l'offre de soins publique**. Les patients qui ne pourront pas payer de dépassements ou faire l'avance des frais diffèreront leurs soins ou, pire, y renonceront, faute de moyens, comme, par exemple, aux Etats-Unis. De plus, la réforme propose deux cadres d'exercice aux, praticiens hospitaliers, statutaire et contractuel**.** Cette modification du statut sera, elle aussi, préjudiciable à la qualité des soins. Le cadre statutaire avec part variable fait référence à la tarification à l'activité.

La_tarification à l'activité déclare**,** de façon profondément choquante, par exemple**, plus rentable, donc préférable**, (« **bien gérer, c'est bien soigner** » Roselyne Bachelot) d'amputer un diabétique plutôt que de le soigner médicalement, lors d'une hospitalisation plus prolongée, sans acte opératoire. Aux Etats-Unis, les diabétiques ont deux fois plus d'amputations, de cécité et de dialyse qu'en France**. Ce n'est plus « travailler plus pour gagner plus, mais amputer plus pour gagner plus. »**

Si l'on veut avoir une idée de l'avenir que l'Etat Français réserve à ses hôpitaux, on peut consulter **le rapport du Conseiller social de l'Ambassade de France au Royaume Uni,** en annexe du Rapport Larcher. Au terme « **d'un exercice de régulation budgétaire d'une rare violence** » 36 hôpitaux restaient en déficit, 18 ont été considérés comme « sauvables » et ont bénéficié d'un délai. **Les 18 autres** ont, **soit été fermés**, avec vente des locaux, **soit restructurés**, avec **fermeture de services, déplacement de personnel, licenciement de personnel.** Le rapporteur conclut : «**l'exemple anglais peut être une boite à idées** fort intéressante pour affronter les problèmes similaires que nous rencontrons avec les hôpitaux publics français. » **La politique hospitalière menée ces dernières années par l'Etat et le projet Bachelot nous montrent qu'il a été entendu**. (Encadré 4)

Laissons le mot de la fin à Nicolas Sarkozy : « l'hôpital, c'est un condensé de la société française […].Beaucoup des valeurs de notre société se retrouvent de façon aigue à l'hôpital. »Toute la question est de savoir quelles valeurs nous voulons pour notre société. En cela, la réforme de l'hôpital ne concerne pas seulement l'hôpital, mais tous les Français.

A travers le projet Bachelot, **Nicolas Sarkozy déclare la guerre aux hôpitaux français**.

Il piétine les **valeurs** de solidarité, de non discrimination, de dévouement du service public. Il s'oppose à l'un des **principes** fondateurs de la Sécurité Sociale : **« L'égal accès aux soins pour tous ».** Ce que l'Etat Français a fait au sortir de la deuxième guerre mondiale, alors que ses finances étaient exsangues, il devrait y renoncer en 2009, le sacrifier au nom de la **prétendue valeur** « rentabilité » ? Si l'on ne réagit pas, après le passage du Tsunami Bachelot, en 2012, beaucoup de services hospitaliers, jugés non rentables, auront disparu, mais « **non rentables » pour qui** ? **Pour l'hôpital. Mais l'hôpital ne fonctionne pas pour lui,** l'hôpital **est au service de la population**. Son action évite que des patients renoncent à se soigner, laissant leur pathologie s'aggraver et entraîner des complications qui seront beaucoup plus coûteuses, à terme, non seulement en soins, mais aussi en incapacités de travail, transitoires ou définitives.

« **Une guerre idéologique** oppose les quantificateurs, avec leur prétention croissante à régenter l'existence humaine dans tous ses aspects, et ceux qui ne plient pas devant la dictature des nombres. Le fanatisme du chiffre, ce n'est pas la science, c'en est la grimace. » Jacques Alain Miller.

Le 5 février 2009,

Dr Béatrice Vilamot,

Chef de service d'endocrinologie diabétologie, Hôpital d'Albi.

Encadré 1

Avec la suppression brutale du budget global, 90% des hôpitaux se retrouvent instantanément en déficit.
Cette situation qui parait incroyable est bien réelle et elle était tout à fait prévisible.
En 1983, le budget global est fixé une fois pour toutes. L'Etat décide de fournir, pour chaque hôpital, une enveloppe équivalente aux dépenses de l'année précédente (1982)
Pendant 24 ans : l'enveloppe est restée quasi identique d'une année sur l'autre (quelques % d'augmentation chaque année).
Pendant ce temps-là : la médecine a changé, l'hôpital a évolué :
- **la durée moyenne de séjour a diminué de trois semaines à cinq jours.**
- **il y a eu une très forte augmentation du nombre de patients** en consultation, aux urgences, en hospitalisation.
- **la médecine a fait des progrès, l'hôpital a augmenté ses moyens** en techniques d'investigation et en techniques de soins.
-l'Etat a attribué de plus en plus de missions de service public à l'hôpital sans contrepartie financière suffisante : médecine pénitentiaire, SAMU, accueil des plus démunis, lutte contre l'exclusion.
- **il a fallu plus de personnel hospitalier pour prendre un charge tous ces patients et mettre en œuvre toutes ces techniques.**
-Une succession de mesures diverses allant de la RTT à une multitude de normes aux conséquences particulièrement lourdes n'ont pas été financées à leur coût réel.
D'année en année, les dépenses ont augmenté, mais non les recettes. Chaque année, les comptes étaient équilibrés en reportant le déficit sur l'année suivante, cela s'appelait le report de charges. La dette s'est creusée, sans pouvoir rien n'y faire.
En 2008, l'Etat somme les hôpitaux de payer tous les reports de charge accumulés.
L'état aurait pu choisir de « remettre les compteurs à zéro », puisqu'il changeait les règles de financement. Ou bien, il aurait pu choisir d'étaler le remboursement sur des dizaines d'années. Il ne l'a pas fait.
Le problème de fond se situe dans la mise en demeure, faite par l'Etat Français aux hôpitaux publics, **de rembourser** et, de surcroît, **très rapidement** (d'ici 2012), une partie de l'argent nécessaire à leur fonctionnement qu'il ne leur a pas donné, mais, finalement, seulement prêté, pendant ces 24 dernières années.
A titre de comparaison, **le montant de la totalité du déficit de tous les hôpitaux français est équivalent** à celui de l'argent versé par l'Etat à **Bernard Tapie**, au terme de la procédure d'arbitrage concernant le Crédit Lyonnais (350 millions d'euros).
En agissant ainsi, l'Etat décide sciemment de placer ses hôpitaux en situation de faillite (ce qui compte, ce sont les actes, pas les paroles).

Encadré 2

La tarification à l'activité à 100% appauvrira les hôpitaux.

L'application de ce nouveau mode de financement va considérablement aggraver leur déficit.

Dans le principe, pour chaque patient est donné selon sa pathologie, un certain nombre de points correspondant à de l'argent. En pratique, la tarification à l'activité privilégie la comptabilisation des actes techniques au détriment de l'écoute ou des examens cliniques approfondis. Elle favorise les hospitalisations courtes et les pathologies simples. C'est précisément le profil des patients pris en charge en cliniques privées et l'exact contraire des patients pris en charge à l'hôpital public.

Le rapport du Comité d'éthique de 2007(2) conclut « qu'elle conduit à considérer comme non rentables beaucoup de patients pris en charges à l'hôpital public. »

L'application du même mode de financement aux hôpitaux publics et aux cliniques privées lèsera l'hôpital.

L'hôpital public doit assurer ses **missions de service public**, (accueil de tous les patients sans discrimination, médecine pénitentiaire, SAMU, accueil des plus démunis, lutte contre l'exclusion, accueil des urgences 24 heures sur 24), ce qui n'est pas le cas des cliniques privées, même dans le projet Bachelot qui prévoit seulement qu'elles pourront choisir certaines missions, mais **n'en n'auront nullement l'obligation.**

L'hôpital public **ne choisit pas** ses patients à la différence des cliniques privées qui privilégient, **comme c'est leur droit le plus strict**, les activités rentables dans les endroits rentables. Les actionnaires des cliniques exigent un taux de **rentabilité financière de 15 à 20%**

L'hôpital public **n'accueille pas les mêmes patients** que les cliniques.

.**Tous les patients qui nécessitent plus de temps pour être soignés sont « moins rentables ». Or, l'hôpital les soigne dans leur grande majorité** : pathologies plus variées (pour caractériser 80% des patients soignés dans les établissements, il faut trois fois plus de diagnostics différents à l'hôpital qu'en clinique) et diagnostics plus complexes et plus graves, (les 50 diagnostics les plus lourds représentent 70% des patients hospitalisés en public, les 50 diagnostics les moins lourds représentent 70% des patients hospitalisés en privé), 90% des urgences (un patient hospitalisé en urgence représente un surcoût de 63%.), 97% des patients atteints d'Alzheimer, 80% des patients de plus de 75 ans hospitalisés en médecine, majorité des patients les plus démunis(ils restent plus longtemps et ils présentent des pathologies plus lourdes), 90% des patients de réanimation, 100% des maladies rares, 96% des maladies psychiatriques (1 million 300 000 patients en public, 52000 en privé), 80% de la pédiatrie**,** 100% de la réanimation néonatale.(3)

Le personnel des Hôpitaux Publics de France est fier d'accueillir et de soigner tous ces patients. Il est très attaché à remplir toutes ses missions de service public. Il veut simplement qu'on lui donne les moyens de continuer.

D'autres différences existent entre le public et le privé (salaires des médecins hospitaliers intégrés dans les coûts, contrairement au privé, enseignement, recherche, etc.).

L'Etat est parfaitement conscient des conséquences de l'application à 100% de la tarification à l'activité puisque la Fédération Hospitalière de France, organisme rigoureux et reconnu sur le plan international, l'en a informé publiquement à plusieurs reprises.

Encadré 3
Avec la mise en place du directoire et du conseil de surveillance, **face au pouvoir gestionnaire, il n'y a plus aucun contre pouvoir** : - **ni médical** : au sein du directoire, le directeur est le président. Le président de la CME, élu par la CME, en est le vice-président. C'est le directeur qui nomme les 3 autres membres du directoire parmi les médecins, pharmaciens et odontologistes de l'hôpital. On peut raisonnablement prévoir qu'à moins d'être masochiste, le directeur nommera des collaborateurs ayant les mêmes analyses de la situation et les mêmes objectifs que lui. Rappelons que Nicolas Sarkozy fixe ainsi la mission du directeur : « le directeur doit diriger l'hôpital en maîtrisant les ressources. » De plus, tous les médecins de l'hôpital sont nommés et démis par le directeur. **C'est la fin de l'indépendance médicale.** - **ni des Elus** : le conseil d'administration est supprimé, remplacé par un conseil de surveillance qui n'a plus aucun pouvoir décisionnel. Le maire n'est plus le président de ce conseil. **La réforme Bachelot** fait en sorte de réduire au silence les médecins hospitaliers et les Elus locaux.

Encadré 4.
Rapport du Conseiller social de l'Ambassade de France au Royaume Uni, en annexe du Rapport Larcher. Ce rapport décrit comment les hôpitaux anglais ont été forcés de se restructurer. On y lit, médusé : « dans un premier temps, amputation des crédits importante, **suppression** de **23 000 postes** par non renouvellement des contrats temporaires et gel des recrutements, **fermeture** de la moitié des maternités et des services d'urgence (en 2006, fermeture de 3000 lits, mais l'essentiel portera sur 2007 et 2008), hôpitaux contraints de diminuer leur activité avec un **délai minimum de temps d'attente** pour être soigné de 16 semaines, **imposé par l'Etat**, puis « **règle de la double claque** », c'est-à-dire que le financement de l'année suivante est amputé du déficit, tout en devant assurer le même niveau de service. » Le rapporteur constate que « les hôpitaux se sont livrés à une **chasse frénétique** aux économies ». L'imposition irresponsable par l'Etat anglais d'un retard de soins obligatoire est particulièrement démonstrative de la philosophie qui soutend cette réforme. Les **motivations et les objectifs** sont **strictement financiers** et en complète **contradiction avec la qualité des soins.** L'emploi du terme « double claque » est révélateur du **mépris de l'Etat** anglais pour ses hôpitaux.

Sources :

Discours du Président de la République, 14 avril 2008, Neufchâteau.

Rapport du Comité National d'Ethique, décembre 2007.

Texte de la Fédération hospitalière de France : « Hôpital public, Etat d'alerte », disponible sur le site : *www.appel-sauver-hopital.fr/*