

Goutte à goutte ?

Une santé précaire

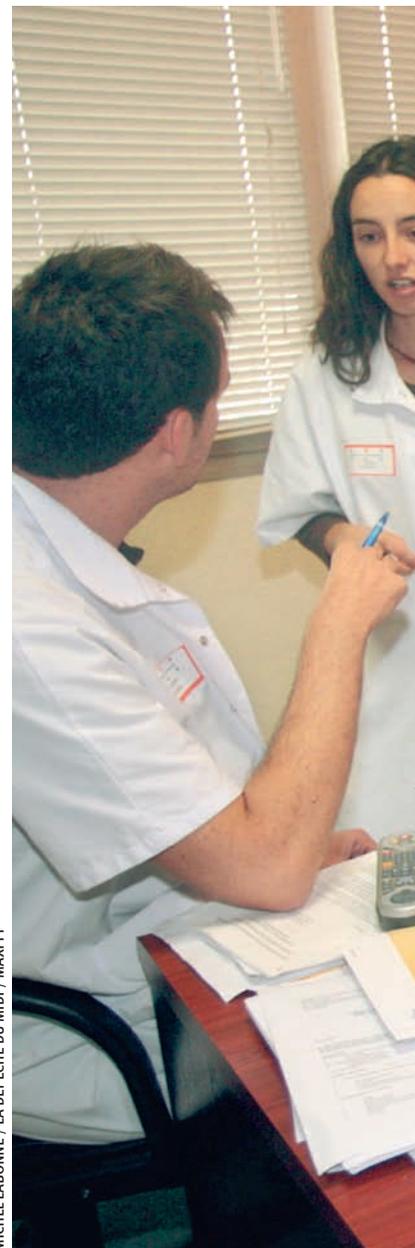
Adopté en conseil des ministres en octobre dernier, le projet de loi baptisé « Hôpital, santé, patients, territoires » devrait, au début 2009, être examiné en urgence par les parlementaires. C'est que l'on estime à 2,6 millions le nombre de Français qui ont des difficultés à avoir accès à un médecin. Au cours des vingt dernières années, en dépit des multiples réformes engagées, le système de santé s'est considérablement affaibli, avec des hôpitaux en fort déficit, une pénurie de personnels qualifiés, une mise à contribution croissante des assurés sociaux, la fermeture de services de proximité...

Des personnels au bout du rouleau

Du point de vue du Chu de Toulouse, l'équation est claire : quatrième en France en termes d'activité (plus de 2 800 médecins et près de 10 000 personnels hospitaliers), depuis 2005 parmi les sites pilotes de la réforme en cours, le Chu se doit d'avancer des propositions « innovantes » pour optimiser la gestion des équipes de soignants. Ainsi, l'alternance de deux services de douze heures sur une journée permettrait de faire des économies de personnel... Mais les soignants sont déjà au bout du rouleau. Quelle qualité de soins dans ces conditions ?

Partir des besoins, une utopie ?

Pour la Cgt, il y a nécessité de remettre le patient au cœur du système, avec l'objectif qu'il soit en bonne santé pendant la plus grande partie de sa vie. D'où l'importance cruciale qu'elle accorde à la prévention comme à la santé au travail. Si le système doit évoluer, c'est bien la réponse aux besoins de santé qui doit guider les réformes, et non des objectifs comptables.



MICHEL LABONNE / LA DEPECHE DU MIDI / MAXPPP



SOMMAIRE

CHU TOULOUSE :
HOSPITALIERS AU BORD
DE LA CRISE

PAGES 17-19

REPÈRES

PAGE 20

POINT DE VUE
DE CHRISTOPHE ADAM :
UN SYSTÈME DE SOINS
SOLIDAIRE, SINON RIEN

PAGE 21

PROJET DE LOI :
MOINS DE SERVICE PUBLIC,
MOINS DE DÉMOCRATIE

PAGES 22-23

TABLE RONDE

PAGES 24-27



Chu Toulouse Hospitaliers au bord de la crise...

« *Trop c'est trop* » : en ce jour d'octobre, les personnels des hôpitaux de Toulouse sont une nouvelle fois mobilisés – et l'étaient toujours au début décembre. Ils protestent en particulier contre l'organisation du travail en voie d'être expérimentée aux urgences pédiatriques et à la réanimation néonatale. La direction du Chu propose aux personnels d'y instaurer des temps de services de douze heures, et certaines équipes ne se sont pas montrées hostiles au projet. « *Les infirmières concernées sont tentées par la perspective de concentrer leur temps de travail pour gagner des jours de repos, limiter les week-ends à l'hôpital et les trajets domicile-travail, économie non négligeable quand le salaire reste faible.* » Monique Palhol,

infirmière dans le service de médecine vasculaire de l'hôpital de Rangueil, comprend certaines motivations de ses collègues mais rappelle que cet épisode témoigne surtout d'un contexte alarmant : « *Cette réorganisation du travail n'a pas été soumise au débat et à l'approbation des organisations représentatives du personnel. Cela aurait pourtant permis d'en expliquer les enjeux et les dangers.* »

Du point de vue du Chu de Toulouse, l'équation est claire. Quatrième en France en termes d'activité (plus de deux mille huit cents médecins et près de dix mille personnels hospitaliers), depuis 2005 parmi les sites pilotes de la réforme en cours, le Chu se doit d'avancer des propositions « innovantes » pour optimiser la gestion des équipes de ...

La direction du Chu propose aux personnels d'y instaurer des temps de services de douze heures, et certaines équipes ne se sont pas montrées hostiles au projet...

GOUTTE À GOUTTE

Chu Toulouse Hospitaliers au bord de la crise...

- ... soignants. Ainsi, l'alternance de deux services de douze heures sur une journée permettrait de faire des économies de personnel, la réduction de la masse salariale devenant un impératif catégorique... d'autant plus urgent que, pour la première fois dans la région de Toulouse, le personnel compétent prêt à travailler avec des conditions de travail qui se dégradent se raréfie. Mais une telle organisation du travail, dérogeant à la loi, est-elle souhaitable? *« Comment prétendre que les soignants pourront être efficaces, disponibles et attentionnés à l'égard des patients pendant douze heures d'affilée? Que restera-t-il des temps de pause, des indispensables moments de transmission entre collègues, alors que les protocoles ne cessent de se complexifier et d'imposer de nouvelles procédures techniques ou administratives? Si un tel système devait s'appliquer, voire s'étendre à d'autres services, les conditions de travail deviendraient encore plus catastrophiques. »* Or les soignants sont déjà au bout du rouleau: *« C'est de plus en plus difficile de croire en ce métier »*, souligne Monique, dont la fille, depuis peu de temps dans la profession, affirme déjà

Comment prétendre que les soignants pourront être efficaces, disponibles et attentionnés à l'égard des patients pendant douze heures d'affilée ?

qu'elle ne restera pas à l'hôpital toute sa vie. *« Notre travail a toujours été fatigant, insuffisamment valorisé et encore moins rémunérateur. Mais nous trouvions des gratifications dans le partage d'une identité professionnelle forte, des collectifs de travail solidaires et dans un relationnel enrichissant avec les patients, où la prévention et l'éducation à la santé trouvaient encore leur place. Aujourd'hui, on nous demande de faire vite et rentable, comme si le travail d'infirmière ou d'aide-soignant ne devait rien avoir de plus motivant que le travail à la chaîne. »* Plutôt que d'être sous pression et en souffrance à l'hôpital, nombre d'infirmières préfèrent désormais offrir leurs services au secteur privé, où elles peuvent espérer de meilleurs salaires – à l'hôpital, elles commencent leur carrière avec à peine plus du Smic – et des emplois du temps moins contraignants. D'autres deviennent libérales ou intérimaires. Ainsi, l'hôpital a de plus en plus recours à des infirmières qui interviennent ponctuellement: un système peu fiable, qui déstabilise les équipes et rend aléatoire la qualité des soins, du suivi ou de l'écoute auprès des patients.

Les infirmières ne sont pas les seules à sonner l'alarme. Les médecins également s'inquiètent de voir les services restreindre leurs offres de soins et leurs prestations aux actes codifiés par la fameuse *« tarification à l'activité »* (T2A), se limitant aux malades rentables, renvoyant les autres au secteur privé. Jacques Giron, médecin radiologue à l'hôpital Purpan, persiste pourtant à défendre une intervention approfondie des professionnels auprès des patients. Dans sa spécialité, par exemple, il affirme que des examens complémentaires et une double lecture des scanners (en morphologie et en scintigraphie) permettent de mieux confronter les regards et de mieux diagnostiquer et soigner les maladies complexes ou rares: *« Mais de tels examens n'existent pas au regard de la T2A, en vertu de quoi ce travail gratuit est donc considéré comme inutile. Nous sommes ainsi encouragés à ignorer les malades tels qu'ils sont, à nous contenter de les voir au travers des actes reconnus et tarifés par la T2A. »* La qualité du temps de présence et d'explication auprès du patient, la prévention sont de même jugées négligeables puisque n'entrant pas dans les actes techniques codifiés.

En plus de l'insatisfaction face au travail insuffisamment bien fait, le manque d'ambition et de curiosité scientifique résultant des logiques gestionnaires agit également comme un repoussoir aux yeux des nouvelles générations. Elles pourraient pourtant être tentées de rester à l'hôpital si celui-ci poursuivait sa mission de recherche et proposait des salaires et des statuts plus attractifs: *« Encore récemment, j'ai formé pendant des*



CLAUDE CANDILLE



La réforme, déjà bien avancée à Toulouse, affiche plus volontiers son obsession du coût que de l'amélioration de la prise en charge des malades.

mois un jeune très prometteur qui vient de rejoindre un cabinet de radiologie pour un salaire vertigineux. Comment lui en vouloir alors qu'au même moment nos statuts vont être revus à la baisse et qu'une réforme de notre retraite complémentaire va déprécier de 40% les futures retraites de ceux qui vont commencer à cotiser aujourd'hui ? »

Pour tous les acteurs de l'hôpital, c'est une inquiétante évidence, la réforme, déjà bien avancée à Toulouse, affiche plus volontiers son obsession du coût que de l'amélioration de la prise en charge des malades. Et cette injonction est tout aussi mal vécue dans les « coulisses », parmi les cadres supérieurs de santé chargés de mettre en cohérence les projets médicaux et l'organisation des services, arbitrant entre les contraintes budgétaires et la nécessité de prendre soin des patients. « Nous ne faisons plus vraiment le même travail », regrette Claude Sorina, en charge de l'organisation d'un des quatorze pôles cliniques (cf. < www.chu-toulouse.fr/-les-poles-de-gestion- >) représentant environ deux cents personnes. Elle résiste à sa manière à la révolution culturelle en cours, investissant toute son énergie à préserver la qualité et la sécurité des soins malgré les restrictions de

« NOTRE CŒUR DE MÉTIER, C'EST AMÉLIORER LES SOINS. MAIS, POUR L'HEURE, ON NOUS DEMANDE SURTOUT DE GÉRER LES SITUATIONS DE CRISE, DE PÉNURIE, ET DE TENIR LE FRAGILE ÉQUILIBRE ENTRE LE RISQUE ET LA SÉCURITÉ. »

moyens. « Notre marge d'initiative s'est limitée, notre éthique s'en trouve bousculée. Jusqu'à présent, le fait d'être issu de la filière soignante, de bien connaître l'hôpital, était constitutif de notre identité, et c'était un atout pour notre activité professionnelle. Aujourd'hui, l'hôpital semble avant tout chercher des gestionnaires, comme si la spécificité de notre travail, le rapport à la qualité et à la sécurité, le fait qu'il s'agit de prendre soin d'êtres humains étaient négligeables et s'effaçaient pour laisser place à des listes d'actes techniques codifiés, à des chiffres, dans un cadre économique prédéterminé. Avant, la communauté des soignants se développait et organisait son activité en fonction des besoins des patients. Aujourd'hui encore, nous aurions des projets à proposer, autour de la prévention et de l'éducation à la santé, par exemple, qui seraient valorisables financièrement, notamment auprès des diabétiques ou des asthmatiques. Nous aurions des propositions pour mieux former, organiser, stabiliser les équipes en fonction de la complexité des thématiques et des prises en charge. Notre cœur de métier, c'est améliorer les soins. Mais, pour l'heure, on nous demande surtout de gérer les situations de crise, de pénurie, et de tenir le fragile équilibre entre le risque et la sécurité. »

Les personnels ne baissent pas pour autant les bras. Ils ont par exemple obtenu que le maire refuse le budget 2009 du Chu, qui impliquait la suppression de trois cents équivalents temps pleins, et qu'il demande une rallonge budgétaire à l'Etat au nom du conseil d'administration. Ils persistent à défendre le maintien de toutes les activités au sein de l'hôpital, attachés à une certaine conception de leur travail et des soins que chacun devrait être en droit de recevoir à l'hôpital public. Jusqu'à quand ?

Valérie GÉRAUD

biblio

INÉGAUX FACE À LA SANTÉ

MONIQUE KAMINSKI, THIERRY LANG,
ANNETTE LECLERC,
ED. LA DÉCOUVERTE

LES ÉTATS-UNIS ET LA SANTÉ

COLLECTIF, "SÈVE", ÉDITIONS DE
SANTÉ/PRESSES DE SCIENCES PO

L'ÉTAT SOCIAL, MYTHES ET RÉALITÉS

JEAN-PIERRE ESCAFFRE,
CATHY SUAREZ, JEAN LOJKINE,
NOUVELLES FONDATIONS

COMMENT SAUVER VRAIMENT LA SÉCURIÉ

PHILIPPE PIGNARRE,
ED. LA DÉCOUVERTE

RÉFORMES ET RÉGULATIONS DES SYSTÈMES DE SANTÉ EN EUROPE

COLLECTIF, LA DOCUMENTATION
FRANÇAISE

web

- Le site de la Fédération Cgt de la santé et de l'action sociale : < www.sante.cgt.fr > . A lire, notamment, l'analyse de la Cgt sur le projet de loi « Hôpital, patients, santé et territoires ».
- Le site de l'Irdes (Institut de recherche et de documentation en économie de la santé) : < www.irdes.fr > . Parmi les thèmes analysés : les modes de protection sociale, l'hospitalisation, les recours aux médecins...
- Le site français de l'Ocde : < www.oecd.org/france-fr > . A consulter un rapport publié en octobre 2008 sur le thème : « La migration des professionnels de santé, le cas de la France. »

ENQUÊTE

Difficile recours aux soins

Tous les deux ans, l'Irdes (Institut de recherche et de documentation en économie de la santé) dresse un tableau de l'état de santé, des soins et de la protection sociale de la population française. Réalisée auprès d'un échantillon représentatif de vingt-deux mille personnes, l'édition 2006 de cette enquête permet, pour la première fois, de calculer – en pourcentage du revenu – le taux d'effort des ménages pour s'offrir une couverture complémentaire santé. Ce taux varie de 10 % pour les ménages les plus pauvres à 3 %

pour les plus aisés. Si, pour les premiers, ce taux d'effort est trois fois plus élevé, leur contrat offre par ailleurs des garanties inférieures à celui des seconds. Au total, 8 % des Français déclarent, dans cette enquête, ne pas avoir de couverture complémentaire santé (mutuelles, assurances privées ou institutions de prévoyance), ce qui représente cinq millions de personnes ; 14 % affirment avoir, au cours des douze derniers mois, renoncé à des soins pour des raisons financières.

SONDAGE

Une santé trop chère pour beaucoup

Les chiffres sont encore plus inquiétants si l'on se réfère à un sondage Ipsos réalisé pour le Secours populaire et publié en septembre 2008. Ce sondage montre en effet que ce sont quatre Français sur dix qui ont déjà renoncé à un soin ou l'ont retardé en raison de son coût. Parmi les soins les plus sacrifiés, on trouve en tête les prothèses dentaires (31 % des personnes interrogées) ou l'achat de lunettes ou de lentilles de contact (29 %), mais aussi la consultation d'un spécialiste (24 %), l'achat de médicaments (18 %), des radios ou des analyses en laboratoire

(16 %). Un autre facteur explique ce renoncement aux soins : l'éloignement géographique. C'est pour cette raison que 9 % des personnes interrogées par Ipsos ont ainsi renoncé à une visite chez le médecin généraliste. Au total, ils sont 85 % à estimer que leurs enfants ont plus de risques qu'eux de connaître un jour la pauvreté. Ce sondage a été publié dans le deuxième numéro de la revue *Convergence* « Alerte pauvreté » consacré au thème de la santé. En savoir plus sur < www.secourspopulaire.fr >, rubrique « Notre actualité ».

HÔPITAL

L'étranglement financier des établissements

« Sauver l'hôpital public » : ce ne sont pas des syndicalistes qui s'expriment ainsi, mais les présidents des comités consultatifs médicaux des quarante établissements de l'AP-HP (Assistance publique-Hôpitaux de Paris). A la mi-novembre 2008, ces représentants de quinze mille médecins qui ont eux-mêmes accompagné « la vague de tarification à l'activité » ont adressé une lettre ouverte à la ministre de la Santé, Roselyne Bachelot. Ils y dénoncent l'étranglement financier de leurs établissements, regrettant la place accordée « aux économies à court terme et à tout prix ». Plus précisément, ils y parlent notamment de « restrictions budgétaires sans objectifs

médicaux ni de santé publique clairement identifiés », faisant « courir des risques graves au système de santé ». Les conséquences prévisibles ? Une paupérisation progressive des hôpitaux et le découragement de l'ensemble des personnels qui y travaillent. Une délégation de ces présidents a été reçue par la ministre de la Santé, pour le moment sans résultats. Afin, notamment, de réduire les « coûts structurels », environ 300 millions d'euros doivent être économisés à l'AP-HP d'ici à 2012. Le texte de cette lettre ouverte peut être consulté sur le site de l'appel à « Sauver l'hôpital public » sur < www.appel-sauver-hopital.fr >.



MARTA NASCIMENTO / REA

point de vue CHRISTOPHE ADAM

MÉDECIN GÉNÉRALISTE, MEMBRE
DU CONSEIL D'ADMINISTRATION
DE MÉDECINS DU MONDE,
RESPONSABLE DE LA MISSION
MDM DE BORDEAUX

Propos recueillis par MARTINE HASSOUN

Un système de soins solidaire, sinon rien

Chaque jour, les équipes des missions France de Médecins du Monde constatent l'ampleur de l'exclusion de l'accès aux soins dans l'un des pays les plus riches de la planète. Décidée à ne pas devenir un prestataire de services d'un système public de santé défaillant, l'Ong fait des propositions pour améliorer le système de santé.

« Depuis vingt-cinq ans, Médecins du monde est engagé dans des programmes d'aide à l'accès aux soins des plus démunis. L'expérience qui est la nôtre nous permet de mesurer les effets des politiques publiques de santé... Pour le meilleur, comme les conséquences qu'ont pu avoir la mise en route de l'aide médicale gratuite ou de la couverture maladie universelle; deux types de mesures qui ont permis à beaucoup de patients que nous accueillions auparavant dans nos dispensaires de réintégrer le droit commun. Pour le pire, et je pourrais évoquer là les conséquences néfastes que laisse déjà apparaître l'instauration de franchises médicales. Un dispositif qui, d'une certaine façon, symbolise l'idée selon laquelle l'augmentation des dépenses de santé serait due aux patients, à des conduites irresponsables qui justifieraient qu'on les pénalise financièrement pour qu'ils "consomment moins" ou, au minimum, pour que la Sécurité sociale rembourse de moins en moins. » Cette manière de voir les choses est inadmissible. Elle laisse entendre que la priorité n'est pas de savoir comment aider les 13,2% de la population française qui vivent en dessous du seuil de pauvreté à se soigner, mais de consacrer ses efforts à mettre hors de nuire une petite minorité de personnes qui feraient semblant de n'avoir pas de ressources pour obtenir la Cmu... En 2007, Médecins du monde a accueilli vingt-cinq mille patients, vingt-cinq mille hommes, femmes et enfants qui n'étaient ni des profiteurs, ni des fraudeurs, mais des personnes en situation de grande exclusion dont le profil rappelle les effets catastrophiques de la réduction ou de la complexification des droits médicaux.

» En limitant les droits au remboursement, non seulement la société prend des risques en matière de santé publique, mais elle tourne aussi le dos aux valeurs collectives qui devraient être les siennes. La moitié des patients qui nous recevons s'avère en

situation dangereuse parce que mal soignée. Un quart d'entre eux souffrent de pathologies potentiellement graves. Faute de couverture suffisante, de plus en plus de gens retardent le moment de se soigner. Tout récemment, une enquête du Secours populaire l'a confirmé en révélant que quatre Français sur dix ont déjà renoncé à un soin ou l'ont retardé en raison de son coût. Le diagnostic est partagé. Quelle autre preuve va-t-il falloir produire pour convaincre de l'urgence sociale qui se fait jour ? L'urgence n'est pas d'instaurer des franchises, elle est de prendre des mesures concrètes pour réduire les inégalités de santé qui existent dans notre pays.

» Dans le cadre de la concertation sur le projet de loi "Patients, santé et territoires", nous avons fait dix propositions à la ministre de la Santé. Nous lui avons demandé la fusion de la Cmu et de l'Ame et la création de la Carte vitale pour tous pour permettre un meilleur accès aux soins, un développement et une amélioration du fonctionnement des permanences d'accès aux soins de santé présentes dans les établissements de santé, le relogement des familles exposées au risque de saturnisme. Nous avons défendu aussi la prise en charge médicale des patients sans domicile fixe atteints de troubles psychiatriques, une meilleure prévention des jeunes sur l'hépatite C et le Vih, l'instauration de liens plus étroits entre les soins ambulatoires et l'hôpital.

» Il est de notre devoir de nous faire entendre. La place qui est la nôtre nous confère une position qui doit servir à faire avancer le débat. Médecins du monde est là pour témoigner et faire avancer le débat public, non pour fonctionner comme un prestataire de services d'un système public de santé défaillant. Nous savons pertinemment que nous prenons un risque: celui d'être instrumentalisés par un pouvoir qui aimerait bien se décharger des responsabilités qui sont les siennes. Nous ne relâcherons donc pas notre vigilance. Témoins chaque jour des conséquences des défauts d'accès aux soins, nous ne pouvons supporter de retrouver à nos portes des situations similaires à celles que nous rencontrons dans nos missions à l'étranger. Comment accepter par ailleurs que, dans un continent vieillissant, en recherche d'un souffle de jeunesse, 25% des patients de nos centres de soins gratuits aient moins de vingt-cinq ans et soient parmi les plus privés de logement, d'argent, de santé? Le système français de protection sociale doit être défendu. Fondé sur le principe de la solidarité, il est le seul capable de répondre aux besoins de toutes les populations. »

Moins de service public,

Comment lutter contre le développement des inégalités d'accès au système de santé ? Si le "statu quo" n'est pas "tenable", le nouveau projet de loi ne rompt pas avec les logiques antérieures de maîtrise comptable. Logiques qui ont justement mené à la situation actuelle...

Adopté en conseil des ministres en octobre dernier, le projet de loi baptisé « Hôpital, santé, patients, territoires » devrait, au début 2009, être examiné en urgence par les parlementaires. Pourquoi une nouvelle loi ? Aujourd'hui, on estime à 2,6 millions le nombre de Français qui ont des difficultés à avoir accès à un médecin. Au cours des vingt dernières années, en dépit des multiples réformes engagées, le système de santé s'est considérablement affaibli avec des hôpitaux en fort déficit, une pénurie de personnels qualifiés, une mise à contribution croissante des assurés sociaux via des déremboursements ou les franchises médicales, la fermeture de services de proximité... « Si nous ne faisons rien, si nous laissons aller, alors les inégalités se développeront. Le statu quo n'est pas tenable », argumentait alors Roselyne Bachelot, ministre de la Santé, en présentant un texte qui s'appuie sur les travaux de la commission Larcher. Le statu quo : personne ne le souhaite, d'ailleurs.

Des communautés de santé, outils de restructurations

Pour le gouvernement, le projet part du point de vue du patient, « un patient non pas considéré comme un sujet désincarné, mais comme une personne concrètement située qui, sur un territoire donné, doit pouvoir accéder à une offre de soins adaptée et une permanence de soins performante ». Replacer le patient au cœur de l'organisation des soins : c'est aussi l'une des exigences posées par la Cgt. Mais les logiques pour y parvenir diffèrent. Alors que, face au diagnostic posé, le nouveau projet aurait dû rompre avec les principes comptables définis lors des précédentes réformes, il ne fait que les consolider. D'une part, en poursuivant le double mouvement d'étatisation de la Sécurité sociale et de privatisation du système de santé ; en ignorant, d'autre part, le débat sur une réforme du financement de la protection sociale, conçu comme une réponse aux besoins sanitaires et sociaux des populations. « Le cadre budgétaire est clair, note ainsi la Cgt : un retour à l'équilibre de la Sécurité sociale en 2012. Mais sans nouvelles recettes programmées dans le Plfss [projet de loi de financement de la sécurité sociale] pour 2009, les économies vont continuer, 5 milliards d'euros au total. » Ce qui veut dire, en particulier, une nouvelle mise à contribution des assurés sociaux.



PHILIPPE TURPIN / MAXPPP

Clef de voûte du nouveau dispositif : les agences régionales de santé (Ars), nouvel acteur régional qui viendrait se substituer à sept organismes existants et serait chargé de « favoriser l'adaptation des politiques de santé publique aux spécificités des territoires ». Une référence aux territoires en effet essentielle, tant les inégalités en la matière sont importantes : cinq ans d'écart d'espérance de vie, par exemple, entre les habitants du Nord-Pas-de-Calais et ceux de l'Ile-de-France. Mais qui, là aussi, se heurte aux logiques qui sous-tendent la création de ces agences : le renforcement de la contrainte économique, sous contrôle de l'Etat. A la tête de ces Ars, serait nommé, en conseil des ministres, un directeur ; à ses côtés, un conseil de surveillance présidé de fait par le préfet, où les représentants des assurés sociaux seraient minoritaires. A ce déficit de démocratie sociale s'ajoute une forte concentration des pouvoirs et des compétences. Selon le projet de loi, c'est le directeur

moins de démocratie



de l'Ars qui coordonne l'évolution des systèmes de santé pour « *adapter aux besoins des populations* », tout en « *maîtrisant les coûts de l'offre de soins* ». C'est lui qui, dans certains cas, peut procéder à une fusion d'établissements publics de santé ; il peut aussi approuver la constitution de communautés territoriales de santé – analysées par la Cgt comme un moyen d'accélération des restructurations hospitalières – mais aussi les dissoudre. Dans ce système, l'assurance maladie est mise sous tutelle, avec notamment la disparition des Urcam (unions régionales des caisses d'assurance maladie), chargées aujourd'hui de définir une politique commune de gestion des risques pour les soins de ville.

Parce qu'il représente la moitié des dépenses d'assurance maladie, l'hôpital est aussi au cœur du projet de loi. Le ton est ainsi donné par Roselyne Bachelot : « *Son poids économique et la complexité de son organisation imposent de placer à sa tête un*

Clef de voûte du nouveau dispositif : les agences régionales de santé qui viendraient se substituer à sept organismes existants et seraient chargées de « favoriser l'adaptation des politiques de santé publique aux spécificités des territoires ».

Pour connaître les propositions de la Cgt : < www.cgt.fr >, rubrique « Société », puis « Santé ».

directeur, un vrai "patron", président du directoire, pour lutter contre l'immobilisme, promouvoir les meilleurs investissements immobiliers et médicaux, et retrouver rapidement le chemin de l'équilibre financier. » Le directeur devra être, un « *manager d'excellence* », selon l'expression de Nicolas Sarkozy, lors d'un discours sur l'avenir de l'hôpital prononcé au Chu de Bordeaux. Outre que ces déclarations pointent du doigt le service public hospitalier, les dispositions du projet de loi rompent avec la « *conception, l'organisation et la gestion de ce service public* », dénonce la Cgt. Avec, en particulier, un système de « *gouvernance* » de l'hôpital fondé sur la gouvernance des entreprises privées : à sa tête, on trouve un directeur « *patron* » avec toute latitude sur l'embauche de l'ensemble des personnels, y compris médicaux, alors que, dans le même temps, le conseil d'administration disparaît.

Une contrainte budgétaire irréaliste

Un processus de privatisation qui trouve, dans ce texte, d'autres « *débouchés* » avec la possibilité de recourir à des fonds privés pour augmenter les recettes de l'hôpital, la mise en place de nouvelles délégations de service public au secteur privé, la généralisation de l'organisation de l'hôpital en pôles, l'instauration d'une rémunération aux résultats, mais aussi l'affaiblissement du statut des praticiens hospitaliers. Il sera en effet possible de recruter contractuellement des médecins dont la rémunération varierait en fonction d'objectifs de productivité. A cela s'ajoute un financement de l'hôpital basé sur l'activité, la T2A, issue du plan « Hôpital 2007 » que Nicolas Sarkozy, toujours dans son discours de Bordeaux, souhaite porter « *à 100 % pour le court séjour* ».

Une fuite en avant ? Alors que le retour à l'équilibre financier des hôpitaux est fixé pour 2012, nombreux sont ceux qui dénoncent aujourd'hui leur asphyxie, pris dans l'étau de ce type de financement encadré par une contrainte budgétaire irréaliste. Les médecins de l'AP-HP (Assistance publique-Hôpitaux de Paris) eux-mêmes estiment que l'utilisation de la santé « *pour un objectif à court terme de réduction pure et simple des dépenses est dangereuse* ». Ajoutant : « *La vraie question est de savoir quelle santé nous voulons.* » Elle reste entière. ▶

Christine LABBE

Accès à la santé pour

PARTICIPANTS

PIERRE-YVES CHANU,
CONSEILLER CONFÉDÉRAL CGT

JEAN-PIERRE ESCAFFRE,
MAÎTRE DE CONFÉRENCES EN
SCIENCES DE GESTION À
RENNES-I

JEAN-LUC GIBELIN,
DIRECTEUR D'HÔPITAL ⁽¹⁾

MARTINE PEYRE-SARCOS,
SECRÉTAIRE GÉNÉRALE DE
L'UFMICT-CGT SANTÉ/ACTION
SOCIALE (UNION FÉDÉRALE
DES MÉDECINS, INGÉNIEURS,
CADRES ET TECHNICIENS)

CHRISTINE LABBE, "OPTIONS"

Face à la crise, les besoins de réponses socialisées, notamment, en matière de santé, sont d'autant plus importants. Propositions pour « repenser » le système de santé.

LE SYSTÈME DE SOINS FRANÇAIS, ENCORE RÉCEMMENT CLASSÉ DEUXIÈME EN TERMES DE QUALITÉ, EST PRÉSENTÉ COMME ÉTANT L'UN DES MEILLEURS DU MONDE. DANS LE MÊME TEMPS, ON OBSERVE QU'UNE PARTIE CROISSANTE DES ASSURÉS SOCIAUX RENONCE À SE SOIGNER OU DÉCIDE DE RETARDER LES SOINS.

– **Options** : Aujourd'hui, de plus en plus de Français retardent leurs soins ou y renoncent, faute d'argent. Comment en est-on arrivé là ?

– **Pierre-Yves Chanu** : Quoiqu'en disent les gouvernements successifs, c'est manifestement le résultat d'une politique de maîtrise comptable des soins. Quand on analyse les statistiques internationales, le système de soins français, encore récemment classé deuxième en termes de qualité, est présenté comme étant l'un des meilleurs du monde. Dans le même temps, on observe en effet qu'une partie croissante des assurés sociaux renonce à se soigner ou décide de retarder les soins. Le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie a ainsi montré que, si la part des soins remboursés par l'assurance maladie était stable, elle baissait en revanche pour ceux qui n'étaient pas pris en charge à 100 %. Et ce reste en charge, au fil des réformes, devient de plus en plus important, avec notamment la mise en place des franchises médicales ou l'explosion des dépassements d'honoraires.

– **Jean-Pierre Escaffre** : Revenons aux origines de la Sécurité sociale. Le Conseil national de la Résistance faisait alors le constat suivant : c'est de la concentration des richesses, d'une part, et de l'augmentation de la misère, d'autre part, que naissent les guerres. Il fallait donc permettre aux gens de pouvoir au moins vivre dignement ; d'où, notamment, la construction du système de sécurité sociale et de santé, un pacte fondamental de la sécurité collective de l'Europe continentale. Or que se passe-t-il aujourd'hui ? Replaçons le débat dans le contexte de la globalisation. Dans ce cadre, l'intérêt des grandes « transnationales » est en quelque sorte de « pomper » le maximum d'épargne, en particulier vers les États-Unis. Pour cela, il faut casser les systèmes de retraite et de santé qui ne sont pas dans un système de capitalisation, pour récupérer de la valeur ajoutée auprès de la nébuleuse des classes moyennes, sur qui repose en grande partie le financement de la protection sociale. Les cotisations sociales doivent se transformer en capital, transférable, et bien entendu ce transfert est sans possibilité de retour du fait de la politique monétaire aux États-Unis. A partir du moment où les classes moyennes sont affaiblies, le problème de financement du système de santé devient récurrent.

– **Martine Peyre** : Nous sommes face à une posture idéologique où seule la question des dépenses est posée. Dans le cadre de cette politique d'économie et de maîtrise des dépenses, le service public est attaqué. On a aussi organisé la pénurie de personnels qualifiés (médecins, infirmières, kinés...), en pensant qu'il y aurait moins de dépenses si les personnels de santé étaient moins nombreux. C'est un échec. Aujourd'hui, les appels à sauver l'hôpital et le système de soins, en lien notamment avec le projet de loi « Hôpital, santé, patients, territoires », viennent de multiples horizons : aspects statutaires du projet rejetés au Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière ; projet de loi rejeté par les CA des trois caisses nationales de sécurité sociale ; rejet aussi de différents collectifs, dont celui des hôpitaux de proximité ; interpellation des médecins sur « l'asphyxie » de l'hôpital. Déjà, en 2007, des cadres et des médecins de l'AP-HP avaient signé une pétition dans laquelle ils dénonçaient leurs difficultés, pris entre les besoins des malades et les objectifs d'équilibre financier exigés par la gestion en « pôles ». Le financement des hôpitaux par l'activité, ce que l'on appelle la T2A, a aggravé la situation. « Faire » de l'activité, en effet, ne veut pas dire « augmentation des ressources », dans la mesure où le système est encadré par une enveloppe fermée, avec le vote du budget de la Sécurité sociale. Les personnels de santé ont découvert cette réalité et, pour beaucoup, c'est une déconvenue.

– **Pierre-Yves Chanu** : La Cgt a toujours été opposée à la tarification à l'activité. Il n'y a en effet aucune raison pour qu'il y ait adéquation entre ce qui va résulter des comportements des professionnels et les besoins en termes de soins sur un territoire donné. Au contraire, la T2A conduit à privilégier les actes les plus rémunérateurs sans se poser la question des besoins. Aujourd'hui, nous nous trouvons face à un objectif de passage à 100 % de la T2A, au forceps. Pour nous, il faut arrêter là, faire une pause et réfléchir à un financement qui permette réellement de répondre aux besoins des populations.

– **Jean-Luc Gibelin** : Il est clair que la logique financière des politiques de santé depuis des années entraîne cette situation de refus de soins pour une part de plus en plus importante de la population.

(1) A la suite d'un contretemps, Jean-Luc Gibelin n'a pu participer au débat ; ses interventions sont donc postérieures.

tous : comment ?



ON A AUSSI ORGANISÉ LA PÉNURIE DE PERSONNELS QUALIFIÉS (MÉDECINS, INFIRMIÈRES, KINÉS...), EN PENSANT QU'IL Y AURAIT MOINS DE DÉPENSES SI LES PERSONNELS DE SANTÉ ÉTAIENT MOINS NOMBREUX. C'EST UN ÉCHEC.

C'est vraiment cette logique qu'il faut inverser pour remettre le système dans le bon sens.

– **Options** : Dans ce contexte, comment analysez-vous l'actuel projet de loi « Hôpital, santé, patients, territoires » ? Sur quelle logique repose-t-il ?

– **Pierre-Yves Chanu** : Il y a une dimension de ce projet à laquelle nous ne sommes pas opposés, c'est celle de la prévention. Mais il comporte deux points durs : l'organisation de l'hôpital et les agences régionales de santé (Ars). S'agissant du premier point, notre critique principale porte sur la mise en place d'une « gouvernance » fondée sur le modèle des conseils d'administration des entreprises privées et qui vise à développer des conceptions managériales de la gestion de l'hôpital. Sur le second point, nous dénonçons un projet qui conduit à l'étatisation du système de soins, en allant encore plus loin dans la réforme de l'assurance maladie de 2004.

– **Jean-Pierre Escaffre** : Ce projet s'inscrit dans la logique des réformes précédentes. Pour « pomper » la partie de la valeur ajoutée qui échappe au système de solidarité, il faut en quelque sorte éli-

miner les forces démocratiques. Parallèlement, il faut imposer un pouvoir hiérarchique fort et très concentré dans la plupart des situations. L'un des moyens pour y parvenir est effectivement de « technocratiser » le système, via le passage à l'étatisation, pour réduire les offres de prestations et offrir le marché aux capitaux, aux assureurs privés. C'est contraire aux logiques de solidarité, d'égalité et de démocratie.

– **Martine Peyre** : Ce projet de loi intervient dans un contexte déjà très dégradé. La majorité des établissements publics connaît des déficits massifs, alors que le privé dégage, dans la même période, des marges financières importantes. Tant et si bien qu'aujourd'hui la Fédération hospitalière de France évalue le retour à l'équilibre à un plan social qui correspondrait à vingt mille emplois. Désormais, il est envisagé de restructurer l'organisation de l'offre de soins en regroupant des établissements, via des communautés d'établissements sur un territoire. Il ne s'agit pas d'une mise en réseau, mais bien d'une restructuration : aujourd'hui, il y a deux mille cinq cents établissements de santé publics en France, on prévoit deux cent cinquante communautés

Accès à la santé pour tous : comment ?

CE PROJET EST AUSSI TRAVERSÉ PAR UNE VOLONTÉ POLITIQUE DE BROUILLER LES LIMITES ENTRE PUBLIC ET PRIVÉ, COMME SI CELA ÉTAIT IDENTIQUE. C'EST UNE DÉMARCHE IDÉOLOGIQUE DE FOND QUI PERMET DE PRÉPARER ET D'AMÉNAGER LA PRIVATISATION DE PANS ENTIERS DE NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ.

- ... hospitalières de territoire. Cela étant posé, la référence au territoire est pour nous un élément pertinent. Mais notre conception est différente : elle repose sur une prise en charge globale de la personne, qui ne concerne pas seulement le sanitaire mais tous les dispositifs des domaines social et médico-social.

– **Jean-Luc Gibelin** : Ce projet est aussi traversé par une volonté politique de brouiller les limites entre public et privé, comme si cela était identique. C'est une démarche idéologique de fond qui permet de préparer et d'aménager la privatisation de pans entiers de notre système de santé. C'est aussi un projet de loi qui va restructurer en profondeur le système de l'offre de soins du pays. Enfin, comme cela vient d'être dit, ce projet renforce la concentration de pouvoirs au niveau du directeur général des Ars sur de multiples versants de la santé. C'est un projet tout à fait gravissime pour la démocratie et pour la réponse aux besoins de santé de la population.

– **Options** : Manque de démocratie, pénurie de personnels qualifiés, problèmes récurrents de financement... Quelles sont les propositions que vous formulez pour repenser le système de soins et garantir l'accès de tous à la santé ?

– **Pierre-Yves Chanu** : Notre conception repose sur la nécessité de remettre le patient au cœur du système, avec l'objectif qu'il soit en bonne santé

pendant la plus grande partie de sa vie. D'où l'importance cruciale que nous donnons à la prévention. En tant qu'organisation syndicale, une autre dimension du problème est pour nous fondamentale, c'est celle de la question de la santé au travail. Si le système doit évoluer, c'est bien la réponse aux besoins de santé qui doit guider les réformes, et non des objectifs comptables. De ce point de vue, les idées reçues sur la surconsommation médicale sont totalement à côté de la plaque. Il faut rappeler que ce sont les affections graves qui représentent, en effet, l'essentiel des dépenses. Replacer le patient au cœur du système, cela veut dire

qu'il faut traiter la question du parcours de soins – la capacité à coordonner les soins pour soigner. Mais pas dans une perspective, comme cela est le cas aujourd'hui, de faire faire des économies à la Sécurité sociale. Il s'agit de soigner un malade qui en a besoin, en lui permettant d'avoir accès à l'ensemble des spécialités. Il ne suffit pas d'imposer le passage par un généraliste pour espérer régler le problème. Cela pose la question des moyens financiers pour le faire. Aujourd'hui, on est très loin du compte : le projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2009 fixe à 3,3 % l'objectif de dépenses d'assurance maladie ; à 3,1 % pour l'hôpital, alors que la Fédération Cgt de la santé, par exemple, évalue à 8 % l'ampleur des besoins. Nous proposons une réforme du financement de la Sécurité sociale qui tienne compte de la part des salaires dans la valeur ajoutée, ce que nous appelons une modulation des cotisations sociales et qui met à contribution les revenus financiers.

Il faut enfin revenir sur la compréhension de la nature de la crise actuelle : pour la Cgt, cette crise est beaucoup plus qu'une crise financière, c'est une crise structurelle de l'accumulation capitaliste dont la cause principale vient de la pression exercée depuis vingt-cinq ans sur l'emploi et les salaires. La casse de la Sécurité sociale s'inscrit dans cette logique. Voilà pourquoi la crise pose aussi la question du besoin de réponses socialisées, notamment en matière de santé.

– **Jean-Pierre Escaffre** : Si l'on regarde les mouvements de fond concernant les demandes d'hospitalisation, on constate que le taux d'hospitalisation des personnes isolées, quel que soit leur âge, est trois fois supérieur aux autres. Ce constat renvoie à un élément très souvent oublié : le rôle joué, dans les dépenses de santé, par la capacité de soutien des réseaux sociaux. Or ces réseaux sont aujourd'hui en train d'être démantelés, et il est assez frappant de noter que ceux qui dénoncent l'augmentation des dépenses de santé sont aussi ceux qui organisent la destruction de ces réseaux. Pour « repenser le système de santé », il faut déjà utiliser ce qui marche. Comme enseignant en sciences de gestion, je pense en particulier au principe de la sectorisation psychiatrique : elle offre une palette de moyens pour la prise la charge du patient, dont l'hôpital n'est qu'un des éléments. Chaque patient est suivi par la même équipe, quel que soit le lieu de consultation ou d'hospitalisation sur un secteur géographique donné, autour de soixante-dix mille habitants.

Par ailleurs, il faudrait en quelque sorte « politiser » le système et remettre en son centre la responsabilité des élus au suffrage universel, aptes à prendre les décisions stratégiques de développement ou de maintien de telle ou telle structure. Il faut enfin éviter l'hyperconcentration des pouvoirs, donc prévoir des institutions aux objectifs précis, et parvenir à une cohérence d'en-



Pierre-Yves Chanu



Jean-Pierre Escaffre

IL FAUT ENFIN ÉVITER

L'HYPERCONCENTRATION DES POUVOIRS, DONC PRÉVOIR DES INSTITUTIONS AUX OBJECTIFS PRÉCIS, ET PARVENIR À UNE COHÉRENCE D'ENSEMBLE SELON LE PRINCIPE FONDAMENTAL D'ÉGALITÉ D'ACCÈS AUX SOINS.

semble selon le principe fondamental d'égalité d'accès aux soins. Je propose par exemple de réfléchir à la création de chambres, nationale ou régionales, dédiées à la santé, composées d'élus et de représentants institutionnels, sociaux, tutélaire ; elles auraient pour objectif de proposer des axes stratégiques de développement au conseil régional ; à lui, alors, de prendre ses responsabilités. Les chambres régionales seraient alors chargées de

la répartition des moyens au travers de trois administrations régionales d'hospitalisation : ambulatoire, puis des études, des recherches et de la prospective.

– **Pierre-Yves Chanu** : Le problème doit être traité dans le cadre des principes fondateurs de la Sécurité sociale, en tirant toutes les conséquences, pour celle-ci, de notre proposition de sécurité sociale professionnelle. S'agissant de la démocratie sociale, nous restons dans l'idée que cette démocratisation passe par le retour à l'élection des conseils d'administration qui doivent retrouver l'ensemble de leurs prérogatives : c'est le fil rouge de nos propositions. Ce sont les représentants des salariés qui doivent « gouverner » la Sécurité sociale, ce qui ne veut pas dire qu'il faille évacuer la question des rapports avec les élus politiques. La dimension de démocratie politique doit absolument être articulée avec celle de la démocratie sociale. Nous ne sommes pas pour un retour à une sécurité sociale de 1945 idéalisée.

– **Martine Peyre** : Parce qu'elle part des besoins du patient, de sa famille, de son environnement, l'exemple de la sectorisation en psychiatrie est tout à fait pertinent. L'organisation du système était conçue pour répondre aux besoins évolutifs du patient, avec des équipes pluridisciplinaires (travailleurs sociaux, psychologues, médecins, infirmiers...). Ce type d'organisation, qui part des besoins de la personne, pourrait être mis en place pour les soins généraux, à l'inverse de la segmentation de l'activité de soins qui procède d'une logique de marché. Comme on le disait, les problèmes d'emploi, la mobilité professionnelle... font que



Martine Peyre

les personnes s'éloignent de leurs réseaux ; il y a besoin que l'organisation des soins prenne en compte cette dimension, grâce à une offre de soins graduée, du local jusqu'aux Chu, le niveau régional. N'oublions pas que l'éloignement des lieux de consultations participe aussi des inégalités d'accès aux soins. D'où notre proposition de créer des centres de santé, lieux de regroupement d'équipes pluridisciplinaires, exerçant en libéral ou pas, et qui travailleraient en lien avec les structures hospitalières. Ces centres de santé, présents sur tout le territoire, répondraient à une double exigence : tenir compte des aspirations des professionnels – qui ne souhaitent pas, sous la contrainte, travailler dans des lieux désertiques – et répondre aux besoins des populations.

– **Jean-Luc Gibelin** : Le projet alternatif s'organise, pour nous, autour d'un réel dimensionnement de la démocratie dans tous ces aspects. C'est le gage d'un projet contrôlé en permanence par les professionnels et les usagers qui sont les ayants droit à la santé. C'est aussi le meilleur moyen d'être évolutif dans le bon sens du terme à partir du moment où le dispositif est contrôlé en permanence. Le contrôle démocratique est vrai pour le système en général, mais aussi pour le fonctionnement des structures de soins, pour les établissements. Nos propositions partent aussi de la place centrale des besoins de santé sous tous leurs aspects. Ce n'est pas un hasard si ce concept est totalement absent des orientations gouvernementales. ◀



Jean-Luc Gibelin