

**SERVICE PUBLIC HOSPITALIER
ET
VALEURS HOSPITALIERES**

HISTOIRE DEPASSEE OU MODERNITE ?

**E. COUTY
ANFH
REIMS
Novembre 2017**

- Le service public hospitalier est de construction récente (1970) mais il repose sur des valeurs humanistes affirmées dès le 18^{ème} siècle (siècle des lumières)
- Ces valeurs sont l'expression moderne de principes d'inspiration humaniste encore plus anciens

- I- Une dynamique historique pour un grand service public de santé...
- II- ...Freinée par des mouvements politiques et sociaux à caractère plus libéral.
- III- Le Conseil National de la Résistance, la solidarité nationale et les valeurs de la République moderne. La création du SPH.
- IV- Le service public hospitalier « à la française » confronté au droit européen, disparition...(2009)
- V- ...puis rénovation du service public hospitalier sur des valeurs réaffirmées (2016) mais face à de nouveaux défis.

I- UNE DYNAMIQUE POUR UN GRAND SERVICE PUBLIC DE SANTE...

- **MOYEN AGE**: Etablissements créés par l'Eglise qui en assure le financement et la gestion, ou par de riches particuliers : gratuité (Hôtel Dieu Lyon ou Paris) accueil des indigents
- **XVI ème et XVII ème siècles**: le pouvoir royal souhaite mieux contrôler ces établissements (bureau de l'Hôtel Dieu de Paris créé par le roi en 1505, Hôpital Saint Louis en 1617 pour les contagieux, Edit de Louis XIV en 1656 crée l'HÔPITAL GENERAL.) L'hôpital général est un lieu d'enfermement des mendiants, enfants abandonnés, marginaux auquel est confié une mission d'ordre public (Bicêtre)

- **L'ÉPOQUE REVOLUTIONNAIRE** voit la nationalisation des biens hospitaliers (Décret du 11 juillet 1794) qui furent dispersés et vendus: problème de financement des établissements. Projet de création d'une assistance nationale pour les démunis. Création des officiers de santé chargés de missions de prévention et de soins auprès de la population

- **LE DIRECTOIRE** abandonne, en 1795, le projet de création d'une assistance nationale et confie la gestion et le financement des hospices et hôpitaux à des organismes communaux.

- Il faut attendre la fin du XIXème siècle pour voir l'hôpital accueillir ses premiers malades payants, et le XXème siècle pour qu'il affirme sa vocation d'établissement de soins, pour que la dimension éthique prenne toute sa place et que la prise en charge soit solvabilisée en tout ou partie par les assurances sociales puis par la sécurité sociale créée sur les valeurs du Conseil National de la Résistance

- **Les grandes étapes législatives**

- L. du 16 vendémiaire an 6 (octobre 1796): place l'hôpital sous la responsabilité de la commune et crée une commission administrative de surveillance.
- L. du 7 août 1851: première charte hospitalière, mission « d'assistance publique de l'hôpital », création de l'assistance publique à Paris.
- L. du 14 juillet 1905: droit pour tout français privé de ressources ou âgé de plus de 70 ans ou atteint d'une maladie incurable à être admis dans un hospice ou un asile
- L. du 21 décembre 1941 et décret du 17 avril 1943: ouvrent l'accès de l'hôpital aux malades payants. Création des services médicaux. Les recettes issues du prix de journée (1913) s'ajoutent aux dons, legs et subventions.

II- ...CONTRARIEE PAR DES MOUVEMENTS POLITIQUES ET SOCIAUX A CARACTERE PLUS LIBERAL

-Le Directoire abandonne le service national
d'assistance

-Tout au long du 19^{ème} siècle combat entre le corps
de officiers de santé et celui, des docteurs en
médecine.

Fin 19^{ème} : la loi Chevandier supprime les officiers de
santé. Seuls les docteurs en médecine ont le droit de
faire des soins.

- En 1927 la charte de la médecine française pose les principes de l'exercice médical en opposition à toute intervention de l'Etat:
 - Liberté de choix
 - Liberté d'installation
 - Liberté de prescription
 - Liberté de fixer des honoraires
 - Secret médical

- Depuis l'époque révolutionnaire à partir de laquelle les valeurs d'égalité et de solidarité ont commencé à devenir universelles, jusqu'au milieu du 20^{ème} siècle (2^{ème} guerre mondiale) l'émergence d'un service public hospitalier et a fortiori d'un service de santé fondé sur ces valeurs se heurte aux hésitations résultant des alternances politiques et du débat sur le rôle et les missions de l'Etat interventionniste ou libéral.
- Parallèlement les établissements confessionnels, caritatifs poursuivent leur action.

- Cette « hésitation » de l'histoire est confortée par:
 - L'absence de financement durable
 - Le caractère quasi exclusif d'hébergement dans les hôpitaux hospices (caritatif, humanitaire ou sécuritaire)

Cela explique peut être la construction tardive du service public hospitalier pourtant construit sur des valeurs universelles

III-LE CONSEIL NATIONAL DE LA RESISTANCE, LA SOLIDARITE NATIONALE ET LES VALEURS DE LA REPUBLIQUE MODERNE

- A la libération les valeurs républicaines de liberté d'égalité, de fraternité ont été réaffirmés fortement. Sur la base des travaux du Conseil National de la Résistance:
 - La solidarité nationale , traduction de ces valeurs républicaines se traduit par la création de la Sécurité sociale (assurance maladie, vieillesse, famille...)
 - C'est grâce à cette avancée majeure que nait véritablement l'hôpital et avec lui le système de soin.

L'obstacle de la solvabilisation des soins est levé

- Les progrès scientifiques et techniques, l'innovation deviennent accessibles à tous et le système connaît un développement qui n'a pas cessé depuis.
- MAIS le débat entre une dynamique interventionniste de l'Etat et une dynamique purement libérale est finalement réglé par une position médiane: la création de l'assurance maladie

- Le système est fondé sur les grandes valeurs républicaines de solidarité, d'égalité, de laïcité
- Mais il repose sur un financement assurantiel géré par les partenaires sociaux n'impliquant ni l'Etat, ni les professionnels, la relation triangulaire qui s'installe entre l'Etat constitutionnellement garant de l'égalité d'accès, l'assurance maladie expression de la solidarité et les professionnels qui assurent la prise en charge est source de nombreuses ambiguïtés.

- Ambiguïtés de pilotage (Etat/AM)
- Lisibilité pour les professionnels (mécontentement envers les « pouvoirs publics » Etat=AM)
- Lisibilité pour les usagers
- Risque de perte de repères et de système de valeurs: logique du financeur / logique du régulateur

- En écho à cette structuration du système de soins l'hôpital change:
 - Établissement de soins avec une mission sanitaire, la prise en charge des malades et la poursuite d'une mission sociale héritée de son histoire
 - Forte diversification des disciplines médicales, multiplication des métiers
 - Sophistication et densification des soins, nouveaux modes de prises en charge
 - Émergence discrète puis mieux affirmée des droits des patients puis de la démocratie sanitaires

LA CREATION DU SERVICE PUBLIC HOSPITALIER

• Ambition d'organiser l'offre de soin

- 1) Ordonnances des 11 et 30 décembre 1958 (R.Debré): création des CHU (convention hôpital-faculté de médecine) et du temps plein hospitalier pour les missions de soin, d'enseignement et de recherche.
- 2) Loi du 31/12 1970: création du service public hospitalier, condition d'association et de participation des établissements privés au SPH, directeur ordonnateur des dépenses et représentant légal de l'établissement, planification par la carte sanitaire, classement des hôpitaux: hôpitaux ruraux, centres hospitaliers généraux et centres hospitaliers régionaux

- La loi du 31/12/1970 crée le SPH et l'aligne sur les grands services publics: principes d'égalité, de neutralité, de continuité et d'adaptabilité
- Cependant la loi prends en compte les différents modes d'organisation et les différents statuts d'établissements : seuls les établissements publics assurent les missions et obligations du service public, les établissements privés non lucratifs peuvent participer ou être associés, les établissements privés commerciaux peuvent, sous certaines conditions, être concessionnaires de service public.

- Le service public hospitalier, ses missions, les obligations des établissements qui l'assure sont désormais inscrits dans le code de la santé publique
- Ce service public, le dernier créé, repose sur les valeurs emblématiques de solidarité, d'égalité, de neutralité et leur déclinaison concrète qui se traduisent par le respect de l'autre, le devoir de secours et d'assistance....
- Ce sont ces valeurs qui donnent tout son sens à l'action des professionnels sur le terrain et qui expliquent leur engagement.

- La loi de 1970 a eu pour ambition de créer, avec l'ensemble des établissements publics et privés, « *un grand service public unifié de l'hospitalisation* », « *un dispositif rationnel destiné à couvrir progressivement l'essentiel des besoins sanitaires du pays* » (exposé des motifs)
- Ce système a été questionné par le droit européen qui ne connaît pas le service public mais le service d'intérêt général et le service d'intérêt économique général situé dans le champ concurrentiel.

IV- LE SERVICE PUBLIC « à la française » CONFRONTE AU DROIT EUROPEEN....DISPARITION...(2009)

L'Union européenne, dans la perspective de la réalisation d'un grand marché européen ignore le concept français de service public et préfère le service d'intérêt général dont découle concrètement le service d'intérêt économique général (SIEG) qui par principe entre dans le champ de la concurrence.

- Ce cadre concurrentiel suppose:
 - La séparation des fonctions de régulation et des activités d'exploitation
 - La séparation de la gestion de l'infrastructure et de la fourniture des services
 - L'individualisation de l'entreprise permettant son éventuelle privatisation

Cela a concerné en France les services publics dits industriels et commerciaux: poste, télécommunications, transports, énergie (gaz et électricité).

Sur la pression du Parlement la commission a précisé qu'il **relève du choix des Etats de recourir ou non à des systèmes marchands pour la fourniture de services sociaux ou de santé** c'est une catégorie supplémentaire les services sociaux d'intérêt général (SSIG)

- La commission, à la suite de la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes retient pour le service public hospitalier la notion de « service universel ».
- Ce service universel doit répondre a des obligations:
 - Universalité (accès pour tous les groupes de population)
 - Continuité
 - Fiabilité
 - Équilibre géographique
 - Égalité
 - Prix abordables

- Le traité de Lisbonne entré en vigueur en 2009 semble avoir réglé ces ambiguïtés en introduisant la catégorie de « service non économique d'intérêt général » dans laquelle sont rangés les services de santé et de soins médicaux
- Enfin la Charte des droits fondamentaux équivalente aux traités affirme: « *toute personne a le droit d'accéder à la prévention en matière de santé et de bénéficier de soins médicaux dans les conditions établies par les législations et politiques nationales* »
- Cette disposition rappelle la valeur princeps de solidarité

- Il faut préciser enfin que la directive services (2006) précise expressément qu'elle ne s'applique pas aux services de soins de santé quelle que soit la manière dont ils sont assurés ou financés (établissements publics ou privés, financement national public ou privé).
- Néanmoins les hôpitaux étant considérés par le droit européen comme des entreprises il faut veiller à ce que les tarifs et les aides soient précisément justifiés pour ne pas être qualifiés d'aides d'Etat interdites par le droit européen. (pb des MIGAC et des tarifs publics supérieurs aux tarifs privés)

- C'est dans ce contexte que la loi HPST du 21 juillet 2009 a redéfini les missions de service public et supprimé le service public hospitalier.
- Le SPH disparaît du code de la santé publique il est remplacé par le principe d'un mandat (plus conforme au droit européen) donné par l'Etat (ARS) à des opérateurs publics ou privés pour assurer des missions de service public.
- Les missions de service public définies limitativement par la loi sont au nombre de 14 (pb mission de soin)

- Ce choix politique majeur rompt avec les valeurs humanistes historiques qui fondent le service public
- Il réserve de fait aux seules missions de service public assurées sur mandat des pouvoirs public par des opérateurs l'exclusion du champ de la concurrence
- Par défaut toutes les autres missions (soins généraux par exemple) se retrouve dans le champ concurrentiel...
- C'est ainsi que la majorité des activités d'un hôpital public sont dans le champ de la concurrence et soumis à ses règles (tarifs et aides publiques)
- Enfin la majorité des activités des personnels de la fonction publique hospitalière ne sont plus des activités de service public

- Cette rupture radicale issue d'une lecture rigide du droit européen sépare l'activité hospitalière publique de ses valeurs fondatrices: solidarité, égalité notamment.
- La suppression du service public hospitalier, la vision hôpital entreprise conjuguée à une application de la T2A générant une course à l'activité et à la concurrence entre établissements conduit à une perte du sens et une perte des repères pour les professionnels

V. Rénovation du service public hospitalier sur des valeurs réaffirmées mais face à de nouveaux défis

La loi du 26 janvier 2016 rétablit le service public hospitalier et le réintègre dans un chapitre du code de la santé

Ce service public rénové retrouve ses obligations classiques d'égalité d'accès, de continuité, de neutralité et d'adaptabilité.

Le principe de neutralité recouvre la question de la laïcité il impose aux personnels de traiter tous les usagers en faisant abstraction de leurs croyances ,et de leurs opinions. Il leur impose de ne pas faire état de leurs propres opinions ou croyances. Circ. DHOS du 2/2/2005 et charte de la laïcité dans les services publics (2007)

- Ce service public hospitalier rénové doit satisfaire à des obligations nouvelles:
 - accueil adapté (handicap, précarité),
 - permanence des soins,
 - prévention,
 - absence de dépassements tarifaires,
 - représentation des usagers
 - transparence des comptes (transmission à l'ARS)
- Obligations toutes justifiées par la solidarité

- Les principaux défis à relever pour ce service public du 21^{ème} siècle/
 - Sortir des murs et réussir l’ancrage territorial pour réduire les inégalités territoriales coopération # concurrence, coopérations entre professionnels, coopération ville hôpital....
 - S’adapter aux nouveaux besoins: transition démographique et transition épidémiologique (réforme du financement, parcours de soin, de santé, de vie (avec le médico-social)).
 - Intégrer les actions de prévention (redéploiement des compétences) pour améliorer l’espérance de vie sans incapacités après 65 ans
 - Adapter les formations initiales et continues en conséquence

- Comprendre et accompagner l'émergence de la démocratie en santé et la présence des représentants des usagers dans l'ensemble du système (co-construction)
- Réussir le positionnement en tant qu'acteur de santé (soins et santé publique) et développer une culture de santé publique.
- Contribuer à la pérennité et à la stabilité du système de protection sociale
- Contribuer à la bonne diffusion des innovations.
- Garantir l'égal accès aux innovations thérapeutiques

- **APRES 2016**
- **A l'hôpital:** émergence très forte des problèmes liés aux risques psycho sociaux: burn out, harcèlements....
- la question de la qualité de vie au travail et la question du sens de l'activité de chacun prennent une plus grande ampleur
 - **2017 plan QVT pour l'hôpital:** mission QVT, observatoire des pratiques, médiateur national
 - **Encadrement soignant et conditions de travail en EHPAD** (rapport com.Aff.Soc. de l'AN septembre 2017)

- **Annonce par la ministre Madame Agnès BUZYN de la stratégie Nationale de Santé:**

Pour 2017/2022

Concertation pendant l'automne, adoption fin 2017

Quatre Priorités:

1°) **Santé publique**: promotion alimentation saine, activité physique, prévention des maladies infectieuses, lutte contre conduites addictives, promotion de la santé mentale, environnement et conditions de travail favorables à la santé.

- **2°) Lutte contre les inégalités d'accès aux soins:** déserts médicaux, parcours organisé sur le territoire centré sur le besoin des patients
- **3°) Pertinence et qualité des soins:** réforme progressive de la T2A pour un financement au parcours qui rémunère la qualité et la pertinence des actes et des soins, formation des professionnels
- **4°) Innovation organisationnelle, médicale, technologique ou numérique:** meilleure association des patients, des usagers et des professionnels

- EN CONCLUSION:
 - Pour un service public hospitalier porteur de fortes exigences pour les patients: respect des droits individuels et collectifs, respect de la personne, qualité et sécurité de la prise en charge
 - Pour un service public hospitalier porteur des mêmes exigences pour les professionnels qui y travaillent: respect et considération pour l'autre, collègue de travail, collaborateur ou supérieur hiérarchique
 - Pour un service public hospitalier dont l'emblème serait la bientraitance construite sur un management participatif responsable, conscient de sa responsabilité sociale

- Pour ce service public hospitalier rénové les valeurs fondatrices sont plus que jamais nécessaires et il est important de les rappeler régulièrement.
- Ces valeurs universelles de solidarité, d'altérité, d'égalité, de recherche de l'intelligence collective, qui créent du lien et « font la vie bonne » sont le moyen de surmonter les difficultés conjoncturelles, elles structurent solidement l'institution et fédèrent les professionnels qui y travaillent en donnant du sens à leur action
- Elles sont plus que jamais dans la modernité

MERCI DE VOTRE ATTENTION