



32èmes rencontres de la Coordination Nationale des comités de défense des hôpitaux et maternités de proximité

COMPTE-RENDU DE L'ATELIER

19/10/2019 matin

« Quelle organisation et quels moyens pour un service public de santé répondant aux besoins » avec Fanny Vincent, auteure du livre « La casse du siècle » et Victor Duchesne, économiste de la santé.

Composition de la tribune : Fanny Vincent, Victor Duchesne, Jean Luc, trésorier de la CN, Nicole Marty, membre du CA de la CN, M. Cornuau Eric, Maire de La Faye

Maire de La Faye : bienvenue à La Faye, commune de 640 habitants, rurale (céréalière) qui a toujours son école (mais toujours en danger). Aujourd'hui, les services et les commerces ont disparu, la population vieillit. Les élus ont un gros travail à faire sur la mobilité, même si ce n'est que pour aller à Ruffec. Il y a perte de la proximité.

Jean Luc : nous avons tous entendu hier la nécessité de mener le combat ensemble et, pour ce faire, nous avons besoin de « munitions » et ce sera le but de l'atelier de ce matin, avec Fanny Vincent, sociologue, qui a co-écrit le livre « la casse du siècle avec Pierre André Juven et Frédéric Pierru.

Fanny Vincent travaille à l'INSERM, notamment sur l'hôpital. Public, les inégalités et la démocratie en santé.

Victor Duchesne est doctorant en économie de la santé à l'Université Paris 13.

Fanny Vincent : J'interviens au nom du trio qui a écrit le livre et pour tenter de répondre à la question : quelle organisation et quels moyens pour une politique de santé qui réponde aux besoins. Il est difficile de parler de l'hôpital sans parler de la politique de santé d'une façon générale.

L'organisation est au centre du discours des gouvernements depuis longtemps, quant aux besoins, tout dépend de qui emploie ce terme.

Beaucoup de réformes se sont succédé depuis les années 80 en disant répondre à la question des besoins. Elles s'inscrivent dans une continuité tendant à dire que ce n'est pas par manque de moyens mais par manque d'organisation. « On sauvera l'hôpital et le système de santé en réorganisant, pour répondre aux besoins ».

Les chefs de service ont été considérés comme irresponsables en termes de gestion : il fallait donc les mettre à distance ; par ailleurs, il y a eu une réorganisation des hôpitaux en interne : intensification du travail des soignants avec une diminution du temps consacré aux patients et aux transmissions.

Il fallait aussi revoir les missions de l'hôpital, le fameux « hospitalo-centrisme » alors qu'il avait été créé avec la réforme Debré (création des CHU).

A contrario, les professionnels de l'hôpital ont un autre discours : si le système va mal, c'est parce qu'il manque de moyens financiers, humains, matériels. Les réformes ont abouti à la fermeture de lits d'hospitalisation complète : chirurgie, médecine, gériatrie.

Par ailleurs, il a été considéré que les hôpitaux devaient avoir une gestion autonome, d'où la notion de rentabilité : critères de rentabilité (ppp, recours aux emprunts).

L'augmentation des effectifs n'a pas été proportionnelle à l'activité des hôpitaux.

Il faut effectivement réorganiser l'ensemble du système de santé, à condition que l'amont et l'aval de l'hôpital soient revus, mais il n'y a pas de service public dans ce domaine.

Il faut voir comment on organise la médecine de ville qui coûte cher aujourd'hui, sachant que les mesures incitatives pour l'installation ne fonctionnent pas. L'hôpital est aujourd'hui le 1^{er} recours d'une grande part de la population, notamment dans les zones rurales.

La Sécu se dégage de plus en plus du remboursement des soins de 1^{er} recours.

L'hôpital est aussi l'espace de dernier recours, notamment pour les personnes en grande précarité : il y a plus de 600 000 personnes « pauvres ».

Il faut s'interroger pour savoir pourquoi il y a une augmentation des besoins de santé. L'hôpital va mal parce qu'il soigne les maux du capitalisme. Il faut développer une politique globale de santé : environnement, alimentation, conditions de travail... Il ne faut pas culpabiliser les usagers.

Victor : (diaporama) rappel de fondamentaux sur le financement de l'hôpital. Evolution des budgets dans un cadre contraint. L'hôpital public coûtait 80 milliards d'euros en 2018, essentiellement financés par la Sécu et une partie par les complémentaires et les patients.

Charges : coûts de personnels et coûts des soins ; 80,2 en recettes et 80,8 en dépenses. (Diapo n°2)

Les « charges » de l'hôpital public en France sont principalement réparties entre les dépenses de personnel (65,5%) et les charges à caractère médical (14,6%) ou hôtelier et général (10,2%). Réduire les dépenses veut donc dire réduire les salaires ou la masse salariale.

L'ONDAM est divisé en 2 (Diapo 3) : ce qui relève de la T2A, qui ne tient pas compte des spécificités des établissements, il y a donc ajouts de financements autres, dont les MIGAC et la rémunération à la qualité, par exemple. De l'autre côté, il y a ce qui dépend du secteur psychiatrique.

Le codage des activités de santé se fait de la façon qui rapporte le plus d'argent à l'établissement. D'où la tentation d'aller vers les activités qui rapportent le plus.

Nécessité de faire toujours plus mais avec moins.

Le gouvernement est conscient de la perversité du système, mais ne propose de modifier que sur une base d'environ 13%, d'où l'augmentation d'une autre forme de financement : dotation populationnelle et rémunération au forfait avec une montée en puissance de la qualité. Actuellement l'activité représente 63% du financement du secteur hospitalier l'objectif est de le limiter à 50% au profit de formes de rémunération plus stables et liées aux caractéristiques de la population.

Il n'est actuellement pas tenu compte des environnements spécifiques (ex : bassin de Fos).

Les petits établissements ne sont pas forcément ceux qui sont le plus en difficulté, mais plutôt les établissements de taille moyenne (Diapo 5). La « rentabilité » des petits hôpitaux est de -1,1% en

2017 contre -2,4% pour les moyens, les petits sont donc plus rentables que les grands (-1,4%). Notons que les petits CH ou les ex-hôpitaux locaux ont une rentabilité négative que depuis 2016.

La création du respect de l'ONDAM engendre un manque financier chronique : importantes fermetures de lits (ouverture de courts séjours dans le privé). Logique de transfert qui est en train de s'opérer.

Le mode de financement conditionne le mode de moyens de l'hôpital public ; il faut réfléchir à d'autres modes de financement.

Débat :

Evelyne VDH : distinction entre les MIGAC et les MERI (dotation de recherche, essentiellement). Les enveloppes sont reconduites d'une année sur l'autre, sans tenir compte de l'évolution des besoins. Il y a remise en cause de projets d'intérêt public.

Antoine : nous sommes dans des structures de plus en plus libérales. La finance dégrade les services publics : exemple des maisons de santé. Nous ne sommes plus dans un système de service public.

Geneviève : le gouvernement se situera toujours dans le cadre de la réduction des budgets publics. Seule la lutte permettra de changer les choses

Paul : pour faire comprendre les choses, il y a nécessité de faire la comparaison entre le développement du privé et celui du public. Les établissements publics ont réduit leurs capacités, alors que le privé est en augmentation constante.

Hélène : Il y a nécessité du développement de la démocratie en santé pour connaître les besoins et construire la politique de santé qui y réponde.

Pierre : il n'est pris aucun compte de l'avis des professionnels, des élus, des citoyens sur les territoires.

Michel : l'aspect budgétaire peut être nocif dans nos démarches, nous ne devons pas uniquement « demander des sous », mais partir des besoins des populations, avec les moyens qui en découlent.

Pascal Caboret (Nantes) : l'hôpital ne répond pas à toute l'offre sanitaire. Une partie est prise en charge par le secteur privé ou mutualiste : l'hôpital n'est plus en capacité de répondre aux besoins de santé.

Concernant l'organisation du travail dans les hôpitaux, on atteint des limites : IDE qui consacre un quart de son temps au travail d'AS, diminution des postes de secrétariat...

Henri : le gouvernement avance masqué sur toutes les réformes, d'où les difficultés pour expliquer aux gens, surtout sur les questions financières. Nous avons besoin de grilles de lecture sur les finances de l'hôpital.

Fanny : nous ne demandons pas uniquement « plus d'argent ». Tout le monde veut un service qui fonctionne bien. Il n'y a aucune prise en compte des services administratifs et autres services « annexes », par exemple dans les financements.

Victor : je reviens sur le « rebasage » des tarifs des activités. Sur les enveloppes spécifiques, il y a la possibilité de baisser les enveloppes. Par exemple, il y a eu perte de 20% de moyens sur les enveloppes type MIGAC de 2013 à 2016.

L'activité privée à l'hôpital, c'est un choix politique (beaucoup de médecins à l'Assemblée Nationale) ; pour l'externalisation des fonctions supports, c'est soi-disant moins cher mais parce que l'on paye moins les gens, avec une perte de compétences.

Avant les maires participaient à la gestion des hôpitaux, ce qui n'est plus le cas ; les observatoires régionaux de la santé n'ont pas de réelle efficacité. Idem pour la conférence nationale de santé.

Fanny : autre type de privatisation vers la sphère privée des personnes : aidants, notamment (rapport canadien : « le coût caché pour les femmes »).

Jean Luc : l'ambulatoire, c'est transformer la famille en « mauvais soignant » ;

Philippe de Tours : prend la parole en tant qu'utilisateur. Félicite du rôle de la CN et de ses comités ; souhaite qu'il y ait la même chose pour le rail et autres services publics.

Est-ce que nous ne nous trompons pas en ne défendant que la santé ?

Les organisations syndicales, au moins certaines, ont parfois l'impression que les comités d'utilisateurs empiètent sur leur domaine : comment mieux travailler avec les syndicats ?

Jean Luc : ce sera pour l'atelier de cet après-midi.

Françoise : Exemple d'un patient âgé soigné en ambulatoire alors qu'il devrait être hospitalisé. Sur la démocratie, sur tous les projets médicaux, il est demandé une facette économique et c'est celle-ci qui définira le projet et non les besoins des patients. Préciser la définition des besoins. L'opacité existe aussi en interne : pas de connaissance des effectifs, par exemple.

Pierre : les citoyens doivent se réapproprier les enjeux de services publics ; par exemple, est-ce que le plan ma santé 2022 répond à mes besoins, va répondre à la crise sanitaire ? C'est ce dont nous devons débattre avec les citoyens.

Paul : l'Etat s'assure d'accorder un maximum de profit au privé. C'est la privatisation des services publics qui est en marche. Il faut le dénoncer.

Jean Luc : dans nos propos, nous devons changer : directeur de l'ARS : « directeur de la destruction de l'hôpital ». Important de mettre en mot l'étape où nous en sommes.

Rolland : dans le cadre d'hôpital 2007, il y a eu la possibilité de subventions et d'emprunts. Les subventions ont été accordées aux cliniques privées, les autorisations d'emprunts ont été réservées aux hôpitaux publics qui ont du prendre sur leurs recettes pour rembourser l'emprunt.

Sur les recettes d'activité, une partie des recettes est retenue systématiquement : ex sur la psychiatrie ; affectation d'une somme de 750 000 € sur des budgets « non utilisés ».

Les services hospitaliers sont autorisés par les ARS avec le matériel, le personnel... Voir comment demander le financement de ce qui est indispensable pour le fonctionnement d'un service.

Suzanne (Privas) : il y a des limites que l'on ne peut pas dépasser. L'hôpital de Privas est sous administration provisoire : fossoyeur à la disposition de l'Etat et des ARS ; Pas moyen de faire entendre ne serait-ce que le mot « santé ».

Articles mensongers sur la maternité, sur le nombre d'accouchements car la maternité a été suspendue fin juin. Complicité d'élus, député et Maire : « sacrifier la maternité pour avoir qqc de mieux ». Annonce d'une maison de santé avec des spécialistes alors que l'on n'en trouve pas pour l'hôpital : privatisation avec des dépassements d'honoraires ;

Crie au scandale pour dénoncer cette perversité au nom de l'argent.

Exemple de Die où l'on nous dit que tout va bien avec l'hélicoptère, alors qu'un bébé est décédé.

Victor : à la CN, on parle de capitalisme mais on se pose toujours la question : comment on agit ?

Des dépenses peuvent être évitées aujourd'hui : coût des médicaments, dépassements d'honoraire, mesures incitatives à l'installation...

Clarifier la rémunération des internes, des professionnels...

Besoin de travailler sur ce qu'est le financement de l'hôpital qui est encore financé à 90% par la Sécu. Prendre le temps de casser l'argumentation du gouvernement qui est basée sur la responsabilité individuelle.

Pause et reprise à 11H.30

Françoise : moyens bien définis pour certains secteurs, mais pas pour tous. La décision des moyens ne doit pas se faire au niveau national, mais par territoire, hôpital par hôpital, service par service. Les grands axes peuvent être définis nationalement.

Définir des moyens, ce peut être de dire qu'un centre de santé peut être la meilleure réponse aux besoins.

Gilles Noël (AMRF) : revient sur l'importance de la relation de l'hôpital avec le territoire ; vient de la Nièvre, village de 1 500 habitants, relié au CH de Clamecy qui s'est battu pour la mater, les urgences, fermés et maintenant le plateau technique. Perte aussi des commerces.

GHT et conséquences sur le territoire ; tout ce qui se faisait en mandatement ne se fait plus à Clamecy : toute la partie financière va partir sur l'établissement pivot. Conséquences au niveau local : perte de la trésorerie. Idem pour les maisons de retraite.

Gouvernance : aujourd'hui, les compétences font que ce sont les communautés de communes qui ont la compétence de santé, mais ne sont pas toujours concernés (gros hôpital ou CHU privilégié). Notion d'appartenance qui a pollué la question des instances. Il y a souvent des absences d'élus dans les instances parce que ce n'est pas « mon hôpital » qui est à l'ordre du jour. Nécessité de retravailler sur la logique de territoire, c'est aussi le rôle des élus locaux.

Jean Marc Devauchelle Sud santé sociaux : impressionné sur le débat sur les budgets des hôpitaux, mais tient à relativiser le déficit des hôpitaux, sur lequel, pourtant, le gouvernement s'appuie pour casser l'hôpital public ; on nous a un peu enfermés dans ces logiques de chiffres. Importance des fermetures de lits, notamment à l'AP qui subit les réformes avant même qu'elles soient mises en œuvre.

Vous connaissez des choses que beaucoup de gens ne savent pas. Il revient sur des fonds non utilisés et que l'on « ressort » en cas de conflit.

Il n'y a pas d'égalité dans les soins apportés aux gens. Plus nous vieillissons, plus il y a de réflexion sur les molécules qui sont utilisées.

Yves : question sur la suppression du statut de PH ; qu'en est-il ?

Geneviève : À Tours, la maternité est devenue une maternité « usine », des mamans préfèrent faire des kms pour accoucher dans une maternité à taille humaine. Répartition des activités : mater à l'hôpital et chirurgie à la clinique ; revient sur les propos de la ministre au moment de la canicule : cela est passé sous silence, il aurait fallu s'indigner, notamment les organisations syndicales. Ex de Lubrizol : les syndicats, en liaison avec les usagers devraient prendre en compte les problèmes environnementaux.

Rolland : Le déficit de l'hôpital n'est pas une question mineure car c'est sur ça que le gouvernement s'appuie pour fermer des lits et supprimer des postes, engendrant de nouvelles pertes de recettes etc...

Paul (Decize) : en Nièvre, certains médecins se sont lancés en politique, avec un esprit libéral. L'ancien maire de Decize a participé au démantèlement de l'hôpital de Decize et est maintenant président du Conseil départemental. Notre système de santé est encore un des meilleurs de la

planète : on le casse au nom d'impératifs financiers qui n'ont rien à voir avec les besoins des populations. Nous devrions reprendre en main le financement et la gestion de la Sécu. Il en va de même pour les instances.

Christophe Prudhomme : retour sur le financement ; l'information, c'est le pouvoir. Si les syndicats n'ont plus d'infos, notamment sur les budgets, c'est pour les empêcher d'intervenir sur ce terrain. Aujourd'hui, les hôpitaux payent des dettes, notamment avec les emprunts toxiques. Les hôpitaux se sont vu interdire par Touraine d'intervenir directement en justice sur les emprunts toxiques : facture de 80 milliards d'euros. Aujourd'hui, les hôpitaux sont obligés d'emprunter pour la trésorerie, d'où des frais financiers ; à cela, il faut ajouter la taxe sur les salaires (4 milliards). Si l'on se débarrasse de ces 2 questions, on dégage de quoi faire fonctionner les hôpitaux. Il faut aussi lutter contre les exonérations aux entreprises et recréer de l'emploi. Aujourd'hui, il n'y a plus de compensation des cadeaux faits aux entreprises. Le déficit de la Sécu a été sciemment créé pour détruire la Sécu et les hôpitaux. Possibilité de prendre pour exemple le système d'Alsace Lorraine.

Mireille Stivala : le système Alsace Lorraine ne bénéficie pas aux fonctionnaires, ceci dit nous le défendons. Les établissements de l'action sociale sont aussi mis à mal et sont dans une situation catastrophique. C'est une politique délibérée.

Malgré des années de culpabilisation, les professionnels de santé estiment qu'il faut dire stop : 270 services d'urgence sont en lutte, 600 à 700 établissements sont également en lutte.

Cette politique est voulue et a été menée par les gouvernements qui se sont succédés depuis des années.

Aujourd'hui, la loi « ma santé 2022 » n'est pas une loi organique, mais une série de « mesurette » ne répondant pas à la situation actuelle. Il faut un véritable grenelle de la santé. La question unique du manque d'organisation n'est pas recevable, nous ne pouvons plus l'entendre. Il faut ouvrir des négociations : plan de formation, salaires, conditions de travail, notamment avec la question des effectifs. C'est la fonction publique dans son ensemble qui est attaquée. Loi de la transformation de la fonction publique cet été : recours massif aux contractuels, remise en cause des instances qui vont fusionner : nous n'aurons plus d'informations. Cela aura des conséquences très graves, notamment avec l'éloignement des services publics. Pourquoi défendre le statut : c'est une garantie de la neutralité, de la laïcité et de l'impartialité, ce qui ne sera plus le cas avec des agents contractuels. La santé n'a pas de prix, ce n'est pas une dépense, c'est une richesse. Importance de la prévention.

Hélène : retour sur les maters et le choix des femmes (entretien au Ministère); revient sur les appels à projets des ARS pour la répartition des activités, ce qui favorisera le privé.

Oloron Ste Marie : fermeture de la maternité ; souhaite revenir sur les quotas : n'est-ce pas juste un leurre : je suis sage-femme et suis sans poste depuis 2 ans ; je suis sur un poste d'aide-soignante et on me demande de former l'équipe des urgences aux accouchements inopinés.

Karine : soutien aux urgences de Ruffec : je suis orthophoniste en libéral : nous vivons en fait la casse de la santé de façon générale. J'exerce en libéral. Incitée à se regrouper en pôle, mais ayant mon cabinet, installé aux normes « handicapés », je ne suis pas intéressée. Dans le cadre de l'exercice coordonné, un projet a été élaboré sur l'éducation thérapeutique pour « responsabiliser » le patient : il coûte trop cher : nous devons le mettre en œuvre, ais sans les moyens nécessaires. Aujourd'hui, il faut monter des CPTS : L'ARS dit qu'il faut une meilleure organisation ! Les jeunes orthophonistes ne vont plus dans les hôpitaux car ils ne sont pas assez payés. Les personnes âgées ne devront plus passer par les urgences !

Parcours du combattant pour des séances d'orthophonistes, donc des enfants ne sont plus pris en charge. Fermeture des IME, sous prétexte d'inclusion, mais cela laisse des familles en grande difficulté. On ne garde du soin que ce qui rapporte.

LDH : remercie d'avoir été invitée. Les adhérents de la LDH sont des usagers potentiels du système de santé, mais n'ont pas forcément les informations. Ne pas hésiter à se rapprocher des sections locales.

Bernard Coadou : avoir une réflexion aussi pour les autres acteurs du non hospitalier : participation à la permanence des soins fait-elle partie des missions du médecin généraliste ? C'est ce que je faisais quand j'exerçais. Il ne faut pas lâcher non plus sur cette question.

Paul : les médecins n'ont jamais été aussi nombreux, mais il faut faire le rapport avec l'augmentation de la population. Les PH ont un statut particulier qui leur garantit l'emploi. Si le statut disparaît, gros risque ; aujourd'hui, déjà, recrutement sous contrat de projet.

Sur les fermetures de maternité, tous les chiffres ont été utilisés pour justifier les maternités (ex : Hôtel Dieu, Creil...). En province, il y a eu peu de grosses maternités qui ont fermé, à part Creil. Toutes sont donc menacées aujourd'hui. Sur les fermetures de petites maternités, Mme Buzyn dit que ce n'est pas pour des raisons budgétaires, mais pour des raisons de sécurité, ce qui est totalement faux, nous pouvons le prouver : sur les maternités de niveau 1, la mortalité néo natale est la plus faible, ce qui est normal mais nous n'avons aucune donnée scientifique, il faut le dénoncer.

4 000 Gynéco obst. Aujourd'hui mais 1600 exercent à l'hôpital.

Le suivi des grossesses est beaucoup plus important que par le passé : 8 visites, 4 échographies, cela doit permettre de maintenir des petites maternités. Priver une collectivité humaine de ses bébés est lourd de conséquences.

Antoine : nous assistons à la destruction du système de santé et de tous les services publics, comme l'équipement, par exemple. Le capitalisme détruit tout. Il faut s'arrêter de faire le constat et se donner les moyens de lutter.

Fanny : pour les PH, déstructuration ; sur le numérisé, le concours de 1^{ère} année est supprimé, mais la sélection des médecins est toujours à l'œuvre. L'augmentation du nombre de médecins se poursuit, mais sur les spécialistes et pas pour les généralistes.

Victor : 25% de médecins n'exercent pas, mais sont comptés dans les statistiques. Il y a une bombe à retardement pour les généralistes. Problème de l'affectation géographique. Question de la permanence de soins : la médecine libérale doit se prononcer sur le fait de faire partie ou non du système de santé : si c'est non, il faut qu'ils sortent du système.

Les ARS subissent aussi des suppressions de crédits et subissent de plein fouet la gestion par projets. Les décisions viennent du national

Jean Luc : remerciements aux 2 intervenants ; il y a bcp de déçus car il n'y a pas assez de livres pour tout le monde. Se trouve en librairie, édition « raisons d'agir »