

DOSSIER

L'hôpital en crise

Défendre *notre bien commun*



Dossier coordonné par Véronique Ponvert et Valérie Sipahimalani

Ont participé à la rédaction : T. Ananou, M. Daune, R. Gény, H. Moreau, V. Ponvert, V. Sipahimalani

**« Allez, on va
aux urgences ! »**

**Les urgences,
le lieu de l'attente
mais aussi celui
de la confiance
placée en
l'hôpital public et
ses personnels.**

L'hôpital public, ce sont des services de pointe, un accueil à toute heure, des soins de qualité et peu coûteux voire gratuits pour l'utilisateur... ce sont aussi des coupes budgétaires drastiques combinées à des modes de financement qui déshumanisent les soins, des inégalités territoriales et une bureaucratie conduisant les personnels à l'épuisement moral et physique. Chefs de service démissionnant de leurs fonctions administratives, personnels infirmiers partant pour d'autres métiers, fuite vers le privé... des lits sont fermés par mesure d'économie budgétaire, mais aussi faute de réussir à recruter les professionnels de santé en nombre suffisant. À la problématique essentielle du financement et de la rémunération dans la Fonction publique hospitalière, les gouvernements répondent depuis vingt ans par une politique de marchandisation des soins. Cette logique néolibérale de rentabilité à tout prix ne fonctionne pas : il faut en changer.

La lutte pour maintenir un service hospitalier public accessible sur le territoire et au plus grand nombre est en cours un peu partout. Usagers et personnels s'unissent pour obtenir le maintien d'une maternité, l'ouverture de lits... Nous avons voulu dans ce dossier donner largement la parole à ses acteurs : œuvrons ensemble à la défense de notre bien commun.



Situation sanitaire

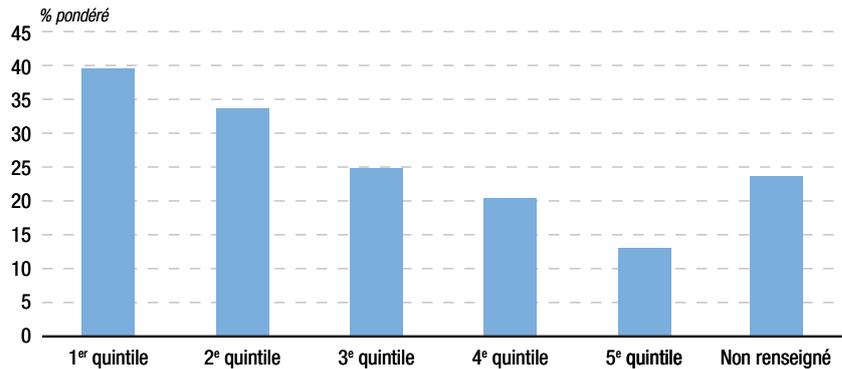
Et surtout, la santé !

Les mutations structurelles de la société sont à la fois une preuve de l'efficacité de l'organisation solidaire de la santé en France, et une raison pour la défendre !

L'espérance de vie à la naissance ne cesse d'augmenter en France (aux dernières nouvelles, 79,8 ans pour les hommes et 85,7 ans pour les femmes) et cette tendance indique fondamentalement que la santé de la population s'améliore. Si de nombreux facteurs expliquent cette évolution, la qualité de l'accès aux soins, à travers la Sécurité sociale et l'Hôpital public, en est évidemment une des raisons. Cette augmentation de l'espérance de vie est au cœur du vieillissement attendu de la population française. Ce vieillissement a des implications d'autant plus fortes pour le système de santé public que l'espérance de vie en bonne santé progresse moins vite que l'espérance de vie globale : par exemple, plus de la moitié des personnes âgées de 65 à 74 ans déclarent être atteintes d'une maladie chronique, deux-tiers des 75-84 ans et 3/4 des plus de 85 ans. Or, celle-ci peut nécessiter une prise en charge hospitalière régulière.

Les maladies chroniques chez l'enfant représentent aussi une problématique croissante dans notre système de santé. Mieux les traiter suppose notamment une coordination des soins ville/hôpital qui est aujourd'hui insuffisante, fragile et souvent peu cohérente.

Taux de renoncement à des soins pour raisons financières au cours des douze derniers mois selon le niveau de revenus en quintiles, en 2014 (en pourcentage)



Note de lecture : au cours des douze derniers mois (en 2014), parmi les 20 % des ménages les plus pauvres (premier quintile), 39 % des personnes interrogées déclarent avoir renoncé à au moins un soin pour des raisons financières.

Source : DREES, L'état de santé de la population en France, Rapport 2017.

Source : EHIS-ESPS 2014 (DREES-IRDES)

Inégalités et espérance de vie

Mais la démographie n'est pas le seul enjeu : les inégalités sociales de santé restent fortes en France, ce que le taux de renoncement aux soins ou les écarts d'espérance de vie permettent de voir. Ainsi, les 5 % des

femmes au niveau de vie le plus élevé ont en moyenne, entre 2012 et 2016, une espérance de vie à la naissance supérieure de 8 ans aux 5 % les plus pauvres. L'écart monte à 13 ans chez les hommes. À 35 ans, un homme cadre a une espérance de vie supérieure de 6,5 années à celle d'un ouvrier. Mais au-delà de tous ces éléments, l'exigence légitime d'accès à un système de santé public de qualité, tout comme la prise de conscience de l'existence de maladies inconnues auparavant (qu'on pense à la « découverte » des drames de l'amiante), ou tout simplement l'enjeu que tous les malades, quel que soit leur âge ou leurs conditions de vie, puissent recevoir les meilleurs soins possibles, gratuitement (ce qui définit le service public hospitalier), rappellent que l'Hôpital public est une question politique fondamentale. Il s'agit tout simplement de savoir si nous voulons garder un système de santé solidaire. Pas un maigre filet de sécurité pour les plus pauvres, mais bien « le meilleur pour tous ». ■



**Vieillesse
attendu de
la population
française**

Réformes régressives

■ 2002

La loi du 4 mars 2002 fait suite aux États généraux de 1999, elle définit les droits du malade et la qualité du système de santé. Adoption du **Plan hôpital 2007** : mesures sur cinq ans pour « moderniser » l'hôpital public. Mesure phare : réforme du financement, dite Tarification à l'activité (**T2A**).

■ 2009

Réforme de l'hôpital relative aux patients, à la santé et au territoire dite **HPST** (ou loi Bachelot). Création notamment des Agences régionales de santé (**ARS**).

■ 2019

Loi Santé (A. Buzyn).

Définitions

ONDAM

Objectif national des dépenses d'assurance maladie, fixé chaque année dans la loi de financement de la Sécurité sociale.

PLFSS

Projet de loi de financement de la Sécurité sociale ; il fixe l'ONDAM chaque année, il est adopté à l'Assemblée nationale.

Un système de soins à défendre

Hôpital, atouts et réussites

L'hôpital public est devenu au cours de la deuxième moitié du vingtième siècle le centre de gravité du système de santé français. Il accueille et soigne, mais il participe aussi à la formation, à la recherche et à l'innovation thérapeutique, tout en étant tenu de faire face aux urgences et aux crises sanitaires.

L'hôpital public est un service public. Il ne peut en conséquence sélectionner les patients, quels que soient leur pathologie, leur âge et leurs revenus. En France, les 1 364 hôpitaux publics cohabitent avec 1 002 cliniques privées et 680 établissements publics à but non lucratif. Mais certaines activités sont réservées à l'hôpital public comme la réalisation des greffes, la formation dans les centres hospitaliers universitaires, la recherche et la mise en œuvre d'actions de prévention. Les hôpitaux publics offrent aux patients une palette complète de soins. Ils prennent en charge les urgences, les interventions chirurgicales lourdes ou très pointues (comme les greffes), les polytraumatisés, les patients infectés (par le coronavirus par exemple), les cas sociaux, les maladies rares. Certains examens ou analyses ne peuvent être effectués qu'à l'hôpital et certaines structures et spécialités de médecins ne sont pré-

sentes qu'à l'hôpital. Avec une exception en oncologie, où des établissements privés à but non lucratif sont aussi des centres de pointe à côté de certains hôpitaux publics.

Force du service public

La permanence des soins est aussi bien mieux assurée dans les hôpitaux publics, y compris la nuit où il y a toujours du personnel paramédical (sage-femme, infirmière d'urgence ou de réanimation) et médical (urgentiste, réanimateur, chirurgien, radiologue...). Les cas difficiles y sont plus facilement discutés entre spécialistes du fait de leur présence plus importante. Sauf exceptions, les chefs de file d'une spécialité exercent en effet à l'hôpital universitaire. D'ailleurs, un malade hospitalisé en clinique sera couramment transféré dans un grand hôpital en cas de complication.

Parallèlement, les cliniques privées se concentrent sur des interventions plus tech-

niques, « programmables » et « rentables » (cataractes, prothèses de hanche, etc.), mais aussi sur une clientèle généralement plus aisée. La note est donc plus salée dans le privé que dans le public. Certes, l'assurance maladie rembourse la même somme pour les soins (si la clinique est conventionnée), mais les dépassements d'honoraires (plus rares et encadrés à l'hôpital public) sont très courants dans le privé et les suppléments



© Clément Martin

Un secteur d'excellence, les CHU

Créés en 1958, les CHU jouent un rôle important dans le système de soin en France. En sus des soins, ils assurent des missions d'enseignement et de recherche.

Leur statut est mixte, universitaire et hospitalier, l'Assistance publique-hôpitaux de Paris (AP-HP) faisant figure d'exception en réunissant douze groupements hospitaliers qui fonctionnent chacun avec une des sept facultés de médecine franciliennes.

Un secteur de pointe

Leur place dans l'offre de soins hospitaliers est majeure : les trente CHU représentent 37,9 % des séjours de l'hospitalisation publique. Ils concentrent leurs activités, sur

les soins les plus complexes, comme les maladies rares et les soins réservés à certains établissements de pointe. Leur place dans le service public est déterminante. Les CHU assurent, par exemple, des missions essentielles dans les urgences (25,5 % des passages) et font office d'hôpitaux de proximité dans certaines régions.

Ils jouent de plus un rôle majeur dans la formation des personnels en leur offrant des stages en cours de formation, externat et internat pour les étudiants en médecine de la plu-

Difficultés d'exercice professionnel des personnels

part des spécialités. Ce nombre de places détermine en partie la capacité à former les futurs médecins.

Pourtant, si la qualité des soins hospitaliers a longtemps reposé sur l'attractivité des carrières hospitalo-universitaires et sur l'excellence de la recherche, les difficultés d'exercice professionnel des personnels, dont l'exercice à un haut niveau des fonctions de recherche et de soin, font aujourd'hui hésiter plus d'un étudiant à s'engager dans une carrière difficile et moins bien rémunérée que dans le privé. ■

Chiffres

On compte **1 364** établissements publics (soit 61 %, les 39 % restants relevant du privé), parmi lesquels :

- **178** centres hospitaliers régionaux (CHR) qui dispensent les soins les plus spécialisés tout en assurant les soins courants.
- **95** centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie.
- **144** établissements qui assurent majoritairement des soins de longue durée.
- **947** centres hospitaliers (CH) : courts séjours en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie mais aussi les personnes âgées.

Source : Édition 2019 de la DREES intitulée « les établissements de santé »

Urgences

20,3 millions de passages cette année dont 3,1 millions pour des patients mineurs.

Source : Direction générale de l'offre de soins (DGOS), édition 2018

Engagement citoyen

Pour une offre de soins de proximité

Le processus de réduction du nombre des maternités a débuté dans les années soixante-dix.

Pour les pouvoirs publics, la concentration des naissances sur les maternités les plus grosses comportant un service de néonatalogie ou de réanimation néonatale se fait au bénéfice de la santé des enfants et des mères. Mais la disparition des petites maternités, ainsi que celle des hôpitaux de proximité, notamment dans les zones de montagne ou rurales, fait naître de nouveaux risques et de très nombreux collectifs se sont montés partout en France pour les défendre.

A Oloron-Sainte-Marie (Pyrénées-Atlantiques), la défense de la maternité est un combat difficile qui mobilise des

citoyens, des personnels et des élus locaux depuis plus de dix ans.

Anne Saouter, membre de l'association SOS-Proximité nous donne quelques clés pour mieux comprendre les enjeux et les mécanismes d'une fermeture de maternité.

avait alerté et a même reporté son départ en retraite pour donner le temps d'un recrutement. Mais la direction a attendu le dernier moment et a même refusé des candidatures. C'est le même scénario partout.

L'US Mag : Quel est l'effet du transfert sur Pau des naissances ?

A. S. : En décidant la fermeture et le transfert, l'État est hors la loi. On doit être normalement à trois quarts d'heure d'une maternité et à 35 minutes en cas d'urgence. Ce qui n'est pas le cas pour les parturientes d'Oloron, encore moins pour celles qui habitent en montagne ou dans les vallées. Il y a eu des actions en justice, mais la fermeture a été confirmée et on est dans l'attente d'un dernier jugement en appel.

L'US Mag : Comment poursuivez-vous l'action ?

A. S. : On récolte des témoignages de femmes qui accouchent dans des conditions déplorables. On a le témoignage d'un décès d'enfant, celui d'une jeune fille d'un village de montagne qui devait être suivie à Pau et qui se rendait au suivi en scooter (elle a perdu son bébé). Ça, c'est pour l'action immédiate. Si on gagne en appel, la réouverture sera très difficile, mais on a un espoir avec tous les soulèvements et les mouvements qui se développent un peu partout en France et qui vont peut-être infléchir le cours des choses. ■

L'US Mag : Comment en est-on arrivé à la fermeture de la maternité d'Oloron-Sainte-Marie ?

Anne Saouter : La maternité était initialement dans une clinique privée. Lorsqu'elle a été menacée à la fin des années 2000, un collectif s'est monté, à l'initiative de la section du Parti Communiste d'Oloron, suivi par les élus socialistes et la population, ce qui a permis sa reprise par l'hôpital public. Et cela a bien fonctionné jusqu'en 2012, y compris financièrement. Mais il y a toujours eu un discours officiel négatif sur cette maternité qui a très vite été accusée de coûter de l'argent à l'hôpital. On a très vite entendu dire aussi que cette maternité était dangereuse car il n'y a pas assez de médecins et de pédiatres sur la zone et qu'en deçà de trois cents accouchements par an, un obstétricien perd la main !

L'US Mag : Qu'est-ce que l'administration aurait dû faire pour maintenir cette maternité ?

A. S. : La direction de l'hôpital n'a pas anticipé les départs en retraite en pédiatrie comme en gynécologie. Le gynécologue



© Clément Martin

Les mouvements se développent un peu partout en France

Coordination nationale des Comités de défense des hôpitaux et des maternités de proximité

<http://coordination-defense-sante.org>

La CNCDHMP est fondée en 2004 à Saint-Affrique. Elle comprend plus de soixante-dix comités constitués de professionnels de la santé, d'associations, de syndicats et d'usagers du service public. Elle rassemble les informations sur l'ensemble des territoires, notamment en milieu rural, elle rend compte des luttes menées par les comités locaux pour empêcher le démantèlement du système de soins. Des partenaires s'associent à sa démarche, notamment la Convergence nationale de défense et de développement des SP, dont fait partie la FSU.

Née de la constatation d'une dégradation croissante du service public de santé, la CNCDHMP mène aussi des actions pour alerter les politiques. Elle vise à peser dans le débat public sur l'organisation sani-

taire, et se bat, en particulier, contre les fermetures de services hospitaliers de proximité : maintien de service d'urgences de nuit et des petites maternités, défense des EHPAD... Les mobilisations et initiatives de la Coordination sont nombreuses pour lutter contre les déserts médicaux, les dégradations des services hospitaliers. La Coordination porte l'ambition de garantir en tout lieu du territoire, et pour toutes et tous, une offre de soins sécurisée et de qualité. À cette fin, elle ouvre au débat son projet qui porte sur la démocratisation nécessaire du système de soins permettant l'expression des besoins, la refonte de son organisation territoriale et les conditions pour un accès aux soins de toutes et tous.

Dégradation continue

Les patients en souffrance, les personnels aussi !

Les mobilisations dans les EHPAD et aux urgences sont les plus visibles. Mais tous les services hospitaliers et les personnels sont concernés, jusqu'aux chefs de service dont plus d'une centaine ont présenté leur démission administrative le 14 janvier. Isabelle Godard, masseur kinésithérapeute et militante à la CGT, nous propose quelques éléments d'analyse des effets des réformes sur les conditions de travail et la qualité des soins.

L'US Mag : De toutes les réformes qui touchent l'hôpital, quelle est celle qui est la plus pernicieuse ?

Isabelle Godard : Les réformes qui s'enchaînent depuis trente ans poussent systématiquement l'hôpital à la recherche d'économies. Mais parmi ces réformes, la tarification à l'activité (T2A) est particulièrement symptomatique. Il s'agit de tarifier ce qui est fait et codifié. Cela pousse paradoxalement à multiplier les actes, d'autant que le gouvernement baisse les tarifs des actes pour réaliser des économies. On s'est retrouvé dans un cercle vicieux : on augmente l'activité pour obtenir des financements tout en supprimant du personnel pour faire des économies... avec en plus des restructurations permanentes, des fermetures de lits, des mutualisations de services, donc de personnels, et une externalisation au privé de tout ce qui est considéré comme annexe aux soins (radiologie, ambulanciers, cuisines, blanchisserie...).

L'US Mag : Comment cela se traduit-il sur les métiers au quotidien ?

I. G. : Ce sont des métiers dont la pénibilité est reconnue : horaires alternés, travail de

nuit et 7 jours sur 7, port de charges, produits chimiques et bactériologiques, et confrontation à la souffrance et à la mort. S'y ajoute maintenant la perte de sens ; par manque de temps, les soignants ne sont plus que des techniciens et ne sont plus soignants comme ils aimeraient l'être. La pression est immense et on rentre chez soi en se demandant ce que l'on a oublié de faire, si l'on a bien donné le bon médicament et si on l'a bien dosé alors qu'on a été perturbé pendant la préparation. Le métier revient à la maison et les mauvaises nuits sont nombreuses. Aujourd'hui, la carrière d'une infirmière dans la Fonction publique hospitalière tourne autour de huit ans... Et tout ceci se répercute aussi sur les patients.

L'US Mag : Comment peut-on sortir de cette situation ?

I. G. : Les agents sont fraccassés. Les dernières données montrent une fréquence d'accidents du travail supérieure au secteur du bâtiment, même si

les accidents sont moins souvent mortels. Aujourd'hui, l'hôpital fonctionne sur l'illégalité : on appelle les soignants sur leurs repos, on n'accorde plus de congés de plus de vingt-et-un jours consécutifs même en été. Aujourd'hui, dans les services, les tensions montent ; les désaccords ne peuvent plus se régler car les temps d'échanges ordinaires ont disparu. Le personnel est mobilisé, mais même pour les grèves, les assignations arrivent après coup : les agents sont en grève, vont tout de même travailler parce que la santé des patients est en jeu, et reçoivent leurs assignations après ! Ça ne va pas tourner encore longtemps. Pour en sortir, il faut plus de bras, donc il faut recruter, mais il faut aussi une meilleure reconnaissance des métiers. ■

Recherche incessante de rentabilité

Depuis 2013, 17 500 lits d'hospitalisation complète ont été fermés (- 4,2 % en cinq ans). Parallèlement le nombre de places en hospitalisation partielle a augmenté : + 5 300 entre 2013 et 2018 (+ 7,4 %).

Cette évolution illustre le « virage ambulatoire » imposé par les pouvoirs publics. Pour certains actes, les patients sont renvoyés directement chez eux alors qu'ils étaient par le passé gardés au moins une nuit, ce qui permet de fermer des lits tout en augmentant le nombre de places. Mais l'ambulatoire pose le problème du suivi médical dans le cadre d'une médecine de ville sinistrée et d'inégalités sociales et

de logement qui pouvaient en partie être compensées par l'hospitalisation...

Moins de prise en charge

Pour les personnels soignants, l'augmentation du nombre de personnes à accueillir accroît la charge de travail et les patients qui restent hospitalisés sont tous dans un état qui nécessite une attention accrue. Les conditions de travail dégradées et la fai-

blesse de leurs rémunérations entraînent un manque d'attractivité du métier également responsable d'un certain nombre de fermetures de lits. Martin Hirsch, le directeur général de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), a par exemple expliqué récemment que « 900 lits sur 20 000 sont actuellement fermés en raison de quatre cents postes d'infirmiers restés vacants ». ■



© Clément Martin

Les agents sont fraccassés ; la pression est immense.



Mobilisations et luttes

« Perchés » pour l'hôpital psychiatrique

Pour rendre visible la situation intolérable que vivent, au sein de l'hôpital psychiatrique, aussi bien les patients que les soignants, les personnels ont décidé d'une modalité de lutte inédite. Frédéric Le Touze, infirmier psychiatrique, syndicaliste Sud-santé, en témoigne.



La situation était déjà très dégradée : nous avons alerté dès 2017 le CHSCT sur la souffrance des personnels, due aux effets du management, mais aussi en raison des conditions de travail. Il y avait un malaise général, une morosité ambiante, mais pas de ressort de mobilisation.

Au Rouvray, à Amiens, au Havre... l'hôpital psychiatrique mal en point

En 2018, nos collègues de l'hôpital psychiatrique (HP) du Rouvray ont entamé une lutte dure (avec grève de la faim) et nous avons fait le lien avec eux, puisque nous vivions une situation quasi identique, et témoigné de notre soutien. Puis, les urgences de l'HP ont connu une situation très compliquée : neuf patients pour cinq lits en chambre et six patients de plus entassés dans la salle d'attente, sur des matelas parfois à même le sol. Les personnels ont alors envahi le CHSCT (qui a dû être reporté) ; réunis massivement en AG, ils se sont organisés, ont décidé d'actions diverses, un préavis de grève a été déposé. Malgré l'interpellation des élus (H. Morin, président de la Région, est venu à l'HP, a

constaté la gravité du manque de moyens), une intervention au conseil municipal et le très bon relais médiatique, nous n'avons aucune réponse à nos revendications. Nous avons alors imaginé une modalité d'action inédite : nous avons occupé le toit de l'hôpital ! Sept collègues ont installé des tentes sur le toit. Sept « perchés » et autant au sol, jour et nuit, pour assurer la logistique et la sécurité, du 26 juin au 11 juillet, exposés à la vue de



tous, et sous une chaleur torride. Cette action a déclenché un fort élan de solidarité (des patients, des médecins, des citoyens) et a suscité une grande implication des collègues. Nous avons réussi à mettre en lumière la situation de l'HP, et nos revendications : fermeture des trente lits supplémentaires (moyens inexistantes pour les absorber dans la structure) et ouverture en urgence d'une nouvelle unité pour accueillir les patients, recrutement des cinquante postes nécessaires (y compris de médecins psychiatres), création d'un service de remplacement des personnels de nuit... Cette lutte s'est conclue par une victoire historique : création de trente-quatre postes, et d'une unité « tampon » temporaire de vingt-deux lits (mesure d'urgence), mais qu'il est difficile de maintenir de façon pérenne. Depuis, les relations avec la direction se sont tendues, et globalement, si les choses se sont arrangées, nous avons le sentiment d'une grande fragilité de ces acquis. ■

Nous avons occupé le toit de l'hôpital !



DEUX QUESTIONS À HUGO HUON, animateur du collectif inter-urgence, et infirmier aux urgences de l'hôpital Lariboisière, Paris 10

Les urgences, un service très mobilisé

L'US Mag : Comment et dans quel contexte est né le collectif ?

Hugo Huon : À la suite d'une série d'agressions sur le personnel des urgences de l'hôpital Saint-Antoine, sur le premier trimestre 2019, la réponse de la direction a été au mieux maladroite, sinon méprisante. Cette attitude a servi de carburant à la mise en grève du service. Parmi le socle revendicatif de l'époque figurait la protection des agents (qui est une disposition légale mais peu appliquée) ainsi qu'une revalorisation salariale. Stratégiquement, l'équipe de Saint-Antoine savait qu'elle ne pourrait avoir accès à une revalorisation en étant isolée. Un aide-soignant a donc commencé à contacter les services d'urgences à proximité. À l'issue des deux premières réunions hebdomadaires, nous avons conclu un pacte et cinq services sont entrés en grève sur le même socle revendicatif, comprenant les effectifs et le nombre de lits. La semaine suivante il y en avait quinze, puis vingt-trois, etc.

L'US Mag : Quels liens entretenez-vous avec les syndicats ?

H. H. : Les collectifs auto-organisés se définissent dans et par l'action, sur des temps courts et pour un objectif particulier. Les rapports de pouvoir entre syndicats et collectifs ont ainsi toujours été complexes, particulièrement sur la branche santé, où leur travail est éprouvant. Dire que la mobilisation des personnels hospitaliers est

laborieuse est un euphémisme. Le secteur est extrêmement balkanisé. Les soignants sont résignés, sidérés, tandis qu'il n'y a pas eu de lutte payante depuis plusieurs décennies. La défiance envers les organisations syndicales est donc assez générale et je tire mon chapeau à tous ceux qui, sur le terrain, essaient de mobiliser, tellement les difficultés et la déception sont grandes.

Le collectif regrette l'organisation institutionnelle des syndicats, mammoth administratif leur assurant longévité mais ne permettant pas une réactivité suffisante pour une lutte comme la nôtre. Les réunions de négociations sont elles aussi institutionnalisées, redondantes, et reposent toujours sur les mêmes discours macro. Comme les négociateurs ne travaillent plus dans les services, les arguments sonnent creux et manquent d'illustrations concrètes. Surtout, avec un gouvernement complètement sourd à la discussion, l'agenda classique de la lutte, d'alternances entre négociations et manifestations, ne semble pas plus efficace. En dix mois il n'y aura jamais eu de négociations.

Aujourd'hui les relations sont apaisées et nous arrivons à nous entendre. Il est important de dire que chacun a su se remettre en question sur les formes et les outils de lutte. Chacun a mis de l'eau dans son vin pour arriver à un objectif commun, et l'intersyndicale marche. Sur notre secteur je pense que les deux, syndicats et collectifs, sont importants pour mobiliser tant l'exercice est difficile. ■



Pour l'hôpital, il y a urgence !

André Grimaldi, professeur émérite d'endocrinologie-diabétologie à la Pitié-Salpêtrière, est connu pour ses travaux sur les maladies chroniques et pour son engagement pour la défense de l'hôpital public de qualité.

L'US Mag : La loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé met en œuvre la stratégie « ma santé 2022 » voulue par le Président Macron. Quelle en est la portée ?

André Grimaldi : Cette loi concerne la médecine de proximité, pour laquelle la France a, pour des raisons historiques, un retard considérable. Elle vise notamment à libérer du temps médical grâce à l'embauche d'assistants médicaux et à l'extension des compétences des infirmières. Et elle cherche à favoriser la coopération entre les professionnels libéraux. Le projet est juste, mais la loi comporte de grandes failles. L'État n'a qu'une action incitative sur la médecine libérale, et il faudra plus que quelques années pour faire évoluer les mentalités et les pratiques. La loi ne touche pas au paiement à l'acte (T2A). Et elle n'est pas assortie d'un financement suffisant. Enfin la ministre croit traiter l'hôpital en soignant la ville. Mais pour l'hôpital, il y a urgence. L'Assemblée nationale vote année après année un budget très en deçà des besoins et de l'augmentation programmée des charges. Cette année, il était prévu une progression de l'ONDAM hospitalier de 2,1 % alors que la direction de la Sécurité sociale prévoyait une progression naturelle des dépenses de 3,3 %. Le gouvernement demandait donc encore aux hôpitaux 800 millions d'économies. Même avec le plan d'urgence de 300 millions d'euros annoncé par le gouvernement, dont en réalité 100 millions sont dédiés aux EHPAD, l'hôpital devra faire en 2020, 600 millions d'économies

L'US Mag : Que dire de l'offre de proximité pensée par la loi ?

A. G. : L'idée est de pallier la crise des urgences. Or, l'engorgement des urgences provient de l'amont et de l'aval. En amont, la médecine de ville n'assure plus vraiment la permanence des soins et en aval, on manque de lits pour coucher les malades (on a en dix ans supprimé 70 000 lits). Et maintenant, on ferme des lits en raison du manque de personnel. En réponse, les ministres successifs ont fait beaucoup de com', mais n'ont pas pris les décisions nécessaires. Mme Buzyn a critiqué ses prédécesseurs, mais n'a pas changé de politique. Il suffit de regarder le PLFSS. Depuis 2008, l'activité des hôpitaux a augmenté de 15 %, et le nombre de personnels de 2 %. C'est un gain énorme de productivité. Dans le même temps, on a baissé les tarifs de la T2A de façon à rester dans l'enveloppe budgétaire contrainte fixée par l'ONDAM. Or depuis 2017 l'activité diminue, mais les tarifs ont continué à dimi-

nuer aussi ! En 2018, ils ont été baissés de 0,5 % sans aucune raison, ce qui a entraîné une perte de 300 millions d'euros pour les hôpitaux. La ministre se vante maintenant de réaugmenter les tarifs hospitaliers de 0,2 %. C'est trop peu et trop tard !

L'US Mag : Quels sont les éléments déclencheurs de la crise actuelle ?

A. G. : On arrive au bout d'un système qui conçoit la santé comme un bien marchand. L'hôpital devrait fonctionner comme une entreprise commerciale concurrentielle sur un marché régulé par l'État. Mais comme il n'y a pas de réel marché de la santé, la logique libérale conduit à une inflation de bureaucratie et de normes.

Toutes les activités devant être mesurables, elles sont découpées en une multitude de fragments d'actes quantifiables. Or, bon nombre d'activités ne peuvent entrer dans ce cadre : les maladies chroniques, la fin de vie... ne relèvent pas de prestations comme la chirurgie des varices ou de la cataracte. L'hôpital public copiant sa gestion sur le privé sans en offrir les avantages, nombre de médecins partent vers les cliniques, qui offrent de meilleures conditions de travail et de rémunération. Cette fuite nourrit, dans une vision néolibérale, l'idée que les statuts des personnels hospitaliers sont responsables d'un manque de souplesse de l'organisation.

L'US Mag : Quelles seraient vos pistes pour améliorer le fonctionnement et le service rendu par l'hôpital public ?

A. G. : Il faut ouvrir le chantier de l'hôpital public au service du public. Cela suppose de changer le mode de financement, d'abandonner la tarification à l'activité et

de revenir, au moins pour les maladies chroniques, à la dotation globale annuelle pour la prise en charge d'une population, mais contrairement au passé, cette dotation pourrait évoluer d'une année sur l'autre grâce à quelques critères simples d'activité. Il faut aussi une autre gouvernance. La qualité du service rendu passe par des équipes stables. Les personnels médicaux et non médicaux doivent pouvoir s'organiser collectivement. Or, actuellement un tiers des infirmières quittent leur métier dans les cinq ans suivant l'obtention de leur diplôme. Leurs horaires variables désorganisent les services. Il faudrait revaloriser leurs salaires de 500 € par mois pour rattraper la moyenne de l'OCDE... En la matière, nous occupons la honteuse place de 28 sur 32. La place des usagers dans la « gouvernance » et l'évaluation est aussi à développer. ■

