

AVIS DE LA CGT SUR L'OFFRE DE SOIN DANS L' AISNE EN S'APPUYANT SUR LE MECSS

Rapport sénatorial de la Mission d'Évaluation et de Contrôle de la Sécurité Sociale (MECSS), présidée par M. Yves DAUDIGNY et élaboré par M. Jacky LE MENN et M. Alain MILON du 25 juillet 2012.

La MECSS a organisé 20 auditions, et parmi ces dernières, elle s'est déplacée à Château-Thierry et ainsi réalisée son constat sur un Hôpital du département. Elle a également auditionné M. Christophe JACQUINET en tant que président du collège des directeurs généraux des ARS et anciennement directeur de l'ARS Picardie (voir page 317 du dit rapport).

Les élus locaux, nationaux et M. JACQUINET font le même constat que la CGT sur l'état d'urgence de la situation de l'offre de soin en Picardie et plus particulièrement dans l'Aisne.

La MECSS, dans son avant-propos, fait le même constat que la CGT: les établissements de santé sont le dernier recours sanitaire, mais aussi social dans nombre de situations, comme on peut le constater dans les services d'urgence, ils constituent une richesse et un atout qu'il est nécessaire de préserver. La MECSS conclut son avant-propos sur le même état de fait que nous: cette loi n'a fait qu'accentuer le déficit global des hôpitaux publics.

La CGT est heureuse d'entendre ce constat de la part de la MECSS mais espère que cela ne restera pas théorique et qu'une nouvelle conduite de la politique en matière d'offre de soin sera menée. En effet, il est à nouveau temps de respecter les articles 10 et 11 du préambule de la constitution en apportant le soin partout, pour tous et sans inégalité et sans distinction de classe. De plus, il est également indispensable que le respect du aux personnels en charge de l'offre de soin soit à nouveau dans les mœurs. Les conditions de travail de ces derniers se sont fortement dégradées et les praticiens sont soumis à un stress personnel qui ne peut pas leur permettre de mettre en œuvre leur savoir dans les conditions les plus opportunes. Ce pourquoi vous êtes tous ici présent afin d'exprimer votre droit d'alerte tant qu'aux conditions de traitement des patients qui sont considérés comme des vaches à lait ou de toutes les catégories professionnelles hospitalières qui sont considérés comme des esclaves. La rentabilité et la productivité sont des notions qui dépassent tout entendement !¹

Face à la moindre progression des dotations de l'assurance maladie, qui représentent les quatre cinquièmes de leurs ressources, les établissements publics de santé ont dû contenir leurs dépenses, notamment de personnel. Le doublement des investissements entre 2002 et 2008 s'est opéré au prix d'un endettement en forte progression qui se traduit par des charges de remboursement croissantes.

Pour atténuer ces contraintes, les établissements ont cherché à majorer leurs ressources propres, mais cette marge de manœuvre trouve aujourd'hui ses limites. A ces tensions budgétaires s'ajoutent aujourd'hui des

¹ Voir rapport MECSS page 321 Me Annie DAVID (sénatrice participant à l'élaboration de la mission), nous citons :
« gains de productivité et hôpital ? [...] ces termes me semblent totalement antinomiques »

difficultés majeures d'accès au crédit, y compris pour la gestion de trésorerie à court terme.

C'est donc la justification des différentes pressions économiques qui sont ainsi responsables des erreurs de gestion des administrations qui pèsent tant sur les moyens des hôpitaux, que sur la prise en charge des patients ainsi que du personnel. Erreurs de gestion initiées grâce à la souplesse ordonnée par la loi de financement de la Sécurité Sociale de 2004. La mission de santé publique s'efface devant les tensions financières constantes.

Ce qui se traduit pour nous syndicalistes par le non renouvellement des agents hospitaliers, voir leur diminution par la suppression ou l'arrêt des CDD. Cette situation engendre, le malaise, la perte de sens au travail (impression du personnel à être plus dans la maltraitance que dans le soin), la dépression, le burn-out, et l'aboutissement final: le suicide...

Or, l'ensemble de l'offre de soin est confronté à des enjeux structurels forts: le vieillissement de la population, le développement des maladies chroniques, la démographie médicale, le souhait des professionnels de ne pas travailler dans les mêmes conditions que celles de leurs aînés.

Il faut ajouter la réflexion de M. JACQUINET p. 318 et Me Annie DAVID p.322 (audition du mercredi 20 juin 2012, p. 317).

Nous citons, M. JACQUINET : « Le nombre de malades chroniques augmente : 15% de la population souffrirait d'une pathologie chronique ; la population des patients âgés de plus de 75 ans grossit également, 5,5 millions aujourd'hui, le double dans 20 ans. La souffrance psychique et les pathologies psychiatriques se développent considérablement. [...] Moins il ya de médecins, et la PICARDIE le sait bien, pour être le territoire le plus touché par le manque de professionnels de santé, plus l'effcience est à rechercher. »

Nous citons, Me Annie DAVID, sur la surcapacité d'offre de soin en Rhône-Alpes évoquée par M. JACQUINET : « un évènement dramatique s'est produit il ya quelques semaines au CHU de Grenoble, des violences ont eu lieu. [...] on m'a également rapporté des violences envers les patients et les personnels dans les services psychiatriques. Si l'on n'est pas capable de vérifier la pertinence des actes, comment se prononcer sur la capacité ? J'ai du mal à accepter ces propos. Si le souci financier l'emporte sur celui de la qualité des soins, on s'éloigne du service public. »

La MECSS ajoute que la loi «Hôpital, Patients, Santé et Territoire» (HPST) a profondément réformé les modes de gouvernance de l'hôpital. La loi 2004 (*mis en place suite à la loi HPST par Xavier BERTRAND*) a relié les ressources des établissements à leur activité réelle.

La T2A, Tarification à l'Acte, introduite par la loi de finance de sécurité sociale de 2004, permettrait théoriquement transparence, équité et effcience. La MECSS ne remet pas en cause le principe de la T2A, mais elle estime que cette dernière est plus centrée sur la maladie que sur le patient et qu'elle est peu adaptée à certaines activités (celles qui sont difficilement «standardisable», exemple: la réanimation, la psychiatrie).

Également, pour la MECSS, la T2A est d'avantage adaptée à la chirurgie et à l'obstétrique qu'à la médecine.

Le constat de la CGT : la MECSS montre l'inefficacité de la T2A, c'est pourquoi la CGT demande sa suppression simple.

A ce propos, il faut ajouter la réflexion de M. Francis SAHAL, membre du collectif directeur de l'UFMICT-CGT, interrogé par la MECSS. Il expliquera (p.303-304 du dit rapport), nous citons, « pour la CGT la T2A

n'est pas amendable et doit être supprimée. Il faut une révolution, il faut revenir au budget global [...], les directeurs signent les contrats avec les ARS le revolver sur la tempe. La poursuite de la rentabilité à tout prix ne fait une politique de santé ! 70% des dépenses hospitalières sont des dépenses de personnel, 15% sont des dépenses médicales et seulement 9% à l'investissement et à l'amortissement ; est-ce à la T2A de financer les dépenses d'investissement ? Finalement, c'est la Sécurité Sociale qui finance le patrimoine du secteur privé. »

Pour les investissements immobiliers des hôpitaux, la MECSS propose de faire appel à des ressources du type « grand emprunt ».

Considérant que les activités de recherche et d'enseignement relèvent de la compétence de l'État et que leur augmentation a pesé sur l'ONDAM (Objectif National des Dépenses de l'Assurance Maladie) en tant qu'enveloppe fermée, la MECSS souhaite que ces crédits soient repris dans le budget de l'État, sans diminution de l'ONDAM.

La CGT est en accord avec ce principe, mais au delà de la recherche et de l'enseignement et du grand emprunt proposé pour les investissements immobiliers, il est important que le nouveau gouvernement définisse clairement l'investissement immobilier sur une enveloppe hors ONDAM et MIGAC (Mission d'Intérêt Général d'Action et la Contractualisation). Les MIGAC pouvant être gelées à tout moment, cela entraîne un budget réel de fonctionnement beaucoup plus faible pour les hôpitaux. Si l'on sort les investissements immobiliers de l'enveloppe de fonctionnement allouée aux hôpitaux sans en diminuer son montant, on pourra ainsi permettre aux équipes de travailler à nouveau dans des conditions plus sereines et avec une qualité de prise en charge plus digne. Exemple: Remplacement des postes disparus (avec le vieillissement de la population la diminution des effectifs est une hérésie que tout le monde peut comprendre), congés annuels et hebdomadaires respectés, augmentation du nombre de lits permettant une prise en charge adaptée avec moins d'attente pour le patient (plus de personnel disponible). Donc une meilleure santé pour tous, personnels, familles et patients compris.

La MECSS ajoute, en moins de 10 ans, les investissements annuels des établissements publics de santé ont doublé, passant de 3,1 milliards d'euros en 2002 à 6,4 milliards d'euros en 2010. Les dépenses de construction ont représenté plus des 2/3 de l'effort de l'investissement global. *Mais, la part revenant au soin et au personnel s'est transformée au fur et mesure du temps en peau de chagrin (réflexion CGT).*

En 2008, les CHU totalisent à eux seuls près de 38% de l'endettement du secteur hospitalier public, le CHU d'Amiens a ainsi quintuplé entre 2007 et 2010, son endettement, passant de 57 à 274 millions d'euros. Selon la cours des comptes, ceci est du ; avec l'aval de l'ancien ministère de la santé; au nombre d'opérations financières lancées par un recours massif des établissements à l'emprunt bien au dessus des possibilités permises par le schéma d'origine du plan Hôpital 2007 (et entraînant des emprunts toxiques).

DEXIA, qui représentait autour de 40 % des financements du secteur hospitalier public, est en voie de démantèlement et n'accorde plus de nouveaux prêts. La nouvelle banque de finance locale, détenue à 65 % par la banque postale et à 35 % par la caisse des dépôts et consignation, n'est pas encore constituée. Nombre de banques ont déjà fortement restreint leurs engagements à moyen et long terme. Ces évolutions pénalisent les établissements publics de santé, puisque les besoins de financement ne peuvent être actuellement couverts à des conditions raisonnables.

Seule opportunité actuelle, un fond d'épargne au profit des collectivités locales et des établissements publics de santé a été annoncé en début d'année 2012, elle ne s'élève qu'à 2 milliards d'euros. Ce

dispositif ne peut pas répondre aux besoins des hôpitaux ... que dire des besoins des collectivités locales à l'aube d'une nouvelle vague de décentralisation. Pour exemple, nous citons M. JACQUINET, p.323 : « En Rhône-Alpes les dépenses de santé représentent 15 milliards d'euros... »

La MECSS, pour la psychiatrie, estime que toute réforme de financement des soins psychiatriques doit être conditionnée à un processus de rapprochement et d'évaluation des pratiques professionnelles. Il n'est pas question de toucher à la psychiatrie en ce moment (voir propos de M. JACQUINET).

La MECSS trouve pertinent le fonctionnement des ARS. La MECSS veut donner à l'ARS les moyens d'attribuer des financements temporaires pour accompagner des coopérations hospitalières. Pour restaurer la confiance, la MECSS préconise de transformer la commission de contrôle placée auprès de l'ARS en une commission de concertation ouverte aux fédérations, de renforcer le pilotage national pour éviter les trop grandes disparités régionales et d'élargir la composition des équipes de contrôle à des praticiens vacataires exerçant en établissement.

La CGT a un avis tranchant et contradictoire à celui de la MECSS sur les ARS. La MECSS veut augmenter le pouvoir de cette instance alors que la CGT veut tout simplement sa suppression. Cette institution est dans l'incapacité d'organiser l'offre de soin de façon structurée et pertinente, plusieurs exemples au niveau de chaque hôpital de proximité nous l'ont démontré; incapable également d'organiser le dialogue social, de collecter et d'analyser les revendications, d'être disponible et à l'écoute (malheureusement le téléphone sonne constamment dans le vide), de confier une liste de personnes ressources correspondant à des problématiques générales. Réflexion de la CGT : mais où sont passées toutes les compétences des personnels qui formaient les DDASS et les DRASS et qui avaient les compétences du dialogue social ? Où sont passées ces personnes qui ont été phagocytées par les ARS ?

Pour ce qui est des syndicats, les ARS sont incapables de permettre à ces derniers de fonctionner dans des conditions saines et légales : Commission de réforme non établie, délégation d'heures non organisée, limitation ainsi de la protection des salariés, Il est donc nécessaire de supprimer cette institution et de revenir à une structure d'organisation de proximité pour chaque ville du département en accord avec les décisions du conseil national de la résistance et du préambule de la constitution de 1946.

Auteurs : Syndicats CGT des hôpitaux de l'Aisne et le Collectif CGT Défense des Services Publics de l'Aisne.

Le 04 octobre 2012