



## INFOS MEDECINS

### Les médecins hospitaliers doivent être représentés par des délégués syndicaux revendicatifs

#### Dans ce numéro :

Les médecins hospitaliers doivent être représentés par des délégués syndicaux revendicatifs

1

Les enjeux des SROS-PRS

2-3

Soigner les étrangers nous mettra-t-il bientôt dans l'illégalité ?

3-4

A l'automne prochain vont se dérouler les élections professionnelles de la Fonction Publique Hospitalière où les PH vont pouvoir élire leurs représentants dans les seuls organes nationaux ayant un droit de regard sur la profession : la commission statutaire nationale et le conseil de discipline.

Pour la première fois, la CGT a décidé de présenter des listes et lance un appel à candidature. Quelles en sont les raisons ?

D'une part, notre organisation considère qu'elle a vocation à rassembler et à défendre tous les salariés, y compris les médecins. En effet les médecins sont des salariés comme les autres et ils relèvent du même droit du travail que les autres catégories de personnel. D'ailleurs, nous pouvons constater que notre syndicat est de plus en plus sollicité par des collègues confrontés à des

problème de conditions de travail, d'horaires, de situations de harcèlement... Dans ces circonstances, le recours à un syndicat confédéré ayant une bonne expérience de ces questions constitue un atout important.

D'autre part, le « syndicalisme » médical catégoriel traditionnel est beaucoup trop éclaté par spécialités et modes d'exercice, ce qui nuit à son efficacité. En France, il existe plus de 350 syndicats de médecins qui sont obligés de se regrouper dans des intersyndicats à géométrie variable pour être représentatifs. Cette dispersion facilite la tâche des tutelles et du gouvernement qui peuvent ainsi choisir leurs interlocuteurs privilégiés, bien entendu les moins revendicatifs et les plus accommodants.

Enfin, face aux multiples attaques contre le service public hospitalier, dont la loi

Bachelot constitue le dernier avatar, les PH ont besoin d'être représentés par un syndicat qui fera le lien entre le catégoriel et le général avec l'ensemble des autres catégories du personnel hospitalier. Nous sommes tous dans le même bateau et il faut savoir se serrer les coudes !

Dans ce contexte, la CGT souhaite donc constituer des listes les plus larges possibles, associant médecins syndiqués et non syndiqués, afin d'offrir aux praticiens hospitaliers un vrai choix lors de ces élections.

Si vous êtes intéressé par cette démarche, vous pouvez prendre contact avec les représentants locaux de la CGT ou directement avec le Dr Christophe Prudhomme, PH à l'hôpital Avicenne (Bobigny) ou avec l'espace vie syndicale de la Fédération.

[christophe.prudhomme@avc.aphp.fr](mailto:christophe.prudhomme@avc.aphp.fr)

ou

[orga@sante.cgt.fr](mailto:orga@sante.cgt.fr)

## Les enjeux des Schémas Régionaux d'Organisation des Soins (SROS) dans le cadre du Projet Régional de Santé (PRS)

Partie intégrante des projets régionaux de santé (PRS) mis en place par la loi HPST, les SROS-PRS ne sont pas de simples toilettages des SROS III auxquels ils succèdent. Leur application impactera durablement la vie des établissements de santé, mais aussi des personnels qui y exercent, à commencer par les praticiens que nous sommes.

La circulaire DGOS/R5 n°2011-74 du 24 février 2011 et le guide méthodologique d'élaboration du SROS-PRS qui l'accompagne, soulignent, dès les premiers mots, le cadre défini par la présidence de la république : « *nous sommes dans un contexte de resserrement continu de la contrainte financière...* ».

Si l'on peut apprécier l'apparition d'un **volet « offre de soins ambulatoire »** ou la volonté d'articuler ces nouveaux schémas avec ceux de l'organisation médico-sociale ou de la prévention, ne nous y trompons pas, ces aspects ne seront que subalternes face à la volonté de réduire l'offre publique de soins.

Par ailleurs, le transfert de plus en plus fréquent de missions hospitalières vers le secteur médico-social n'est pas acceptable en l'état. Car, il conduit à réduire la prise en charge solidaire de l'assurance maladie et à accroître de façon insupportable le reste à charge pour les patients et les familles, quand ce n'est pas la qualité de la prise en charge qui se dégrade faute de personnel soignant qualifié en nombre suffisant (exemple des nombreuses fermetures d'unités de soins de longue durée - USLD).

Quant au premier **volet ambulatoire**, il se limitera à réaliser l'état des lieux de l'offre ambulatoire, à tenter de repérer les territoires déficitaires pour lesquels seront proposées des actions prioritaires de type soutien à la création de maisons médicales pluridisciplinaires, mais les financements sont des plus réduits et la liberté d'installation reste de règle.

Le ministère reconnaissant que la tarification à l'activité s'est accompagnée d'une inflation importante des volumes d'activité induisant elle-même une baisse globale des tarifs de plus en plus difficilement supportable pour les finances des établissements, les SROS-PRS sont chargés d'imposer **un contrôle plus stricts des volumes**.

Ces mêmes SROS-PRS ont pour mission majeure **de réduire les coûts liés aux hospitalisations complètes**, en imposant le développement des activités ambulatoires, en particulier pour l'ensemble de la chirurgie (et pas uniquement sur quelques actes cibles), mais également pour les activités de médecine ou d'obstétrique.

Si le guide précise qu'il faudra tenir compte d'un **équilibre bénéfique/risque** lors du développement des activités ambulatoires, on peut comprendre, au vu du contexte global, que la réduction du coût pour l'assurance maladie sera considérée comme un bénéfice dominant.

**Les missions de service public** (permanences des soins, recherche, formation...) vont être particulièrement impactées par le SROS-PRS. Elles pourront, notamment, être confiées indifféremment au secteur public ou au secteur privé y compris lucratif. La permanence de soins des établissements de santé (PDSSES) devra, « *optimiser les ressources médicales et privilégier les mutualisations quels que soient les statuts des établissements et en facilitant la participation des libéraux pour répartir de façon équitable les contraintes d'exercice entre public et privé...* ».

Le texte prend la peine de préciser que le statut des médecins hospitaliers (hors praticiens contractuels) permet aux directions d'établissements d'imposer à leurs praticiens de participer à la permanence des soins au sein d'autres établissements liés par simple convention, y compris au sein



d'établissements privés lucratifs... Une mission IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociales) est chargée de favoriser ces mutualisations et regroupements de plateaux (chirurgie, imagerie, biologie...), ou encore le développement de la télémédecine. Ce qui est certain, c'est que, sous prétexte d'efficacité et de démographie médicale, l'hôpital public va perdre une part des financements de la permanence des soins au profit du secteur privé lucratif. Dès 2011, ce ne sont pas moins de 60 millions d'économies qui sont attendus sur la dotation MIG-PDSES (Mission d'Intérêt Général -PDSES).

Bien entendu, le guide ne se limite pas à imposer la restructuration de la PDSES, c'est bien l'ensemble de l'offre hospitalière qui va être recomposée manu militari sous prétexte d'efficacité : regroupements, mutualisations, restructurations, dégagements de marges d'économies

sont les maîtres mots de ce guide dans lequel l'humain semble ne plus avoir sa place.

Certes, aujourd'hui, le gouvernement semble lâcher du lest en détendant le calendrier. En effet, ces SROS qui devaient initialement être validés avant la fin de l'année pourraient ne voir le jour qu'après l'élection présidentielle de 2012. Néanmoins la pression budgétaire anticipe déjà sur les économies à réaliser. Dans ce contexte, j'invite tous mes collègues du secteur public hospitalier à rester vigilants et à refuser l'inacceptable pour les patients comme pour les personnels.

La CGT prendra, quant à elle, toute sa place dans les débats à venir pour défendre le maintien d'un système de santé public et solitaire de qualité.

**Yves Labros**

Hôpital d'Argenteuil  
Représentant CGT  
à l'ARS d'Ile-de-France



## Soigner les étrangers nous mettra-t-il bientôt dans l'illégalité ?

### L'article 17 ter de la loi « Immigration, Intégration, Nationalité » : une imposture discriminatoire et xénophobe au parfum électoral...

Jusqu'en juin 2011, le droit français prévoyait qu'une personne de nationalité étrangère, résidant en France, et atteinte d'une maladie grave, avait droit à une carte de séjour (provisoire) pour soins et ne pouvait être expulsée sans la garantie d'un **accès effectif** à une prise en charge médicale dans son pays d'origine.

Désormais, l'article 17 ter de cette loi scandaleuse exige que « l'état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner des conséquences d'une exceptionnelle gravité, sous réserve de l'absence d'un **traitement approprié** dans le pays d'origine, sauf circonstance humanitaire exceptionnelle appréciée par l'autorité administrative après avis du directeur général de l'agence régionale de santé. ».

Ce simple glissement sémantique, d'« effectif » à « approprié », au terme d'une longue bataille parlementaire, soutenue par une pétition signée par plus de 1 500 médecins (la xénophobie rend sourd !), risque d'avoir des conséquences désastreuses, non seulement pour les étrangers concernés, mais pour le système de santé français tout entier.

**Il génèrera inévitablement un retard de prise en charge de pathologies graves**, avec, pour certains patients, un risque vital (cancer, VIH et hépatites, troubles psychiatriques post-traumatiques...). **L'expulsion vers le pays d'origine**, dans lequel le patient n'aura jamais un accès effectif au traitement approprié, signera souvent sa condamnation à mort.

A l'inverse, **le renforcement de la clandestinité accentuera le risque de transmission** de certaines pathologies, il limitera les vaccinations et le dépistage. Enfin, l'avis administratif constitue **une brèche dans le secret médical**, aggravée par son caractère discriminatoire.

Rappelons que, si les traitements antirétroviraux sont disponibles dans quasiment tous les pays du monde, moins de 40% des patients y ont réellement accès. Idem pour les centres de dialyse, ou les traitements anticancéreux.

**La législation antérieure n'était pourtant ni laxiste, ni coûteuse.**





Elle bénéficiait à environ 28.000 personnes, chiffre parfaitement stable depuis 2004 ; le délai moyen de séjour en France avant demande était de 6 ans, réduisant à néant l'argument « ils sont venus pour se faire soigner ».

Le manque à gagner pour le système de santé était largement compensé par la contribution, par le biais des cotisations, des familles en situation régulière pour quelques années ; enfin, les urgences et le retard de prise en charge coûtent considérablement plus cher que la médecine de ville ou les soins adaptés des maladies graves (rapport de l'IGAS de décembre 2010 estimant à 20 M€ la majoration si 10% des bénéficiaires de l'AME retardent leurs soins).

**La réforme de l'Aide Médicale d'Etat (AME) impose, dans le même temps,  
un « droit d'entrée » de 30 euros aux 216.000 bénéficiaires actuels.**

L'AME, destinée aux étrangers **en situation précaire, mais résidant habituellement** en France, permet une couverture réduite, malheureusement battue en brèche par les refus de soins largement constatés de la part des praticiens de ville.

Ce « droit d'entrée » est évidemment particulièrement stupide et discriminatoire, s'agissant de patients en situation de précarité. Le bénéfice escompté de 6 M€ sera largement écorné par les frais de collectage et le surcoût lié au retard de prise en charge inévitablement généré par cette mesure. Le rapport de l'IGAS prévoit même un accroissement des dépenses du fait du report d'une part des soins de ville sur les services hospitaliers. Cette mesure accentuera encore par ailleurs le risque sanitaire déjà engendré par l'article 17ter.

**Pour la CGT, ces mesures vont clairement toutes dans le même sens :**  
**inciter à opérer un choix entre les patients, stigmatiser « l'étranger voleur des soins des français »,**  
**notion jugée payante en période pré-électorale;**  
**l'argument de maîtrise des dépenses est nettement irrecevable ;**  
**la prise de risque sanitaire est une aberration pour le système de santé ;**  
**la procédure discriminatoire est incompatible avec nos conceptions déontologiques.**

**Dans tous les cas, les professionnels participant au collectif médecins CGT affirment que ils continueront,**  
**comme par le passé à soigner tous les patients sans distinction d'origine,**  
**en s'opposant à toute procédure discriminatoire ou xénophobe.**

**Christian GUY-COICHARD**  
*Hôpital Saint-Antoine, Paris*

## Info importante lue dans la presse

« Les gardes assurées par les médecins dans le cadre de la permanence des soins dans les établissements des unions pour la gestion des établissements des caisses d'assurance maladie (Ugecam) constituent un temps de travail effectif qui doit être rémunéré comme tel », a estimé la Cour de cassation. Dans un arrêt rendu le 8 juin, la chambre sociale de la Cour de cassation a rejeté un pourvoi de l'Ugecam et a donné raison au médecin-chef du centre médical Sainte-Anne à Guebwiller (Haut-Rhin), qui avait initialement saisi la juridiction prud'homale du paiement d'heures supplémentaires pour l'ensemble des gardes assurées la nuit, le dimanche et les jours fériés dans le cadre de la permanence des soins. » Il s'agit là d'une victoire importante face aux attaques en préparation dans le cadre de la révision de la directive européenne sur le temps de travail qui vise à différencier un temps de travail « actif » et un temps de travail « inactif » qui ne serait pas comptabilisé totalement en heures de travail effectives.

### Bulletin d'adhésion

A retourner : Fédération CGT Santé Action Sociale - 263 rue de Paris - Case 538 - 93515 MONTREUIL CEDEX



NOM : ..... Prénom : ..... Age : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Profession : : ..... Etablissement (nom et adresse) : .....



prendre contact

me syndiquer