



Fédération CGT de la santé et de l'action sociale
Union Fédérale des Médecins, Ingénieurs, Cadres et Techniciens (UFMICT)



INFOS MEDECINS - SPECIAL ELECTIONS - N° 1

O
C
T
O
B
R
E
2011

Les élections pour élire les représentants des praticiens hospitaliers dans les deux instances nationales chargées de gérer leurs carrières et leurs problèmes disciplinaires, à savoir la *Commission statutaire nationale* et le *Conseil de discipline*, vont se dérouler *du 28 novembre au 19 décembre*.

Au-delà de la présence de représentants de praticiens hospitaliers dans ces instances, ces élections ont également pour but de déterminer *la représentativité des organisations syndicales*. Il s'agit d'un enjeu essentiel dans une période difficile pour l'hôpital public attaqué par tous ceux qui considèrent que la santé est une marchandise et que l'hôpital est une entreprise de production de soins.

Dans ce contexte, une représentation limitée à des organisations catégorielles, atomisées en de multiples « syndicats » par spécialités et sous-spécialités, n'est pas efficace. Aujourd'hui seule l'union des représentants de l'ensemble des personnels hospitaliers, toutes catégories confondues, est susceptible de pouvoir créer un rapport de force suffisant afin d'être véritablement entendu.

C'est pourquoi pour ce scrutin, la CGT a décidé de présenter des listes. Pour être efficace, notre organisation a fait le choix de solliciter d'autres organisations avec lesquelles elle travaille depuis plusieurs années sur des objectifs communs. Nous présentons ainsi une liste commune AMUF – CGT dans le collège de médecine et une liste AMUF – CGT – Samu-Urgence de France dans le collège d'anesthésie-réanimation. Malheureusement, nous ne sommes pas présents cette fois-ci dans toutes les sections, mais ce n'est que partie remise.

Il ne s'agit pas de présenter une liste supplémentaire, mais bien pour la première fois d'offrir la possibilité de bousculer le paysage et de se doter d'une vraie représentation syndicale

E
D
I
T
O

Pour le collège médecine :
votez pour la liste
AMUF-CGT

Pour le collège
anesthésie-réanimation :
votez pour la liste AMUF-CGT
Samu-Urgences de France



ATTENTION – MODALITES DE VOTE

Pour la première fois ce vote va s'effectuer uniquement par voie électronique.

Vous allez être destinataire d'un courrier, qui devra vous être remis en main propre contre émargement par l'administration de votre établissement. Cette lettre contiendra **des codes** qui vous permettront de voter en utilisant n'importe quel ordinateur, sur votre lieu de travail ou à votre domicile.

Praticiens hospitaliers (PH) : comment se défendre en cas de difficulté avec sa hiérarchie ?

Actuellement, les PH sont vulnérables : un courrier de leur chef de pôle, appuyé par le président de CME et le directeur, et ils peuvent être directement envoyés devant le Centre National de Gestion (CNG) pour proposition de mise en recherche d'affectation.

Notre organisation connaît et dénonce de telles pratiques qui s'apparentent trop souvent à des règlements de compte (cf. les exemples ci-après).

La CGT observe que la réforme hospitalière « Hôpital, Patients, Santé et Territoire » ne prévoit aucun contrôle à ces pratiques mandarinales, d'un autre temps, qui se multiplient. Ces méthodes qui lient les chefs de pôle, présidents de CME et directeurs, et qui peuvent parvenir à des éloignements et/ou des mises au placard sont inacceptables et méprisables.

Nous avons observé que les ARS, quand elles sont saisies par nos collègues attaqués dans leur carrière, cautionnent jusqu'à maintenant ces pratiques. Comme si leur objectif était justement de laisser faire pour supprimer des postes de PH titulaires, sans en porter directement la responsabilité !

Quelques cas emblématiques

- C'est l'exemple de ce PH chirurgien victime d'une discrimination à l'arrivée, en 2005, d'un nouveau chef de service : interdiction d'opérer, mutation en anatomie pathologique puis en hygiène hospitalière. Courant 2010, la direction du CHU lui fait savoir que son poste a été confié au CNG pour arbitrage, alors qu'aucun argument professionnel n'est alors mis en avant par ceux ayant exercé avec lui. Cette situation est maintenant réglée grâce à la bataille du collectif des médecins CGT et de la CGT de l'établissement : le collègue a été réintégré dans son service et a repris son activité opératoire.

- C'est aussi le cas de ce PH biologiste, dont la mise à disposition à l'EFS se termine fin 2010 et se voit refuser sa réintégration dans son établissement d'origine par le chef de pôle et le chef de service de biologie (un poste de biologiste était disponible, mais ils le font supprimer du tableau des emplois en novembre 2010 !). Le motif : son « profil » ne correspond pas au « profil du poste » (qui n'a jamais été publié) et il n'est pas le bienvenu car il a eu des « difficultés » avec son employeur précédent ! La commission statutaire nationale confirme, heureusement, le refus de mise en recherche d'affectation, car la décision a été prise « en fonction de la personne » et que sur le terrain « un titulaire a été remplacé par un précaire » ! Si la situation n'est pas encore réglée localement, le collègue est resté dans son établissement et n'a pas été mis à disposition du CNG.

- C'est encore le cas de ce PH assurant le suivi des transplantés d'un CHU jusqu'à ce qu'au lendemain d'une « franche explication », dans son bureau, début 2010, son chef de service détourne brutalement d'autorité la quasi-totalité de la file active de ses patients transplantés. Il est éloigné de son lieu de consultation et

remplacé par un PH polyvalent et un assistant moins expérimentés, mais visiblement plus dociles. Malgré la mobilisation des patients (pétition, courriers...), aujourd'hui, la situation est bloquée, mais la mise à disposition a également été évitée.

- C'est le cas de cette PH, spécialiste qualifiée, ouvertement diffamée par son chef de pôle. Celui-ci demande son retrait de l'astreinte puis reculera, après enquête minutieuse de notre syndicat. Actuellement, elle est sous le coup de menaces explicites du chef de pôle, comme quoi « elle devra quitter le service ». D'ailleurs, il est annoncé au chef de service qu'il devrait suivre le même chemin. Quant au senior du service, à un an de la retraite, c'est fait, il vient d'être l'objet d'une mutation interne d'autorité, par le même chef de pôle, sans que son sort ait été soumis à la CME où ce même chef de pôle jouit de l'estime de nombre de ses pairs...

- Que dire également de cette PH que les nouveaux chefs de service et chefs de pôle cantonnent en consultation externe alors qu'elle assurait précédemment en hospitalisation et en garde, les deux ayant été arbitrairement arrêtés sans critères professionnels fondés ?

- C'est le cas de refus de titularisation de deux PH que la CGT ne trouve pas être fondé sur des critères professionnels. Pour ces deux lauréats du concours de PH, les espoirs de titularisation pour de praticiens contractuels se muent en non-renouvellement de leur contrat non motivé par autre chose que la mauvaise humeur de leur chef de pôle !

Pour tous ces collègues, la CGT a été présente et porteuse de rappel à la loi, au statut, a formulé des propositions pour régler ces situations... et souvent obtenu des résultats positifs.



Combattons ce gâchis !

La **CGT** défend l'égalité de traitement entre professionnels qualifiés (diplômes, concours et expériences), avec des évolutions de carrière, des fiches de fonction et un droit à la formation, ainsi que la disparition de l'emploi contractuel pour des postes pérennes !

Le statut des PH garantit théoriquement la non-discrimination. Or, les pratiques actuelles aboutissent :

- ▶ à la dégradation objective des services de soins et des missions d'intérêt général dont ils ont la charge ;
- ▶ à l'altération de leurs conditions de carrière, en dépit de ce concours ;
- ▶ et bien souvent à des entorses déontologiques (détournement de patients, etc.), entraînant parfois une impression de délaissement des patients et une détresse des familles, que frappe cet arbitraire.

Tous ensemble à la CGT !

Disons STOP :



- à ces destructions de carrière.
- au retour « du fait du prince », que permet la loi HPST.

L'organisation de la défense des praticiens hospitaliers est donc devenue indispensable. Pour défendre les PH, la CGT, ses syndicats d'établissement et son collectif médecins peuvent apporter une expérience et une aide importante :

- ▶ dans les démarches envers l'administration de l'hôpital ;
- ▶ en intervenant auprès des structures nationales, en particulier du Centre National de Gestion (CNG) ;
- ▶ en accompagnant les PH dans une éventuelle procédure judiciaire.

La CGT exige

Le droit pour les organisations syndicales de saisir l'ARS d'une demande d'inspection indépendante dans un service, notamment en cas de signalement d'une situation de harcèlement, de ségrégation, de discrimination et d'injustice envers un praticien.

- Le caractère suspensif de toute décision de placement en recherche d'affectation au CNG dans l'attente des résultats de cette inspection qui doit être contradictoire avec la communication au praticien concerné de l'ensemble des éléments utiles à sa défense.
- Le droit de refus à l'administration de nous affecter dans une spécialité autre que celle où nous avons été reçus au concours de PH.

- Le droit à l'information de l'intéressé de toute décision d'affectation le concernant, pour pouvoir demander une enquête ARS indépendante et présenter un recours effectif conformément à la législation européenne sur les décisions administratives.

- La vigilance aux deux principes clés de la fonction publique :

le fait de remplacer un titulaire sur un poste par un précaire est interdit ;

les discriminations pour le choix des postes en raison « de la personne » sont interdites comme dans l'ensemble de la Fonction Publique.

Quel financement pour l'hôpital public ?

Le financement de l'hôpital public a une histoire longue et tortueuse. Abandonné en 1984, le système de prix de journée était accusé d'inciter à un allongement coupable des séjours. Jusqu'en 2004, la dotation globale permit d'assurer la santé financière de nombre d'établissements, au prix, nous a-t-on assuré, de la constitution de rentes de situation pour des hôpitaux en perte de vitesse, ou au contraire d'un déficit de financement pour des structures plus actives

La T2A est-elle l'avenir de l'hôpital Public ?

Introduite dès le plan Hôpital 2007, la tarification à l'activité (T2A), directement inspirée des DRG américains. Cela se situe dans la logique des contrats d'objectifs et de moyens devant à terme régir les relations entre les ARS et tous les établissements de santé. La finalité est d'affirmer un rééquilibrage des moyens mis à disposition des structures de santé, en même temps qu'un changement radical de logique de gestion. Cela s'inscrit dans le mouvement, amorcé et réaffirmé au fil des gouvernements des dernières décennies, de maîtrise comptable des dépenses de santé.

Le principe d'un financement des structures de santé par une tarification représentative de l'activité réelle est séduisant. Cela peut sembler à même d'assurer une régulation des dépenses.

Même si elle ne concerne encore que les activités Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO), l'intégration à marche forcée de la T2A a déjà profondément transformé le paysage hospitalier français. Elle a semblé accorder à certaines structures un répit, permettant un rééquilibrage budgétaire, tout en menant au bord du gouffre le plus grand nombre des hôpitaux locaux.

Quelle est la réalité de cette opération ?

Rééquilibrage ou concurrence entre établissements Publics ?

Cette rémunération prospective permet d'envisager toutes les options : profits élevés (lorsque le tarif est supérieur au coût), augmentation de l'activité (automatiquement financée), mais aussi difficultés financières dans le cas d'un tarif défavorable ou d'une réduction de la demande. Il s'agit d'une inversion de la logique de fonctionnement hospitalier, qui conduit à une véritable mise en concurrence des structures hospitalières, et même, dans certains cas, des services entre eux. Elle rejoint ici la mise en place des pôles, avec le double objectif de mutualisation de moyens notoirement insuffisants, et d'alignement des ressources sur les recettes (l'activité au détriment des besoins réels des services, et des besoins locaux de soins).

Où est la transparence financière ?

Le paiement à l'activité permet d'évaluer individuellement chaque patient en termes de rapport bénéfice/coût. Sa mise en place a déjà modifié le comportement des hôpitaux et de certains médecins qui ont répondu aux nouvelles incitations économiques de la réforme : diminution de la durée de séjour, surcodage de certains diagnostics, sélection des patients, sélection des procédures et spécialisation des hôpitaux dans les activités lucratives. Que pèsent désormais les actions de prévention devant la sur-cotation d'actes comme la dialyse ? Transfert des patients vers des structures hors T2A (chirurgie ambulatoire, structures de moyen et de

long séjour.

La T2A est donc avant tout un système inflationniste et générateur d'activité, là où manque un système régulateur en fonction des besoins de santé. Le piège se referme, puisque l'enveloppe globale, l'ONDAM (Objectif national des dépenses d'assurance maladie), reste fermée. Cela conduit mécaniquement, si l'activité augmente, à une diminution des tarifs !

C'est dans cette logique que l'augmentation globale d'activité hospitalière de 3 % en 2010, a conduit à une baisse des tarifs de 0,8 % en 2011, (avec la menace par le ministère d'une diminution encore plus conséquente, ou d'une limitation de l'activité !).

Comment dans ces conditions, les responsables des services ne seraient-ils pas tentés eux aussi, pour maintenir une dotation acceptable, de valoriser certaines activités, plus lucratives, et à terme de sélectionner certains groupes de malades ? L'effet pervers, mais inexorable par construction, de la T2A sera alors l'accentuation de la « médecine à deux vitesses » que l'hôpital public a pourtant jusqu'ici relativement résisté à mettre en œuvre.

Une convergence tarifaire Public/Privé déloyale

La convergence tarifaire public/privé à l'horizon 2014 ou 2018 est évidemment une revendication prioritaire de l'hospitalisation privée. Il faut savoir que le secteur privé lucratif représente 35% de l'activité de santé en

France, ce qui représente le taux de privé le plus important d'Europe qui se prétend moins coûteuse que la publique ; mais ce différentiel s'explique par différents facteurs que ne prend pas en compte la convergence tarifaire :

- ▶ Missions de service public, et en particulier continuité des soins et urgences
- ▶ Prise en charge de toutes les pathologies, y compris les moins rémunératrices (polyopathologies, pathologies chroniques, personnes âgées...)
- ▶ Prise en charge de tous les patients, y compris ceux à haut risque
- ▶ Prise en charge des actions de prévention
- ▶ Prise en charge de la dépendance, mais aussi des fins de vie (75% des français décèdent à l'hôpital public)
- ▶ Formation, et qualification plus élevée du personnel dans le public
- ▶ Exclusion de la rémunération des praticiens, considérés (et rémunérés par le patient), comme libéraux dans le secteur privé lucratif.

La plupart de ces missions sont certes financées par les crédits MIG (Missions d'intérêt général) ou les MERRI (recherche et enseignement), mais ce financement est extrêmement limité (les MIG représentent à peine 11% du financement total) et aléatoire (le gel, par le ministère, des MIG en 2011, qui

représente un déficit de 300 millions d'euros, est un coup de poignard dans le dos des missions de service public).

L'hôpital Public est plombé par ses emprunts et ses investissements !

Dans la consommation médicale totale ((178 mds € en 2010), l'hôpital public ne représente plus que 34% des dépenses (61 mds €), à peine devant le médicament (19,3%) ou le secteur privé (10,9%), dont les parts augmentent plus vite grâce à la convergence tarifaire et à la complaisance vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique.

Tant sur le plan du fonctionnement que des investissements nécessaires, le secteur hospitalier public a été largement délaissé, voire défavorisé, par l'Etat, sous la pression des réformes successives.

Le remboursement des emprunts d'investissement du secteur public représente (en 2010) 21,7 milliards d'euros, et grève évidemment lourdement le retour à l'équilibre. Il est la résultante du désengagement de l'Etat, obligeant à des emprunts successifs sur le marché.

Parallèlement, l'investissement de certaines structures publiques dans des emprunts toxiques, (20% des emprunts hospitaliers, jusqu'à 50 % pour certains

hôpitaux), en particulier par l'intermédiaire de la banque DEXIA, conduit à un déficit supplémentaire de 500 millions d'euros et pourrait à lui seul conduire à l'asphyxie de certains hôpitaux publics. Cette somme correspond au financement de 15.000 emplois hospitaliers !

L'inertie de l'Etat face à cette situation est intolérable et même coupable. Une recapitalisation des hôpitaux publics est indispensable, pour annuler ou lisser le déficit actuel, et permettre un redémarrage des investissements. Les emprunts résiduels devraient être financés auprès d'une caisse publique, adossée à la Caisse des Dépôts, dont les fonds pourraient provenir des réserves des caisses publiques. Il faut savoir que la réserve de l'Ircantec (régime de retraite des médecins hospitaliers) représente 6 milliards d'euros ! la totalité des réserves des caisses de retraites, de prévoyance et mutuelles publiques est estimée à 100 milliards d'euros et pourrait largement alimenter un fonds d'investissement, garanti par l'Etat, permettant des emprunts à taux réduit pour les structures publiques.

Refuser l'assainissement des comptes des hôpitaux publics par l'Etat, revient aujourd'hui à tuer le secteur public hospitalier, pour le plus grand profit d'un secteur privé et assurantiel déjà en ordre de bataille.

Que propose la cgt pour sortir de cette logique ?

Le problème fondamental est, actuellement, la détermination des recettes en fonction d'objectifs de dépenses. Cela conduit à une « optimisation » et une augmentation de la productivité incompatible avec la notion même de service de santé accessible à tous et répondant aux besoins de la population.

La T2A a montré ses limites et ses

inévitables perversions ; le système de rémunération doit être entièrement revu, et différencié selon les secteurs (pathologies aiguës ou chroniques) ; il serait inadmissible qu'elle soit élargie à d'autres secteurs encore plus vulnérables (Soins Suite et Réadaptation (SSR) et moyens séjours, psychiatrie).

Il faut cependant répondre à certaines insuffisances du système de santé et de la prise en charge hospitalière en particulier :

conserver le principe de **rééquilibrage entre établissements publics**, mais en

incluant toutes les activités de soins, sans que cela soit un prétexte à une rentabilisation sur une base géographique.

Moduler une part des ressources en fonction de l'activité. Cela implique de **valoriser certaines activités à fort impact social**, et en particulier les actions de prévention et de proximité (urgences, policliniques, maternités ...). Il ne s'agit plus d'une T2A unique nationale, mais d'indicateurs sociaux et de santé publique, et en fonction des besoins

Suite

Que propose *la* cgt pour sortir de cette logique

réels des usagers du système de santé. Une part des activités doit certainement continuer à être financée par une dotation globale fondée sur des objectifs de santé publique.

La qualité et l'amélioration des soins et de la prise en charge (absents de la T2A) sont des critères qui doivent intervenir dans la détermination des ressources des établissements.

Enfin, la T2A peut ressembler à une machine de guerre du privé contre le public ; le déficit chronique de ressources du public, lié à ses contraintes spécifiques, ne résistera pas face aux capacités de financement du privé ; la mise sur un plan commun, financier et institutionnel, des structures privées et publiques, est un coup supplémentaire porté à l'hôpital public. Inverser cette logique, c'est **réserver les fonds publics aux hôpitaux publics**, et à terme, réduire et **faire disparaître le secteur hospitalier privé lucratif**.

Comment espérer mettre en place une réforme des ressources hospitalières sans apurer la situation actuelle ? où sont les moyens supplémentaires déjà nécessaires pour le fonctionnement de nos structures? La T2A ne répond, en aucun cas, à la nécessité actuelle d'une relance de l'investissement de l'hôpital public. L'absence de marge de manœuvre sera accentuée, de nombreux établissements resteront ou deviendront « déficitaires ».

Les investissements doivent être favorisés par l'Etat et ne pas être sources d'endettement. Un fonds d'investissement des structures publiques doit être créé à cette intention. Cela doit être une priorité de toute réforme de financement.

LA CGT PROPOSE

- ▶ Une régulation fondée sur les besoins de santé à l'échelon régional
- ▶ Un financement de la sécurité sociale fondé sur un accroissement des recettes et non une diminution des dépenses
- ▶ Une régulation du prix et du remboursement du médicament fondée sur les besoins de santé publique, et indépendante des firmes pharmaceutiques
- ▶ Une tarification des activités hospitalières différenciée selon les catégories de pathologies (aigu, chronique, réadaptation)
- ▶ La prise en compte des contraintes et missions de service public (formation, prévention, continuité des soins)
- ▶ Un contrôle prenant en compte la qualité des soins et l'adéquation aux objectifs de santé publique
- ▶ L'arrêt des partenariats public/privé
- ▶ La disparition du secteur privé lucratif
- ▶ Un audit financier de toutes les structures du secteur public hospitalier
- ▶ Un fonds d'investissement des structures publiques, adossé à la Caisse des Dépôts et Consignations, alimenté par les réserves des caisses publiques (Ircantec, retraites, prévoyance, mutuelles...)
- ▶ L'apurement de la dette de tous les hôpitaux et leur recapitalisation par l'Etat.

LA CGT REFUSE

- ▶ Une T2A inflationniste et dérivant vers une médecine à deux vitesses
 - ▶ Des investissements sources d'endettement pour les structures publiques
 - ▶ L'utilisation des fonds publics à des fins de spéculation
 - ▶ Une convergence tarifaire favorisant éhontément le privé
 - ▶ L'utilisation du retour à l'équilibre comme moyen de réorganisation géographique du système de santé
- Le désengagement de l'Etat dans le financement des hôpitaux
- ▶ L'étouffement progressif du service public de santé par le privé lucratif et le système assurantiel