



## L'HÔPITAL PUBLIC : VERS UNE PRIVATISATION CONTRAINTE ?

### **Avertissement :**

L'objectif de ce dossier est d'approfondir notre analyse de la crise que traverse l'hôpital public, et qui se manifeste actuellement par des mobilisations au sein des urgences. Ce document vient appuyer un peu plus encore nos revendications en la matière, celles-ci se trouvent dans le livret « **Pour une sécurité sociale du 21eme siècle, nos propositions** ».

Enfin, pour approfondir ce vaste sujet nous vous invitons à consulter les différents articles et ouvrages dont nous nous sommes servis pour réaliser ce travail, les références se trouvent dans la bibliographie.

### Table des matières

I.	Introduction .....	1
II.	L'évolution des politiques publiques visant les hôpitaux .....	2
	A. La mise en place de politiques d'austérité appliquées à l'hôpital.....	2
	B. La transformation managériale : la mise en place du nouveau management public dans les hôpitaux.....	2
	C. La transformation de l'hôpital en semi-entreprise.....	3
III.	L'Etat actuel des hôpitaux.....	4
	A. Le financement des hôpitaux : T2A et emprunts bancaires.....	4
	B. L'accroissement de la place des indicateurs de performance .....	7
	C. Le changement de vocation de l'hôpital .....	9
	D. L'impact de ces politiques sur les conditions de travail des soignant(e)s .....	10
IV.	Conclusion.....	14
V.	Bibliographie .....	17

## I. Introduction

Ces derniers mois, les décès de patients survenus dans les services d'urgence ont défrayé la chronique et choqué l'opinion compte tenu de la gravité de la situation : des patients qui décèdent (parfois sur des brancards) dans l'attente d'une prise en charge qui n'arrivera jamais. Ces événements liés à l'austérité budgétaire croissante à laquelle le secteur hospitalier est confronté ont déclenché des mouvements sociaux importants (grèves, manifestations) sur tout le territoire, mobilisant un grand nombre de personnels soignants. On dénombre aujourd'hui plus d'une centaine de services d'urgence en grève réclamant une augmentation des moyens financiers alloués à l'hôpital. La CGT dresse un constat alarmant de la situation des services de santé français et notamment des services d'urgence qui rencontrent de vraies difficultés à prendre en charge le flux de patients qui augmente chaque année. Pour rappel, on comptait 10 millions de passages aux urgences en 1996, aujourd'hui on en compte le double, ce qui représente une augmentation de 3,5% par an en moyenne. Les services d'urgence sont souvent le « miroir grossissant » de ce qui dysfonctionne dans notre système de santé, la conjoncture actuelle est donc révélatrice d'un problème de fond beaucoup plus important.

La population française ayant beaucoup évolué ces dernières décennies, ses besoins en santé évoluent avec elle. En effet, ces derniers sont en constante hausse, ce qui s'explique, notamment, par :

- Le vieillissement de la population (en l'espace de 30 ans, le nombre de personnes âgées de 75 ans ou plus a quasiment doublé) ;
- L'allongement de l'espérance de vie ;
- L'augmentation du nombre de maladies chroniques et d'affections longue durée (ALD) ;
- Les progrès de la médecine.

La médecine de ville peine à prendre en charge cette demande de soins compte tenu du phénomène ambiant des « déserts médicaux » qui tend à s'aggraver. Aujourd'hui en France il y a plus de médecins spécialistes que de médecins généralistes alors que ces derniers représentent, en grande partie, l'offre de soins de premier recours. En résulte des délais d'attente trop longs pour obtenir un rendez-vous, des médecins surchargés de patients qui refusent de nouveaux dossiers... À cela s'ajoute des restes à charge de plus en plus importants en raison de nouveaux déremboursements et des dépassements d'honoraires. L'alternative pour les patients est donc de passer par la case des urgences dont on ne leur

refusera pas l'accès, mais qui a pour conséquence d'engorger des services ayant plutôt pour vocation de traiter l'urgence et l'imprévu.

Face à cette situation les réponses du gouvernement n'ont pas été suffisantes. Depuis la fin des années 1970, la succession des politiques d'austérité en matière de santé n'a, non seulement, pas su répondre à la problématique des besoins en santé croissants, mais a en plus provoqué la dégradation progressive du système de santé avec une accélération très nette depuis 2010.

Au fil des ans, la logique d'entreprise a, peu à peu, fait son chemin dans le mode de gestion des établissements de santé, menant ainsi à l'altération de la prise en charge des patients et des conditions de travail des personnels soignants. Ce climat a contribué à créer une situation qui, poussée à son paroxysme, débouche sur des défauts de prise en charge importants suivis de drames et de la colère des soignants exprimée à travers tout le pays par des mouvements sociaux.

## II. L'évolution des politiques publiques visant les hôpitaux

### A. La mise en place de politiques d'austérité appliquées à l'hôpital

Les principaux arguments développés à partir de la fin des années 1970 en faveur des politiques d'austérité appliquées aux hôpitaux sont :

- Une gestion budgétaire inefficace car le directeur d'hôpital n'est pas soumis à la concurrence et n'est pas rémunéré en fonction des résultats ;
- Une « logique bureaucratique » qui fait disparaître l'incitation à réduire les coûts ;
- L'incitation auprès des agents de l'hôpital à être performants pour maîtriser les coûts.

### B. La transformation managériale : la mise en place du nouveau management public dans les hôpitaux

Quatre réformes se succèdent sur la période comprise entre 1983 et 1991 et posent les jalons de la transformation managériale. L'hôpital est d'abord transformé en « centre de responsabilité » et des prérogatives sont accordées au chef d'établissement en matière de gestion. La réforme de 1991 applique la démarche par « projets » des entreprises privées à l'hôpital et propose une organisation des services centrée autour de « managers publics ». Ces réformes sont la base de l'autonomie de gestion progressive des hôpitaux. Malgré de nombreuses résistances des personnels soignants et des praticiens, le « nouveau management public » est installé dans le paysage hospitalier. La première étape de la

privatisation à petits pas de l'hôpital, celle de la « managérialisation » de son organisation, est achevée. Vient ensuite celle de la marchandisation, c'est-à-dire l'introduction de la logique de la performance.

Depuis la fin des années 1990, l'hôpital public est victime du nouveau management public, c'est-à-dire qu'on calque les méthodes managériales des entreprises privées au service public alors même que les enjeux et les objectifs sont considérablement éloignés de ceux du privé. L'un des exemples de ce nouveau management public est le management par indicateurs quantitatifs ad hoc, construits par des dirigeants en totale déconnexion avec la réalité du terrain.

### C. La transformation de l'hôpital en semi-entreprise

Il semble bon de contextualiser la crise de l'hôpital à la lumière de l'histoire et de la théorie économique ; c'est bien sa transformation progressive en entreprise qui explique son malaise actuel. La théorie économique a une importance cruciale dans la manière dont elle forge et donne un crédit scientifique aux régressions sociales. L'hôpital n'échappe pas à la règle, et la théorie dite « néo-classique » offre des arguments en faveur de sa privatisation. Les années 1970-1980 marquent ainsi la fin du compromis non-marchand d'après-guerre. L'hôpital, à partir de 1945, a été pleinement intégré dans le nouveau modèle de protection sociale et la logique de service public y était prégnante ; l'hôpital repose sur une socialisation croissante de la dépense pour favoriser des soins de qualité pour tous. L'idée de considérer l'hôpital comme une entreprise s'étend à partir des années 1970. Cette armature théorique est parfaitement classique et sert de base pour justifier toutes les vagues de privatisations depuis 1986. L'hôpital est considéré comme une entreprise et le privé est plus efficace pour gérer les ressources. Il faut donc mettre en place une « gouvernance » calquée sur le privé. La théorie économique, par l'intermédiaire de la Banque Mondiale, donne même une feuille de route en trois temps de cette privatisation qui ne dit pas son nom:

- Premier temps : autonomie de gestion ;
- Deuxième temps : gouvernance d'entreprise ;
- Troisième temps : transfert progressif au secteur privé.

La privatisation de l'hôpital s'est faite par morceau, petit à petit, au fil des réformes successives. Il y a au moins deux étapes clés pour comprendre la transformation de l'hôpital public : la **managérialisation** (modification de l'organisation de l'hôpital selon les modalités du privé) et la **marchandisation** (introduction d'une logique de rentabilité marchande dans les actes de soin). Ces deux points forment ce que l'on pourrait appeler la « **privatisation**

**insidieuse** » de l'hôpital. Les hôpitaux, s'ils ne deviennent pas privés juridiquement, le sont dans les faits, reproduisant trait pour trait les méthodes, modèles d'organisation et objectifs du privé. La création d'un marché hospitalier répond à un impératif que tous les agents du service ont déjà entendu : il faut faire des économies, rationaliser l'organisation, améliorer la rentabilité ; autrement dit, il faut être performant (selon les critères du privé, cela va sans dire). D'ailleurs, aujourd'hui dans le secteur privé, les directeurs d'établissement sont des gestionnaires de formation. On retrouve notamment parmi eux d'anciens banquiers. Auparavant il s'agissait très souvent de médecins aux postes de direction puisque historiquement, les cliniques ont été créées par des regroupements de médecins et de chirurgiens. Les soins, cœur de métier de l'hôpital, étaient au centre des préoccupations dans le mode de gestion. Aujourd'hui priment les dépenses, les recettes et les économies à réaliser. Même constat pour l'hôpital public depuis que le gouvernement a introduit une politique d'intéressement et une rémunération suivant des indicateurs de performance économique pour les directeurs d'hôpitaux et les chefs de pôle.

### III. L'Etat actuel des hôpitaux

#### A. Le financement des hôpitaux : T2A et emprunts bancaires

Le manque de financement est le cœur du problème de l'hôpital public. Pour comprendre d'où viennent ces manques, il est important de comprendre comment le financement de l'hôpital a évolué au fil de l'histoire récente. Les gouvernements successifs tentent de faire passer l'idée que les problèmes budgétaires des hôpitaux sont liés à des problèmes organisationnels et à une mauvaise allocation des ressources. Pour se déresponsabiliser de ces questions budgétaires, l'Etat a cherché à autonomiser les hôpitaux. Cela s'est notamment traduit par la tarification à l'activité, c'est-à-dire que les financements alloués aux hôpitaux sont fonction des soins dispensés selon un barème préétabli et unique.

La tarification à l'activité (T2A), mise en place en 2003, vient d'une certaine manière achever la privatisation en douceur de l'hôpital. Elle introduit artificiellement des mécanismes de prix à l'hôpital. L'assurance-maladie devient ainsi « l'acheteur » et l'hôpital le « producteur ». Le budget de l'hôpital va alors dépendre du nombre et du type d'actes médicaux réalisés. On introduit ici la logique de rentabilité propre à l'entreprise privée, en traitant les soins comme des marchandises standardisées, en poussant les hôpitaux à être « plus efficaces » et surtout plus économes. Ce financement est d'autant plus inquiétant qu'il concerne désormais la majorité des ressources hospitalières (70%). On mesure l'inefficacité de l'idéologie gestionnaire par les effets pervers entraînés par la réforme. Les hôpitaux sont mis

en concurrence sur leurs financements, ce qui les incite à prodiguer les soins les plus rentables dans le but d'obtenir une hausse de leur budget, au détriment des besoins réels des patients. Par ailleurs, le fait de devoir réaliser le plus d'actes de soins possible les conduit à effectuer des actes de soins inutiles dans le seul but de faire rentrer de l'argent dans les caisses de l'hôpital. C'est par exemple le cas des césariennes, réalisées en bien plus grand nombre en France que dans d'autres pays comme l'Allemagne car cela rapporte plus qu'un simple accouchement.

On assiste à une hiérarchisation des soins en fonction de leur rentabilité, certains actes médicaux rapportent plus que d'autres. Cela crée un déséquilibre entre le secteur privé et le secteur public de santé. Les établissements du secteur privé lucratif ont la possibilité de tenir compte de la nature des services dans la mesure où certains sont plus rentables que d'autres (la chirurgie rapporte plus que les soins palliatifs par exemple). Ils vont donc privilégier les services les plus rentables au détriment des autres. L'hôpital, ayant vocation à assurer des missions de service public, ne doit, en théorie, sélectionner ni les activités, ni les patients, il est donc d'autant plus pénalisé par ce mode de tarification. Par ailleurs, d'un point de vue géographique la T2A entraîne aussi des disparités dans la répartition des spécialités sur le territoire national, d'autant plus que certaines pathologies sont davantage présentes dans les zones à forte précarité par exemple.

Derrière cette réforme, il y a l'idée de responsabiliser davantage les hôpitaux dans le but de rationaliser la dépense publique, c'est-à-dire d'assurer un contrôle sur le fait que cette dépense est utilisée la plus efficacement possible. C'est l'idée de faire mieux avec moins. Le gouvernement a décidé de fixer un seuil maximum de dépenses en matière d'assurance maladie avec l'ambition de faire baisser ce seuil tous les ans. Cela signifie que s'il y a trop d'actes de soins, le tarif de l'acte sera diminué pour pouvoir rester dans l'enveloppe globale des dépenses. Or, contrairement à l'objectif affiché par le gouvernement de faire baisser les dépenses publiques, la T2A n'a, dans la pratique, absolument pas rempli cet objectif. Au contraire, les dépenses ont augmenté dans la mesure où la réforme a conduit à une logique inflationniste (réaliser le plus d'actes de soins rentables pour avoir le plus de budget possible). L'argument budgétaire ne tient donc pas la route !

Avec l'instauration de la T2A, les conséquences sont importantes pour les usagers :

- La sélection des patients est pratiquée ;
- La qualité des soins est sacrifiée et l'impératif de rentabilité oblige à se débarrasser le plus rapidement possible des patients. Si le forfait prévoit trois jours d'hospitalisation, le quatrième fait perdre de l'argent à l'hôpital. En ne prenant en compte que les pathologies, on oublie la situation sociale des patients qui nécessiterait parfois de les

garder plus longtemps à l'hôpital. Cela conduit aussi à des retours aux urgences plus fréquents (Belorgey, 2011) ;

- Les parcours de soins peuvent-être alourdis par la réalisation d'actes médicaux inutiles dans le but d'obtenir le financement prévu pour la pathologie traitée.

Pour parfaire cette « autonomisation » des hôpitaux, l'Etat les a amenés à se financer eux-mêmes par emprunt alors même que de nombreux investissements étaient nécessaires. La prise en charge des emprunts par les hôpitaux plutôt que par l'Etat, à des conditions moins favorables, a suscité divers problèmes. En effet, ces emprunts, notamment les emprunts toxiques, ont causé des dettes importantes et le coût de leur financement est difficilement supportable pour les hôpitaux. Pour autant, ils n'ont pas pu financer les investissements à la hauteur de ce qu'il fallait. L'autonomisation du financement et la marchandisation des activités de soins a conduit à une forte concurrence entre les établissements et à des résultats différenciés. L'Etat se sert donc des résultats des quelques hôpitaux qui tirent leur épingle du jeu pour mettre en avant que ce ne sont pas les conditions imposées aux hôpitaux qui sont problématiques mais la gestion qui en est faite. Cependant, les chiffres globaux sont alarmants et décrédibilisent cet argument de responsabilité des personnels hospitaliers plutôt que la responsabilité de la puissance publique. Ainsi, si 50% des déficits totaux sont concentrés sur une quarantaine d'établissements, le déficit global est passé de 470 millions d'euros en 2016 à 1,5 milliards en 2017, preuve qu'il s'agit d'un problème systémique. La dette globale des hôpitaux publics a explosé depuis le début du siècle. Comme l'illustre ce tableau, elle a été multipliée par 3 en seulement 10 ans.

**Tableau n° 1 : évolution de la dette à moyen et long termes des EPS**

*en Md€*

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Encours de la dette	9,8	10,9	12,0	13,5	15,9	18,9	21,9	24,2	26,5	29,3
Évolution N/N-1	10 %	11 %	10%	13 %	18 %	19 %	16 %	10 %	10 %	10 %

*Source : direction générale des finances publiques et direction générale de l'offre de soins*

*Le montant de la dette est exprimé en milliards d'euros.*

Il n'est pas possible d'invoquer des problèmes organisationnels et de « productivité » pour expliquer de tels chiffres. C'est bel et bien un problème structurel liés aux conditions d'exercice imposées par l'Etat, en dépit de la qualité des soins.

Cette supposée indépendance des hôpitaux dans le financement se traduit en réalité par une nouvelle forme de dépendance. Plutôt que d'être dépendants de l'Etat, les hôpitaux deviennent dépendants des institutions bancaires et du secteur privé. En effet, leur taux d'endettement les empêche d'effectuer les investissements nécessaires et pour pallier à ce manque, les hôpitaux recourent de plus en plus aux partenariats public-privé.

Le secteur privé voit dans cet étranglement financier des hôpitaux une manne à exploiter. En effet, une grande partie des innovations proposées par le secteur privé a pour but de trouver des aménagements ou des solutions afin de réduire les coûts hospitaliers. Par l'austérité budgétaire, l'Etat crée donc un nouveau marché pour le privé. Les innovations privées créent des services périphériques aux hôpitaux dont le champ d'action est réduit. Or ces nouveaux services ne sont pas pris en charge par l'Assurance Maladie obligatoire, ce qui provoque un nouveau besoin d'assurance complémentaire.

En proposant des solutions aux coupes budgétaires, les innovations viennent donc les légitimer et renforcent la croyance en l'efficacité du marché au contraire du secteur public. Toutefois, ces innovations se font au détriment du patient, de ses proches, de la qualité des soins et enfin de la qualité des conditions d'emplois des personnels médicaux.

La mise en place de ces financements est donc largement corrélée aux politiques d'austérité. Cependant, c'est sous la présidence de Nicolas Sarkozy que l'austérité prend une accélération très nette. L'Objectif National de croissance des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) créé en 1996 lors du plan Juppé ne dépasse plus les 3% à partir de l'année 2010 alors qu'entre 2002 et 2009 il était toujours au-dessus. À partir de 2012 il ne s'élève pas au-delà de 2,5% et en 2016 il était seulement de 1,8%.

## B. L'accroissement de la place des indicateurs de performance

On trouve désormais dans les établissements de santé la mise en œuvre d'indicateurs destinés à mesurer leur performance. Cette volonté de mesurer la performance dans le secteur public provient du nouveau management public. Dans son étude sur les urgences, N.Belorgey met en avant l'exemple du temps d'attente et de passage aux urgences. La création et la mise en application de cet indicateur pose de nombreux problèmes.

Les hôpitaux sont mis en concurrence entre eux et les résultats sont analysés en dépit mêmes des spécificités de chacun. Les disparités entre établissements peuvent s'expliquer par différents facteurs comme le manque de moyens qui entraîne des effectifs peu élevés par rapport au nombre de patients à traiter. Les résultats peuvent aussi varier en fonction de



l'implantation géographique des hôpitaux. Certaines zones, généralement les zones populaires, présentent des facteurs médicaux particuliers (consommation de stupéfiants, alcool...) qui nécessitent un temps de prise en charge plus long.

Ainsi, en niant ces spécificités, les managers et technocrates de l'Agence d'audit des établissements de santé (AAES) imputent les différences de performances à la qualité de l'organisation. On retrouve l'idée de « faire mieux avec moins » avec l'objectif officiel de réaliser des économies. Les problèmes de financement sont donc totalement écartés et la responsabilité des problèmes connus par les services d'urgence est reportée sur les soignants, leur organisation et leur prétendu manque de performance.

L'autre effet pervers de cet indicateur est la non-prise en compte de l'aspect qualitatif. Ainsi un temps court d'attente et de passage aux urgences est une bonne performance en soi, indépendamment de la qualité des soins dispensée au cours de ce passage, qui passe donc au second plan.

Contrairement à l'argument avancé par les libéraux, pour qui la mise en place de cet indicateur permettrait d'augmenter la qualité des soins, elle est en réalité dégradée. En effet, en ajoutant l'indicateur du taux de retour on constate que moins les patients restent longtemps dans le service plus ils ont de chances de revenir car ils ont été traités trop rapidement. Une étude réalisée par N.Belorgey en 2004 sur un service d'urgence dans lequel est présent cet indicateur montre qu'une heure de moins dans le temps d'attente et de passage correspond en moyenne à une augmentation du taux de retour de 6,1%, ce qui veut dire que pour une heure en moins par patient, 61 patients sur 1000 reviennent dans le service. Cet indicateur entraînant une hausse de la cadence pour les soignants, ils doivent traiter les patients trop rapidement ce qui peut amener le médecin à ne pas faire tous les examens nécessaires et d'une certaine manière à bâcler son travail. D'autant plus, qu'il peut s'avérer difficile de distinguer la « vraie urgence » de la « fausse urgence » dans la mesure où la gravité du cas d'une personne n'est pas nécessairement perceptible immédiatement. Or, une analyse trop superficielle de la situation du patient peut conduire à de graves conséquences comme l'aggravation de son état de santé, d'où un taux de retour aux urgences plus élevé.

Il ne s'agit ici que d'un exemple, mais il illustre bien les effets néfastes de l'application de critères purement quantitatifs au service public, tout en niant bien des aspects. De plus, il déplace les objectifs en plaçant la performance sur certains indicateurs comme une réussite en soi, en dépit des soins apportés aux usagers et leur niveau de satisfaction quant à ces soins.

### C. Le changement de vocation de l'hôpital

Avec les progrès de la médecine et de la technologie, l'hôpital est devenu le berceau des innovations. Cela débute en 1958 avec la réforme Debré qui crée les centres hospitalo-universitaires (CHU) et une dimension nouvelle du statut de praticien hospitalier. Ces derniers exercent à présent une triple fonction : clinicien, chercheur, enseignant.

Entre 2013 et 2017, 95 hôpitaux ont fermé soit 7% des hôpitaux. Entre 1996 et 2016 une maternité sur trois a fermé (essentiellement des maternités rurales, avec peu d'activité). La fermeture des établissements de soins de proximité se fait au profit de mutualisations et de regroupements des activités au sein de gros pôles hospitaliers à la pointe de l'innovation technique, numérique, médicale... On en fait des pôles de technicité tout en déshumanisant la vocation de l'hôpital qui, historiquement, était aussi une vocation sociale. Les dernières politiques de santé tendent vers un hôpital très technicisé, avec une passion pour l'innovation au détriment des besoins de la population. Ce doit être un lieu de soins et non plus un lieu d'accueil, il n'y a plus de place pour la médecine sociale.

Dernière-née des modes marchandes de l'hôpital, le « virage ambulatoire », mesure phare du plan « Ma santé 2022 » est une autre manière de réaliser des économies, en cherchant à raccourcir le temps de séjour des patients. Cette mesure s'inscrit dans un contexte particulièrement précaire pour les hôpitaux de proximité dont les fermetures sont à la hausse. La raison de cette focalisation sur l'ambulatoire est plus simple : il est par définition plus économe en personnel, l'hospitalisation de jour ne nécessitant que du personnel de jour. Notons enfin quelques chiffres plus larges, conséquences eux-aussi de la rationalisation des coûts à l'hôpital :

- 2003 à 2016 : suppression de 13% des lits (- 64 000)
- 2005 à 2009 : hausse de 11% de l'activité dans le secteur hospitalier quand dans le même temps l'emploi n'a progressé que de 4% (surcharge de travail)

D'une manière plus générale, c'est bien l'industrialisation du soin qui est mise en place.

En 2016 le nombre de lits d'hôpitaux est passé à 6 pour 1000 habitants (il est de 8 pour 1000 habitants en Allemagne). Ce chiffre était de 8,49 en 1997. Les dirigeants évoquent les progrès de la médecine et l'augmentation des soins en ambulatoire pour justifier cela. En réalité, la logique est inverse, l'ambulatoire est utilisé pour réduire le nombre de lits, c'est un objectif en soi pour certains dirigeants.

Une autre conséquence du virage ambulatoire qui est très peu évoquée est le décalage entre les prestations fournies par l'hôpital et les contrats de prise en charge par l'assurance complémentaire. Ces derniers n'évoluent pas aussi vite que les procédures à l'hôpital et sont en voie d'obsolescence dans certains cas de figure. L'ambulatoire poussé à son paroxysme implique une forte diminution du nombre d'hospitalisations alors que la plupart des procédures nécessitent des soins post-opératoires (plus ou moins importants). Or, les patients passant par la case de l'ambulatoire retournent à leur domicile le jour même et les soins à domicile programmés après une opération ne sont pas couverts par leurs contrats d'assurance complémentaire, laissant alors un reste à charge plus important qu'un patient restant ne serait-ce qu'une nuit en hospitalisation et qui aurait été couvert pour la totalité des prestations dont il a bénéficié.

#### D. L'impact de ces politiques sur les conditions de travail des soignant(e)s

La gestion des ressources humaines n'échappe pas à cette logique de rationalisation puisque pour rationaliser l'hôpital, il faut nécessairement rationaliser le travail des soignants. Cela passe par le développement d'outils permettant de calculer la « charge en soins » infirmiers et des études pour réorganiser le travail. L'objectif est d'identifier les temps morts, le sureffectif, la mauvaise répartition des tâches... Ces études ont abouti à une rationalisation de l'organisation du travail des infirmier(e)s avec, notamment :

- Flexibilisation des horaires ;
- Exclusion des temps de pause et de repas du temps de travail effectif ;
- Découpage minute par minute de la journée de soins pour affiner au plus près la masse salariale (au détriment des conditions de travail) ;
- Standardisation des tâches (les soins deviennent des actes identifiables comme sur une chaîne de montage).

Une fois de plus c'est l'aspect quantitatif qui est pris en considération alors que l'aspect qualitatif devrait être primordial en matière de soins. La conception de « soignant » bascule sur une dimension purement technique sans tenir compte de l'aspect relationnel qui tient une place importante dans cette profession. Les soignants ont vocation à devenir des « machines à soins ». Il en résulte un mal-être au travail pour ces personnels, pour qui l'impossibilité de fournir des soins de qualité est une des souffrances majeures. Les statistiques suivantes illustrent bien la dégradation des conditions de travail des soignants.

<b>Intensité du travail et pression temporelle en 2016</b>				En % des salariés
	<b>Ensemble</b>	<b>Privé (1)</b>	<b>Fonction publique</b>	<b>Fonction Publique Hospitalière</b>
<b>Avoir au moins 3 contraintes de rythme (2)</b>	35,2	37,4	27,4	42,4
Devoir toujours ou souvent se dépêcher	45,5	46,3	42,3	59,9
Devoir fréquemment interrompre une tâche pour une autre non prévue	65,3	64,7	67,5	78,8
Situation de tension avec le public	43,4	40,7	51,0	60,3
Champ : salariés ; France.				
(1) Y compris entreprises publiques (2) Rythme imposé par : déplacement automatique d'un produit ou d'une pièce, la cadence automatique d'une machine, d'autres contraintes techniques, la dépendance immédiate vis-à-vis du travail d'un ou plusieurs collègues, des normes de production ou délais à respecter en 1h au plus ou 1 jour au plus, une demande extérieure obligeant ou non une réponse immédiate, les contrôles ou surveillances permanents (ou au moins quotidiens) exercées par la hiérarchie				
<i>Source : Dares-DGAFP-Drees-Insee, enquête Conditions de travail 2013.</i>				

Quand 45,5% de l'ensemble des salariés sont contraints de devoir se dépêcher toujours ou souvent, cela concerne 59,9% du personnel hospitalier. Le personnel hospitalier est également celui qui doit le plus fréquemment abandonner une tâche pour une autre alors même qu'il considère que cela a un impact négatif sur leur travail (59,1% contre 45,9% pour l'ensemble des salariés). Quand on connaît l'importance de l'attention portée aux soins, on comprend la dangerosité pour les patients de contraindre le personnel hospitalier à un arbitrage entre plusieurs tâches.

Le manque d'effectifs fait également peser les contraintes sur un nombre réduit de personnes qui doivent assurer la continuité du service public. Ainsi en 2013, 26,2% des personnels hospitaliers ne disposaient pas de 48 heures consécutives de repos par semaine. 53,4% des personnels hospitaliers jugeaient avoir une charge de travail excessive et 43,7% déclaraient être souvent ou toujours sous pression.

Pire, pour l'année 2013 plus de la moitié des salariés de la fonction publique hospitalière (50,8%) ont déclaré être allés travailler alors qu'ils étaient malades, 80% d'entre eux l'ont même fait plusieurs fois dans l'année. Le niveau de tension qui règne à l'hôpital oblige donc littéralement ces salariés à se sacrifier, parfois au détriment de leur propre santé.

Sachant cela, on comprend aisément que selon un sondage de l'Ordre national des infirmiers de 2018, 63% des soignants déclarent souffrir d'un ou plusieurs symptômes d'épuisement professionnel. Cette situation fait donc courir à la fois un risque aux patients mais également aux soignants et tout le personnel hospitalier.

Il est évident que la santé est un secteur particulier qui ne doit pas laisser place à l'empressement et où la qualité des soins doit primer sur toute autre considération.

<b>Contraintes et risques physiques des salariés en 2013</b>				En % des salariés
	<b>Ensemble</b>	<b>Privé</b>	<b>Fonction publique</b>	<b>Fonction Publique Hospitalière</b>
<b>Au moins trois contraintes physiques intenses</b>	34,9	35,8	31,7	<b>52,2</b>
Rester longtemps debout	50,8	49,9	54,1	<b>69,1</b>
Rester longtemps dans une autre posture pénible	34,7	35,2	33,1	<b>41,8</b>
De porter ou déplacer des charges lourdes	40,8	41,7	37,8	<b>61,0</b>
D'effectuer des mouvements douloureux ou fatigants	36,9	37,7	34,0	<b>54,7</b>
Champ : salariés ; France.				
<i>Source : Dares-DGAFP-Drees-Insee, enquête Conditions de travail 2013.</i>				

Concernant les contraintes et risques physiques, on voit que la problématique est la même pour le personnel hospitalier. Pour le chiffre le plus global, on relève que 52,2% des salariés de la fonction publique hospitalière cumulent 3 contraintes physiques intenses contre 34,9% pour l'ensemble des salariés. Une fois de plus, ces 34,9% ne sont pas satisfaisants mais cet écart à la moyenne est révélateur de la dureté des conditions de travail dans la fonction publique hospitalière.

Ces conditions de travail ne sont pas une fatalité propre au secteur. C'est tout simplement le résultat du manque de moyens et du manque d'effectifs. Si l'on prend par exemple les charges lourdes, cela s'explique par le fait que les équipements nécessaires ne sont pas disponibles et/ou que les personnels doivent souvent assumer seuls des tâches qui nécessiteraient d'être à plusieurs.

Le risque pour les salariés est réel, en 2013 le nombre de salariés concerné par au moins un accident du travail était d'ailleurs 24% plus élevé que dans l'ensemble des autres secteurs.

<b>Exigences émotionnelles et violence au travail en 2013</b>				En % de salariés
	<b>Ensemble</b>	<b>Privé</b>	<b>Fonction publique</b>	<b>Fonction Publique Hospitalière</b>
Être en contact direct avec le public	70,9	66,8	84,8	<b>91,4</b>
Vivre des situations de tensions dans les rapports avec le public	30,6	26,9	42,8	<b>50,6</b>
Devoir cacher ses émotions ou faire semblant d'être de bonne humeur	30,6	29,1	35,5	<b>40,5</b>
Être en contact avec des personnes en situation de détresse	44,5	37,9	66,7	<b>85,4</b>
Devoir calmer des gens	53,4	48,0	71,7	<b>85,0</b>
Vivre au moins un comportement hostile	36,5	35,7	39,5	<b>44,9</b>

	Ensemble	Privé	Fonction publique	Fonction Publique Hospitalière
<b>Au cours des 12 derniers mois, avoir été victime...</b>				
D'une agression verbale de la part du public	18,4	15,4	28,6	<b>38,2</b>
D'une agression physique ou sexuelle de la part du public	2,5	1,9	4,6	<b>9,1</b>
Champ : salariés ; France.				
<i>Source : Dares-DGAFP-Drees-Insee, enquête Conditions de travail 2013.</i>				

Même constat pour les exigences émotionnelles. On pourrait penser que c'est propre à l'activité hospitalière, cela ne rend pas pour autant la situation plus acceptable, d'autant plus quand ces contraintes s'ajoutent à celles évoquées précédemment.

Par ailleurs, certains aspects comme les situations de tension et de violence entre le personnel et le public sont exacerbées par la baisse de qualité et l'attente inhérente à la diminution des financements et la dégradation du service public offert aux usagers. L'Etat laisse le personnel hospitalier faire face au mécontentement des usagers alors que c'est la politique choisie qui a générée ces tensions.

<b>Conflits de valeur en 2013</b>	En % des salariés			
	Ensemble	Privé	Fonction Publique	Fonction Publique Hospitalière
Devoir faire trop vite une opération qui demanderait davantage de soin (toujours, souvent)	27,8	26,9	30,6	<b>39,7</b>
Devoir faire des choses que je désapprouve (toujours, souvent)	9,8	9,9	9,5	<b>10,5</b>
Ne pas ressentir la fierté du travail bien fait (toujours, souvent)	32,6	31,8	35,4	<b>36,2</b>
Champ : salariés ; France.				
<i>Source : Dares-DGAFP-Drees-Insee, enquête Conditions de travail 2013.</i>				

Enfin, comme le montre le tableau, l'impossibilité d'effectuer les tâches correctement est une source de souffrance pour le personnel hospitalier. L'engagement dans la fonction publique hospitalière résultant souvent d'une volonté de servir l'intérêt général, le sentiment de satisfaction éprouvé au travail s'en trouve fortement diminué. Le personnel hospitalier se trouve actuellement dans une situation extrêmement difficile où il est constamment tiraillé entre sa volonté d'exercer sa profession du mieux possible et de l'autre la réalité à laquelle il est confronté, l'empêchant d'accomplir ses tâches comme il le souhaiterait. Ce décalage engendre chez de nombreux soignants une perte de sens dans leur travail, amenant à des

situations de perte de motivation, d'épuisement professionnel voire de pensées suicidaires. Il est donc primordial de donner au personnel hospitalier les moyens de leurs ambitions, sous peine de faire perdre tout sens à ces métiers d'engagement et de vocation.

La plupart des chiffres évoqués ici datent de 2013, mais ils montrent que la crise de l'hôpital couve depuis plusieurs années et aujourd'hui les statistiques sont encore plus alarmantes.

On assiste également à une précarisation des personnels hospitaliers dans la mesure où les recrutements se font massivement sous le statut de contractuel. Ainsi la fonction publique hospitalière ne comptait en 2016 que 70% de fonctionnaires contre 75% dans la fonction publique territoriale. La situation va en se dégradant puisqu'en 2016 le nombre de fonctionnaires a diminué de 0,4% alors que le nombre de contractuels a augmenté de 3,6%. Cette précarisation va d'ailleurs s'accroître avec le projet de loi de transformation de la fonction publique adopté par l'Assemblée Nationale le 28 mai 2019.

#### IV. Conclusion

La crise sévissant aujourd'hui à l'hôpital public et plus généralement dans le secteur de la santé est le résultat de multiples facteurs dont la plupart trouve son origine dans la succession des politiques d'austérité mises en place par le gouvernement.

Encore récemment, le premier ministre Édouard Philippe a reconnu que la situation du secteur sanitaire était grave et que le gouvernement comptait l'améliorer par le biais de la loi proposée par la ministre de la Santé Agnès Buzyn. La réforme intitulée « Ma santé 2022 » doit définir notre système de santé pour les 50 ans à venir. Parmi les mesures principales on retrouve :

- Répartition des hôpitaux en 3 niveaux :
  - 1) Les hôpitaux de proximité ;
  - 2) Les hôpitaux de recours ;
  - 3) Les hôpitaux de référence (les CHU constituent cette dernière catégorie).
- Nomination des responsables médicaux en fonction de leurs compétences managériales ;
- Création d'un statut unique de praticien hospitalier (suppression du concours) dans le but de faciliter l'exercice mixte libéral et public ;
- Diversification des modes de financement avec plafonnement du financement par la T2A à 50% et création de financements au forfait ;
- Mise en place de nouveaux indicateurs de performance destinés à mesurer la qualité des soins ;

- Suppression du numerus clausus à l'issue de la première année du PACES<sup>1</sup> pour pallier à la problématique des déserts médicaux.

Loin d'apporter des solutions à la crise actuelle, le projet de loi assure en fait la domination du secteur privé et poursuit le démantèlement du service public.

La création des hôpitaux de proximité et la suppression du statut de praticien hospitalier de la fonction publique sont autant de mesures favorables à l'initiative privée, ne répondant en aucun cas aux besoins de la population et dont les conséquences sont prévisibles :

- Des dépassements d'honoraires systématiques ;
- Des restes à charge trop élevés ;
- Des délais d'attente de plus en plus longs pour obtenir un rendez-vous sur les créneaux « publics » ;
- L'accentuation de l'engorgement des urgences ;
- Des trajets toujours plus longs à effectuer pour accoucher ou se rendre à une consultation de spécialiste ou de chirurgien.

Les hôpitaux de proximité n'auront pas vocation à pratiquer des actes de chirurgie ou d'activités de maternité. La fermeture de ces services est donc prévisible dans les établissements choisis pour être labellisés « hôpital de proximité », ce qui entraînera suppressions de postes et restructurations. Par ailleurs, l'Etat s'octroie la liberté de fixer les conditions d'obtention du label hôpital de proximité (missions, modalités de gouvernance, organisation, fonctionnement) et prévoit d'en labelliser 500 à 600 d'ici 2022.

Les nouveaux modes de financement à venir sont définis comme des financements à la pertinence, des financements à la qualité s'inscrivant ainsi totalement dans une logique de rationalisation et de concurrence marchande puisque le respect de la pertinence et de la qualité des actes médicaux conditionnera l'allocation de moyens financiers ou l'application d'un malus pour non-respect.

Le financement au forfait rejoint le principe du financement par la T2A et donc toutes les dérives qui en découlent. Il y a quand même une nouveauté parmi les financements au forfait. Il s'agit du forfait de coordination qui a été créé pour inciter les services d'urgences à réorienter les patients les plus légers vers une prise en charge par la médecine de ville et qui sera versé chaque fois qu'un patient sera redirigé vers la médecine de ville avec fixation d'un

---

<sup>1</sup> Première Année Commune des Etudes de Santé



rendez-vous. En plus d'alourdir les tâches administratives des soignants, on entre désormais dans une ère de refus de soins par le service public.

Enfin, bien que le nombre de médecins soit insuffisant en France, la suppression du *numerus clausus* ne peut, à elle seule, remédier à ce problème, d'autant plus que le principe de libre installation donne au médecin le choix de son mode d'exercice et d'implantation géographique. Sans redynamisation des territoires ruraux et de certaines spécialités médicales, il y a peu de chances de voir aboutir cette mesure.

Par le biais du plan « Ma santé 2022 », le gouvernement réaffirme son déni quant aux origines de la crise du secteur sanitaire en France. Les sources du problème seraient donc liées à une mauvaise organisation et non pas à un manque de moyens. La continuité de la baisse de l'ONDAM et les politiques initiées de baisse des cotisations sociales affichent la volonté de l'État de ne pas augmenter les moyens alloués au secteur sanitaire malgré les 70 millions d'euros débloqués par la ministre de la Santé il y a quelques jours en réponse aux revendications des grévistes. Cela ne représente malheureusement qu'une goutte dans l'océan des besoins du secteur et loin d'apporter une voie d'amélioration à la situation actuelle, la nouvelle réforme va, au contraire, intensifier ce climat de tensions et la précarité qui en résulte.

Par comparaison, le gouvernement prévoit l'attribution de 294,8 milliards d'euros entre 2019 et 2025 à l'armée par le biais de la loi de programmation militaire. Son budget augmentera de 1,7 milliard d'euros par an de 2019 à 2022, puis de 3 milliards par an jusqu'en 2025. De l'argent il y en a donc et « économie » n'est pas le mot d'ordre sur tous les postes de dépenses, ce qui affiche bien les priorités du gouvernement.

Comme disait justement Albert Einstein : « On ne résout pas les problèmes avec les modes de pensée qui les ont engendrés. »

**Note réalisée par l'Espace Revendicatif** (Anne BRAUN, Alya LÉCRIVAIN, Diane BEAUDENON, Victorien PÂTÉ, Mathieu COCQ).

## V. Bibliographie

BELORGEY N. (2011), « *Réduire le temps d'attente et de passage aux urgences* », Actes de la recherche en sciences sociales, n°189

GRANGER B. (2019), « *Ma santé 2022 : un plan ambitieux, des moyens limités* », Le Débat, n°203

GODIN R. (2019), « *Pourquoi l'hôpital manque de moyens* », Médiapart

Domin J.P. (2015), « *Réformer l'hôpital comme une entreprise. Les errements de trente ans de politique hospitalière (1983-2013)* », Revue de la Régulation, n°17, MSH Paris-Nord

JUVEN P.A, PIERRU F, VINCENT F, (2019), « *La casse du siècle : à propos des réformes de l'hôpital public* », Éditions Raisons d'agir

(2014), « *Les conditions de travail des salariés dans le secteur privé et la fonction publique* », Dares Analyses, n°102

(2017), « *Quelles sont les évolutions récentes des conditions de travail et des risques psychosociaux ?* », Dares Analyses, n°086

Le cours d'action publique du master 1 APRS de Sabine Rozier (enseignante-chercheuse à l'IRISSO)