

SYNTHÈSE DES TRAVAUX DES 23° RENCONTRES DE LA COORDINATION NATIONALE

Les rencontres de la Coordination Nationale se sont ouvertes le 21 mai à Notre Dame de Briançon.

Après le mot d'accueil de Bernard qui a retracé les luttes du comité de Moutiers pour la sauvegarde des Urgences et de la chirurgie, différents élus locaux ont été excusés.

Mr Rochaix, maire de La Lechère, a dénoncé les décisions de l'ARS conduisant à la désertification médicale de la vallée et aggravant la prise en charge sanitaire de la population du territoire.

Il concluait en soulignant que la santé n'est pas une marchandise.

Hélène, en ouverture de la séance, dédiait nos rencontres à Maya SURDUTS qui vient de nous quitter ; un hommage sera rendu le 25 juin ; la Coordination Nationale y sera présente.

ATELIER FINANCEMENT DES HÔPITAUX

L'atelier a été introduit par les interventions de Frédéric PIERRU et de Paul CESBRON.

Intervention de F. PIERRU, sociologue spécialiste de la santé et membre de la commission Véran chargée par le Ministère de la Santé de réfléchir au mode de financement des hôpitaux.

En introduction, il affirme que le mode de financement des hôpitaux interroge sur notre conception de l'hôpital public.

Historiquement, le financement des hôpitaux a connu 3 modes :

- Le prix de journée qui avait l'inconvénient d'être inflationniste.
- Le budget global qui ne favorisait pas l'innovation
- La tarification à l'activité (T2A) qui sans être un remède miracle a pu apparaître comme une solution ; même si l'expérience a montré qu'elle ne pouvait pas financer toutes les activités de l'hôpital.

Dans tous les cas, on ne pourra mesurer que les moyens mis en œuvre et non les résultats.

Les promoteurs de la T2A insistent notamment sur la mesure des activités de soins, la quantification de l'activité médicale (notamment par l'instauration de groupe homogène de séjour).

Mais ce système est adapté aux activités standardisées et programmées ; il n'est pas adapté aux pathologies chroniques où le malade a une place singulière et centrale.

Mais des inconvénients majeurs ont été relevés, entre autres un conflit d'intérêt entre la Sécurité Sociale et l'hôpital, les choix politiques qui influent sur la prévisibilité des dépenses, ...

D'autres effets pervers sont relevés : fragmentation des séjours, frein à l'innovation, sous valorisation de la prévention et surtout inadaptation pour certaines spécialités (les soins palliatifs, par exemple).

Selon Frédéric PIERRU, le financement des hôpitaux doit être construit de façon mixte et multiple : T2A pour les activités programmables et prix de journée pour les soins palliatifs, les maladies chroniques, la psychiatrie ; cette solution permettrait de préserver l'innovation et les politiques de prévention.

Intervention de P.Cesbron

Dans sa pratique professionnelle, il constate que la gestion financière introduite dans les hôpitaux a profondément transformé les pratiques professionnelles.

Pour penser le financement des hôpitaux, il faut se poser la question de la réponse aux besoins de santé, alors que nos gouvernants ne pensent qu'à réduire les dépenses publiques de santé.

Réduire les dépenses peut être préjudiciable à la santé de la population.

Peut-on réduire la santé en la découpant en groupes à cocher ?

Les investissements des hôpitaux sont actuellement grevés par les emprunts bancaires ; il faudrait sortir le financement de l'hôpital de la logique financière et revenir à un financement public de ses investissements par la Caisse des Dépôts et Consignations (CDC).

On dit toujours que les dépenses de santé augmentent de manière importante, mais la population et ses besoins de santé augmentent également.

Si le gouvernement actuel affirme que le nombre de médecins n'a jamais été aussi important, les actes médicaux augmentent également avec les progrès de la médecine.

La baisse du *numerus clausus* se traduit par un manque de médecins ce qui a conduit à un recrutement important de médecins intérimaires, aggravant la situation budgétaire des hôpitaux. Le taux de médecins/habitant reste inférieur à celui des années 70, et comme la population a augmenté, la densité s'est effondrée, et la remontée récente du *numerus clausus* pour compenser un gros effondrement n'y a rien changé fondamentalement, d'autant qu'on n'a pas retrouvé le "sommet" des débuts. Cette situation est encore aggravée par la non régulation de l'installation des médecins.

La T2A a pour but de diminuer la durée de prise en charge, coûte que coûte ; la recherche de gain de productivité a cassé la qualité de la prise en charge sanitaire.

Si la Sécurité Sociale est durablement déficitaire c'est qu'elle est mise à mal par les exonérations de cotisations accordées aux entreprises et par l'augmentation du chômage.

Échanges sur le financement

Plusieurs aspects ont été évoqués dans le débat.

- Le choix du financement des hôpitaux par la T2A est en fait un choix idéologique et politique
- La T2A a modifié en profondeur les approches médicales et soignantes, et donc la façon de soigner, du fait d'un fonctionnement calqué sur l'entreprise et la notion de productivité
- Cette tarification à l'acte pose problème y compris pour des actes considérés comme bien standardisés, les patients eux ne pouvant jamais être standardisés
- Elle a entraîné une réduction des crédits affectés au fonctionnement des hôpitaux
- La T2A apparente l'hôpital à une entreprise en y introduisant une logique de productivité et de rentabilité dans une démarche de marchandisation de la santé
- La T2A a incité à la concurrence entre le public et le privé, et entre hôpitaux publics
- Néfaste pour l'ensemble des activités de soin, ce mode de financement est complètement inadapté pour la psychiatrie, les soins de suite, la gériatrie, les soins de longue durée, les soins palliatifs. Il est surtout rédhibitoire pour les activités de conseil et de prévention, qui ne peuvent être cotées.

Plusieurs interventions ont porté sur le lien entre présence des hôpitaux de proximité et aménagement du territoire et son rôle dans la société.

Propositions des rencontres

Poser la question du financement c'est d'abord poser la question de la démocratie.
Allier propositions immédiates et conception nouvelle d'un service public de santé.

Sécurité Sociale

- Remettre en cause le désengagement progressif de la sécurité sociale et la volonté actuelle de son démantèlement.
- Poser la nécessité du service public de la santé financé de manière socialisée.
- Trouver de nouvelles recettes en s'attaquant à l'évasion fiscale, entre autres

ONDAM

Il représente une conception fermée du financement qui nie les besoins et n'a pour objectif que de réduire l'offre en fermant des structures hospitalières et en supprimant des postes.
Demander sa suppression.

Crédits de fonctionnement des ARS

Ils doivent être à la charge de l'État et non de la SS
Les dépenses des départements d'informatique médicale doivent être assurés par les ARS

Investissements dans les hôpitaux

Les crédits d'investissement des hôpitaux doivent être réalisés dans le cadre d'un pôle financier public ; ce qui diminuerait leur endettement (CDC ?).
Les financements de type partenariat public privé constituent une remise en cause de l'existence même des hôpitaux publics et favorisent leur privatisation.

Financement du fonctionnement

- ✓ Remettre en cause la taxe sur les salaires et demander le remboursement par l'État de la TVA sur les investissements, comme pour les autres Fonctions Publiques.
- ✓ Mettre en place une dotation donnant aux structures de santé, les moyens humains et matériels leur permettant de répondre aux besoins de santé, en assurant qualité, proximité et sécurité, dotation prenant en compte l'activité, les spécificités, son attribution étant soumise à un contrôle démocratique.

Plusieurs questions n'ont pas été tranchées

- Les financements publics consacrés exclusivement aux services publics de santé.
- Quelle socialisation de la médecine dans un environnement médical libéral.
- Comment assurer le financement de nos choix de vie et de société ? (Cotisations et/ou fiscalité ?)
- Mettre l'accent sur le paradoxe entre baisse du financement des services publics et cadeaux aux entreprises privées

ÉCHANGES SUR LA MISE EN PLACE DES GHT

L'échéance du 1er Juillet approche et la mise en place des GHT se fait souvent de manière trop opaque, et surtout au pas de charge, ce qui ne laisse pas à la réflexion démocratique la possibilité de vraiment s'exprimer, et encore une fois avec des usagers-citoyens trop peu pris en compte.

Si, dans le décret d'avril on ne parle plus du secteur privé, il apparaît dans la loi comme partenaire du GHT.

Rappel : passer de 1200 hôpitaux à 200/250 GHT afin de faire des économies (objectif premier de la loi).

Les échanges avec les comités montrent que dans certaines régions ils sont opérationnels, les projets en étant au stade de finition.

Des pressions médicales peuvent faire bouger le nombre de GHT (Quimper, la Manche, ...).

Cela ne change rien au fond, mais peut peut-être laisser des marges de manœuvre à l'action.

L'affectation des médecins se fera en octobre.

Indépendamment des situations locales, il nous faut rappeler à la population le caractère néfaste des GHT. Ils ne sont qu'une forme répétée (et plus systématique) de toutes les initiatives depuis 20-30 ans visant à augmenter les regroupements et les restructurations. Nous devons rappeler que les mots sympathiques tels « mutualisation » ne sont souvent que des arguties pour faire passer la pilule et que donc face aux projets de GHT, la plus grande méfiance s'impose.

Notre intervention pourra se faire sur le contenu des conventions pour garantir la pérennité des services médicaux. Même si les expériences montrent que nous ne sommes pas entendus par les ARS.

À l'AP HP, les GHT sont effectifs depuis 2009 et l'on en voit maintenant les effets nocifs car le personnel et les services médicaux sont « aspirés » par l'établissement référent.

Nous devons nous appuyer sur notre projet de santé de proximité pour proposer un contre-projet aux GHT.

NSED propose de faire une campagne nationale sur les GHT, notamment sur l'intégration du secteur psychiatrique dans les GHT.

On pourrait faire une rencontre par an, sur une journée, pour échanger nos expériences dans la mise en œuvre des GHT.

Il faudra organiser une convergence des actions avec NSED et la Convergence des Services Publics sur la base de 3 thématiques : la démocratie, la proximité et le lien avec les territoires.

Actions coordonnées à mener pour combattre les GHT :

- Solliciter les ARS pour demander les directives de la mise en place des GHT.
- Dénoncer l'absence de démocratie sanitaire et exiger que les usagers soient présents dans la réflexion de l'élaboration de la carte sanitaire
- S'interroger « les GHT correspondent-ils vraiment à nos besoins ? » faire des propositions en fonction de ces besoins
- Informer la population de notre position par rapport aux GHT en s'appuyant sur la "trame" et démonter l'argumentation gouvernementale.
- Faire prendre conscience que ce plan d'austérité qui vise à redessiner la carte géographique sanitaire est irréversible
- Renouer avec Convergence, se rapprocher de l'association des maires ruraux, de Notre Santé en Danger, des syndicats etc. et élargir le débat sur les dangers de la métropolisation qui concerne tous les services publics.
- Proposition d'un communiqué en mettant en avant :
 - L'éloignement du soin

- Le dé-tricotage du maillage territorial
- La baisse du financement
- Le manque de démocratie

BILAN D'ACTIVITÉS DE LA COORDINATION DEPUIS LES DERNIÈRES RENCONTRES.

Voir document d'Hélène.

Rolland a présenté le point financier.

Le CA de la CN a sollicité une demande de subvention au Ministère de la Santé.

Il nous faut également dégager des recettes supplémentaires (demande au Conseil Régional de renouveler le dispositif nous ayant permis de recruter la secrétaire). D'autant qu'il va falloir penser au remplacement d'Héloïse ; accord des rencontres pour engager le recrutement pour le remplacement d'Héloïse.

La question du financement de nos activités est une question éminemment politique.

PERSPECTIVES

- Validation de la trame d'ici à fin juin : à partir des remarques déjà transmises par les comités, il nous faut finaliser le document pour le rendre public et en faire un support de nos actions.
- Aux assises de la Convergence des Services Publics, nous devrions porter un débat sur la protection sociale (avec NSED).
- 31 Mai : rassemblement devant le Ministère
- Appel du Front de Gauche Santé sur la prise en charge à 100% par la sécurité sociale à revoir en élargissant le nombre des signataires
- Assises du Service public du 21ème siècle le 19 Novembre avec l'objectif de lancer un Manifeste pour la promotion des services publics (en annexe, des documents thématiques seront élaborés, où notre document de propositions pourra s'intégrer).
- Pétition de la CN contre l'application de la T2A aux secteurs de psychiatrie et de SSR.
- Élaboration d'un communiqué des rencontres sur les GHT
- Organisation d'une initiative nationale qui pourrait se décliner localement par une journée d'action commune une fois par mois.