

Sauvons et développons une santé publique, solidaire et égalitaire s'appuyant sur une nécessaire proximité.

Le bon niveau de la santé en France tient à différents critères (prévention, prise en compte de l'alimentation et de l'hygiène, allocations familiales et sécurité sociale et prises en charges multiples, médecine scolaire et du travail, qualité de la formation médicale, importance du secteur public, etc...) mais aussi et surtout à notre aménagement du territoire, égalitaire et solidaire, et du **maillage sanitaire territorial public qu'il a permis de développer et maintenir.**

Grâce à cet indispensable maillage, les sites hospitaliers et les maternités sont au plus près des usagers, des patients et de leurs proches. Le terme **usagers**, bien que parfois insatisfaisant, est donc préférable à celui de patients, et plus large que celui de citoyens au sens strict du terme, puisqu'il comprend aussi les non-citoyens, par exemple les sans papiers, et qu'il vise donc **un accès aux soins ne connaissant aucune discrimination** d'âge, de sexe, de revenu ou de nationalité. Il est évident que le terme de client, utilisé de plus en plus par un régime capitaliste et marchand est totalement rejeté par les militants d'une santé égalitaire et solidaire.

Cette proximité ne doit absolument pas être confondue avec la défense des seules petites structures sanitaires, ce que font souvent ses détracteurs. Ces sites, quels que soient leur niveau, de l'hôpital local au CHU-Centre Hospitalier Universitaire, ont tous une fonction de proximité, même s'ils disposent de spécialisations et de moyens qui servent un plus vaste territoire.

Cette proximité permet de **répondre au mieux aux besoins des personnes et des territoires**, et de permettre un accès rapide aux soins ou aux consultations, garant de la qualité et de l'efficacité du système. Il autorise le développement de services annexes (mais pas secondaires) d'urgences, de prévention, de consultations, de conseils... qui permettent d'assumer une première analyse, de pouvoir ensuite traiter sur place ce qui peut l'être, et sinon de correctement adresser la personne concernée à des services plus efficaces ou plus spécialisés, sur un autre site.

Pour cela, un **SHTP-Site Hospitalier Territorial de Proximité**, tel que le définit par exemple la Coordination nationale dans son programme rédigé dès janvier 2005, doit toujours conserver un minimum de services pour être viable, attractif et efficace : on peut lister, de manière évidemment non exhaustive, les éléments suivants :

Le Site Hospitalier Territorial de Proximité doit être une entité autonome et doit disposer de tous les services complémentaires d'un niveau 1 c'est à dire :

- *Une maternité de niveau 1 (accouchements des grossesses non classées à risque)*
- *Un service d'urgence de niveau 1 (urgentistes) et un SMUR*
- *Un service de chirurgie de niveau 1 (astreinte et activité de chirurgie viscérale)*
- *Un service de surveillance continue*
- *Un service de médecine de niveau 1 (médecine hospitalière polyvalente)*
- *Un service de radiologie avec radiologie conventionnelle et scanner*
- *Un équipement de télé-médecine permettant de fonctionner en réseau*
- *Des services d'hébergement de personnes âgées, de prévention et des unités de psychiatrie peuvent également y être associés*
- ...

Cette proximité contribue également aux bons résultats sanitaires **par le maintien des liens rapprochés géographiquement et psychologiquement entre le patient, malade ou parturiente, avec ses proches**, qui sont rapidement accessibles et qui peuvent lui assurer un appui moral ou matériel permettant de limiter le stress causé par l'entrée en site sanitaire. Ce côté humain, et le côté psychologique favorable qu'il contribue à maintenir, sont deux éléments essentiels pour une médecine qui justement doit placer l'humain au centre, et pour garantir une

issue plus favorable au problème traité. Si on tient compte en plus **des pertes d'autonomie et de dépendance** (qui concernent tous les âges) qui augmentent, on comprend mieux encore l'intérêt primordial de défendre et d'améliorer la proximité.

Comme cette proximité repose essentiellement sur les sites publics, ou privés à but non lucratifs, l'accueil pour toutes et tous et au moindre coût pour les patients est assuré, et permet donc le maintien d'un service de qualité et de facile accès. Ce point est important, car aujourd'hui la proximité est défendue également par les officines privées (laboratoires, pharmacies, sites de santé à but lucratif...) ce qui en déprécie et brouille le sens. En effet l'accès aux soins n'est plus forcément accessible malgré une proximité maintenue par les sites privés, car les dépassements d'honoraires, voire les dessous de table, forment un barrage financier qui limite l'accès aux soins et qui discrimine socialement les patients. **La défense de la proximité sanitaire doit donc toujours s'accompagner de la défense du service public (ou privé à but non lucratif) et de la lutte contre tous les restes à charge.** Ce n'est pas toujours facile à défendre sur le terrain, car pouvoirs politiques et syndicats, voir même associations d'usagers, sont parfois obligés de défendre des sites privés à buts lucratifs, dans la mesure où la destruction du service public de santé a entraîné de vrais déserts sanitaires, bien des localités n'ayant désormais plus qu'un site privé à leur disposition

Or cette proximité est aujourd'hui ravagée et abandonnée pour diverses causes, dont:

- l'abandon par le gouvernement, et donc par les services de l'État malgré la résistance de bien des fonctionnaires, des grandes valeurs fondatrices de notre nation, notamment celles de l'aménagement équilibré du territoire, et celle de solidarité et d'égalité territoriales qui a forcément avec.
- un choix idéologique univoque qui fait des grandes structures et des concentrations sanitaires le seul garant de la qualité des soins : *big* est devenu *beautiful* aux yeux d'une technobureaucratie assez aisée, vivant surtout en milieu urbain, et donc particulièrement insensible aux réalités populaires et aux dimensions et exigences territoriales ; cette caste qui sert le gouvernement, est comme lui autiste et aveugle vis-à-vis des demandes des populations.
- une réalité économique sombre (et là aussi un choix idéologique capitaliste univoque), qui place la réduction des frais de santé et l'équilibre comptable avant les besoins humains.
- une rareté de plus en plus forte des personnels médicaux. Le *numerus clausus* nettement insuffisant, et l'absence de réelle volonté nationale de mieux répartir les personnels sur tout le territoire, entraînent localement un manque de personnels qui sert à renforcer les justifications aux réductions de services. L'égoïsme catégoriel est lui aussi un frein, trop de nouveaux médecins par exemple refusant les petites structures, les banlieues difficiles ou les secteurs déjà en désertification avancée.

Depuis plusieurs dizaines d'années, l'attaque est brutale, accentuée et systématique : réductions de postes (ce qui aggrave les problèmes de personnel) et réductions de sites et surtout maintenant de services : ce sont presque toujours les mêmes, notamment chirurgie, maternités (on passe d'environ 1500 à 500, soit les $\frac{2}{3}$ de fermées ; 8 départements n'en possèdent plus qu'une seule), centres IVG (chute de 22% des établissements pratiquant l'IVG entre 2000 et 2006), cardiologie, urgences (surtout de nuit), mais aussi centres de réanimation (Manosque) ou de radiothérapie (Guéret)... Partout triomphent les fusions-absorptions au profit d'établissements dits centraux ou pivots, qui récupèrent partiellement les services fermés ailleurs : la fermeture des maternités de Juvisy ou d'Ivry sur Seine n'ont pas été compensées par celles du Kremlin Bicêtre, par exemple. Et partout, on le sait bien, les fusions-absorptions permettent de réduire les postes : dans ma proche région, la fusion Lure-Luxeuil-Vesoul a entraîné la perte de plus de 100 postes, et celle de Belfort-Monbéliard sans doute plusieurs centaines.

Pire, avec la loi Bachelot-HPST (Hôpital Patients Santé Territoires), les principaux concernés (usagers, personnels et élus) voient leur rôle réduit au profit d'une superstructure

directement liée à l'État (les ARS-Agences Régionales de Santé). Leurs dirigeants, superpréfets sanitaires, nommés par le gouvernement, accélèrent la privatisation (on ne parle même plus d'établissements publics dans la loi), réduisent le nombre des territoires de santé (perte d'environ $\frac{1}{3}$ avec la mise en place des ARS ; Corse, Limousin et Franche Comté n'en ont plus qu'un seul) et imposent les regroupements d'établissements à des directeurs-patrons qui sont menacés dans leurs carrières s'ils n'agissent pas aux ordres de l'autorité centrale. Le mouvement ne peut que tristement s'accélérer.

Les conséquences de cette destruction de la santé publique et de la proximité sont évidentes et innombrables :

1- **pour les régions concernées**, il s'agit d'une véritable désertification sanitaire, avec effet boule de neige puisque la fermeture d'un service fragilise les autres, font peur aux médecins libéraux qui n'ont plus l'ossature publique sur laquelle s'appuyer et qui ne s'installent plus dans le secteur en question, et inquiète les patients qui au mieux vont voir ailleurs...

Les réductions engendrent ou augmentent les fuites et autres réductions. Du côté des professionnels de santé, il est évident qu'un établissement amoindri, ou montré du doigt par les services de l'État pour tel ou tel problème, n'est plus un établissement attractif dans lequel on peut faire carrière ou tout simplement trouver la tranquillité d'un emploi stable. Cette fuite et cette non attractivité renforcent l'argument d'une administration sciemment cynique : vous voyez bien, on vous l'avait bien dit, votre site ou service doit fermer puisqu'il n'attire plus !

Les réductions obligent les collectivités territoriales à investir plus et à se démener pour trouver des solutions, le plus souvent limitées et au profit du libéral (les maisons de santé concernent massivement le privé, **alors que l'argent public qui y est investi devrait favoriser des maisons publiques** de santé, communales ou départementales...) et avec peu de garanties pour assurer l'égalité car ces collectivités sont en concurrence dans une période de rareté ; il y aura forcément des perdants et donc une inégalité accrue des territoires.

Comme tous les services publics sont concernés, c'est à une destruction pure et simple d'un secteur qu'on assiste de plus en plus souvent, en amoindrissant ses chances de développement et en réduisant son attractivité : qui se fixera désormais dans un lieu dont on ferme par exemple la chirurgie et/ou la maternité, qui voit se réduire les options et les classes en collège et lycée pour ses enfants, qui n'a plus de tribunal ou d'arrêt ferroviaire, etc... ou à l'inverse qui est sursaturé, trop urbanisé et donc de transports et de déplacements difficiles, socialement en crise et de sécurité peu assurée.

2- **du côté des patients**, avec la fin de la proximité, c'est désormais l'enfer des déplacements multiples, coûteux économiquement tant pour les individus que pour la collectivité, et écologiquement imbéciles. Le patient (mais également ses proches) subit des surcoûts importants et une multiplication des risques (liés à l'augmentation du temps de trajet mais aussi à aléas parfois dangereux de la circulation). Parler en temps de trajet touche tout le monde, car cela vaut autant pour les villes (encombrement des moyens de communications) que pour le monde rural (régions de montagne, routes difficiles, absence de moyens publics de transport...).

Il y a donc perte de chance sur le plan médical, d'autant que le temps d'accès aux soins est rallongé. Des femmes accouchent désormais dans des urgences, dans les camions de pompiers ou dans la voiture de leur partenaire... Les exemples sur Saint Agrève, sur Lannemezan, sur Valréas abondent et sont tristement éloquentes. Des blessés graves ou des malades s'angoissent dans des ambulances ou véhicules légers, et parfois ne sont pas soignés à temps...

Le stress du patient est accru ; il est loin de ses proches quand il est hospitalisé, avec de plus grandes difficultés pour communiquer ou obtenir un service rapide.

Pire encore, pour les plus démunis et les plus enclavés, l'éloignement et la difficulté d'accès augmentent parfois purement et simplement l'abandon des soins coûteux, ou l'abandon total de soins nécessaires. La perte de proximité renforce évidemment les effets sociaux de la crise.

3- du côté des personnels de l'établissement réduit, c'est le désespoir et la perte de sens, avec stress et souvent abandon des valeurs de service public puisqu'on s'aperçoit que celles-ci ne sont plus évoquées, et que le lieu dans lequel on s'était investi tombe en déshérence. Les coûts de cette réorganisation et de sa reconversion, et la prise en charge des coûts de déplacement des matériels et des personnels... sont rarement analysés dans leur intégralité.

Du côté des personnels de l'établissement pivot (qui connaît en plus une réduction de personnels) c'est l'impossibilité de faire face correctement à l'afflux des patients, de bien gérer les files d'attente, de maintenir des soins de qualité, humains et adaptés... Là aussi se développent tensions et stress, difficultés multiples organisationnelles, et limitation de l'éthique professionnelle et de service public, par impossibilité matérielle ou en temps pour correctement l'exercer.

On le voit bien, aux problèmes purement médicaux, s'ajoutent toute une considération éthique et politique globale. Dans les régions urbaines ou rurales où la proximité s'estompe, les citoyens se sentent de seconde zone, délaissés... Notre société se délite et perd ici ses fondamentaux.

LA PROXIMITÉ DOIT DONC ÊTRE UNE VALEUR À SYSTÉMATIQUEMENT DÉFENDRE ET PROMOUVOIR.

Certes elle doit s'accompagner **d'une intelligente, contrôlée et mesurée subsidiarité**, qui consiste à accepter le déplacement sur un autre site uniquement si le site de proximité n'est pas en mesure de répondre à une demande urgente ou très spécialisée.

Pour cela les **sites doivent évidemment être mis en réseau et fonder leur pratique sur des règles de mutualisation et de solidarité**. Mais ces réseaux ne doivent en aucun cas correspondre aux fusions-absorptions menées autocratiquement par nos successifs ministres de la santé qui ont toutes contribué à réduire l'offre de soins et d'accueil, et qui ont toutes entraîné la diminution des personnels et augmenté le nombre de personnes qui ne soignent plus ou peu. Les réseaux entre les sites que nous souhaitons doivent se faire démocratiquement entre tous les sites concernés, sans primauté ni hiérarchie stupide et destructrice.

Enfin, **il ne faut pas tomber dans le piège consistant à dire que les structures mises à mal peuvent obtenir des compensations en se spécialisant** par exemple en gériatrie (trop souvent d'ailleurs malheureusement envisagés sous le seul angle des «*établissements de fin de vie*») ou en psychiatrie. C'est vrai que ces spécialisations sont trop peu prises en charge. Mais on doit rappeler que la vieillesse par exemple ne concerne pas un territoire donné ; tout le pays est concerné par le vieillissement, et donc un CHU comme un hôpital local doivent également y faire face, en disposant chacun d'un service adéquat. Enfin si on faisait des hôpitaux de proximité des centres pour personnes âgées, on créerait des ghettos tristes et dangereux, pour des personnes qui seraient éloignées de leurs proches et qui seraient coupées de la diversité sociale et amicale nécessaire, fournie par les autres classes d'âge. Pire, dans des sites où chirurgie, urgence, cardiologie... ont déjà souvent été fermées, on installerait des personnes fortement demandeuses en soin, souvent fragiles, et surtout peu aptes à être déplacées. Quel est le bureaucrate stupide et inhumain qui peut proposer cela ?