



En période de crise, la parole est ouverte

La notion de parole médicale unique a été mise à mal depuis le début de l'épidémie due au coronavirus. Le débat est inhérent à l'expression scientifique et est une nécessité démocratique. Nous avons pu constater que l'instrumentalisation de la parole médicale par le gouvernement via le fameux conseil scientifique a été contre-productive et a provoqué une salubre défiance de la part des citoyens.

À la CGT aussi, le débat est permanent, sinon ce ne serait pas la CGT. Des avis divers s'expriment et le débat s'instaure. Mais nous savons aussi nous rassembler sur des valeurs et sur des revendications. Parfois, le choix des stratégies de lutte fait débat, mais ce qui est important est de ne pas rester l'arme au pied. Nous reprenons facilement la devise de Bertolt Brecht : « Celui qui combat peut perdre, mais celui qui ne combat pas a déjà perdu ». Nous savons aussi que pour gagner, il faut à la fois résister et avancer des revendications de haut niveau, sans l'autocensure imposée par le possible face à l'idéal.

Dans cette optique, nous avons demandé pour ce nouveau numéro de notre journal à un certain nombre de nos camarades de laisser libre cours à leurs idées, sans aucune autre limite que le respect de nos valeurs communes.

Dans toute période de crise, des changements brutaux peuvent se produire qui ne vont pas toujours dans le sens du progrès social. Il nous a donc paru intéressant de publier ces textes pour qu'ils permettent le débat le plus large afin de nous mettre en position de pouvoir aller dans le bon sens.

Bonne lecture.

*Dr Christophe Prudhomme
Collectif médecins
Fédération CGT de la santé et de l'action sociale*

SOMMAIRE

- Remodeler notre système de santé
Une nécessaire articulation des soins
et de la prévention
Remotiver les professionnels
(réflexions sur la crise sanitaire) **p.2-3**
- Pertes de chances... et de sens **p.4**
- Défendre les personnels hospitaliers
et la population laborieuse face à la deuxième
vague constitue une urgence **p.5-7**
- Une solidarité de notre temps **p.8-9**

► Remodeler notre système de santé

Une nécessaire articulation des soins et de la prévention

Remotiver les professionnels

(réflexions sur la crise sanitaire)

La crise sanitaire actuelle a mis en pleine lumière la crise de notre système de santé. Pour justifier son impréparation, le gouvernement a argumenté dès le début sur l'imprévisibilité de l'émergence du virus. Pourtant, en amont de la crise, les soignants avaient lancé des messages d'alerte clairs sur l'état de nos hôpitaux victimes de suppressions de lits récurrents, de restructurations et de manque de personnel. Aujourd'hui, face à une reprise de l'épidémie assez prévisible, personne ne peut dire qu'il ne savait pas, pour autant rien n'a été fait pour changer les choses.

Au printemps l'hôpital a puisé au plus profond de ses « ressources humaines » pour faire face au défi, ce ne sera plus possible aujourd'hui, comme les commentateurs les plus objectifs l'ont bien remarqué. La situation s'est même dégradée, les soignants dégoutés, épuisés et abandonnés envisagent de changer de métier, certains ont déjà quitté l'hôpital. Il est effrayant d'entendre aujourd'hui le premier ministre dire qu'il compte encore sur les soignants comme s'il ne s'était rien passé.

On devrait réfléchir à cette occasion sur l'ambiguïté du terme « ressources humaines » qui confond la main d'œuvre mobilisable et les qualités proprement humaines de nos métiers.

Si, malgré des moyens humains et matériels largement insuffisants, la catastrophe n'a été que relative (pardon pour les milliers de morts...), c'est parce que les soignants ont puisé au plus profond de leurs « ressources ». C'est cette dimension non comptable des ressources humaines qui a été la variable d'ajustement, au prix trop souvent de choix éthiques insupportables.

Personne ne pourra l'imposer de nouveau aux soignants.

Puis le Ségur de la santé est passé par là, confirmant cet abandon. La CGT avait dénoncé cette mascarade qui apparaît maintenant clairement aux yeux du plus grand nombre.

Les (ir)responsables politiques mettent en avant les moyens matériels, (masques et tests enfin arrivés) comme preuve de leurs efforts, quant aux moyens humains ils ne relèveraient, selon la langue de bois bien connue, que de problèmes d'organisation .

Il est indispensable de reconsidérer l'organisation du système ce qui suppose des moyens conséquents. L'organisation actuelle de notre système de santé n'a pas été à la hauteur pour gérer collectivement cette épidémie. Si nous prenons l'exemple des tests PCR ou sérologiques, quand enfin ils ont été disponibles, une part essentielle de la stratégie de leur utilisation a été laissée aux collectivités locales, et aux laboratoires privés, avec des objectifs pas toujours sanitaires.

Le mot d'ordre était de tester à tout va sans règle ni méthode. Illustration caricaturale de l'espoir magique que la loi de l'offre et la demande règle tout, y compris en matière de santé publique.

Un observateur avisé verrait là l'incompétence et la négligence des gouvernants autant que la marque de leur philosophie.

La sécurité sociale a certes mis en place un embryon de stratégie avec sans doute des succès locaux, mais sans avoir les moyens d'une politique efficace à grande échelle. Il faut constater avec amertume qu'il n'y a plus de politique de santé publique digne de ce nom dans notre pays et trop souvent la prévention du COVID s'est réduite à de la communication. Le port du masque systématique sans rationalité ni cohérence ou la multiplication des tests sans suivi et avec des délais de réponse les rendant inutiles ont contribué à entretenir un climat de défiance vis à vis des mesures venues d'en haut. Il était impératif pour le gouvernement de montrer qu'il faisait quelque chose et surtout d'éviter un nouvel afflux de patients à l'hôpital. Les masques ont été un moment la seule réponse mais il n'a pourtant jamais été question de les rembourser. On n'est plus à une incohérence près. On voit le fiasco d'une politique de santé publique pilotée essentiellement d'en haut. Il a été ainsi impossible de mettre en place des mesures adaptées à la situation locale.

Le rôle des ARS a toujours été de supprimer des lits et de fermer des structures. Il aurait fallu en quelques semaines, voire en quelques jours, qu'elles fassent exactement le contraire : rouvrir des lits, remobiliser du personnel ! Pris à contre-pied certains directeurs d'ARS s'y sont laissés prendre et ont persévéré dans la politique de casse du service public. Ils avaient bien compris que les objectifs premiers restaient inchangés, il fallait seulement les mettre en sourdine le temps nécessaire. Les managers « pur jus » ne savent pas prendre en compte le contexte émotionnel avec la même souplesse que les vrais politiques.

En bonne logique, l'hôpital devrait être l'établissement public de référence pour soutenir une politique sanitaire, mais les missions de prévention ne rentrent pas dans le cadre de ses prérogatives, surtout dans son organisation actuelle et son mode de financement. L'hospitalocentrisme technocratique aggravé par la mise en place des GHT est incompatible avec une politique de santé publique prenant en compte la prévention et les besoins de la population.

On ne peut pas compter davantage sur les communautés de santé territoriales. La médecine de

ville est encore prisonnière du paiement à l'acte, pas plus que les autres libéraux, ils ne peuvent répondre à ce type de missions. Paradoxe notable, à un moment où le système de santé était en surchauffe, beaucoup de médecins notamment libéraux se sont trouvés au chômage technique.

La dissociation des soins et de la prévention est une des plus grandes faiblesses de notre système de santé. Une prévention efficace doit être notamment associée à l'évaluation des besoins. Dans cette perspective, ce sont ceux qui ont à traiter les patients qui sont les plus à même de définir ce que doit être la prévention.

En tant que psychiatre, j'ai bien sûr en tête l'organisation du secteur psychiatrique, aujourd'hui d'ailleurs bien mise à mal, mais dont la philosophie fondamentale était de réunir la prévention, le soin et le suivi. Une prévention coupée du soin risque toujours d'être « hors sol » et au pire de déboucher sur une forme de contrôle social. Les maladies infectieuses comme les maladies mentales ont été en leur temps des « fléaux » historiques justifiant diverses formes de contrôle des populations que Michel FOUCAULT a désigné sous le nom de biopolitique.

Les mesures sanitaires coercitives non comprises, surtout en situation de « guerre », auront toujours un relent liberticide. La sensibilité populaire sera alors naturellement méfiante et incrédule vis à vis de décisions coercitives venues d'en haut. Beaucoup de campagnes préventives en ont fait les frais : limitation de vitesse ou interdiction de fumer ont été ressenties comme des restrictions de liberté avant d'être des mesures de protection.

Il ne peut sans doute pas y avoir de protection collective sans contrainte individuelle. La liberté véritable, nous apprennent les philosophes, est toujours compréhension de ce qui est nécessaire (intellection de la nécessité dit HEGEL) et ne peut venir que de la connaissance. La capacité à accepter collectivement une politique de santé publique, qui ne soit pas un contrôle social, suppose un souci partagé pour autrui, y compris pour cet autre moi-même que je serai devenant vieux ou malade. L'intérêt solidaire pour soi et pour les autres dans le contexte d'une épidémie ne peut avoir d'efficacité qu'à l'échelle d'un collectif humain où le souci pour l'autre à un sens : la famille, le collectif de travail, un EHPAD...

La prévention dans la communauté doit donc prendre en compte ces collectifs par ceux qui ont la charge de la santé de la population. Ce qui implique une mise en œuvre à un niveau géodémographique permettant le suivi (là encore la référence au secteur de la psychiatrie s'impose).

A chaque niveau, le service public doit décliner un dispositif adéquat : santé scolaire, PMI, santé au travail... Au niveau local, les centres de santé auraient toute leur place impliquant de manière démocratique les élus dans l'évaluation des besoins de la population et permettant à l'hôpital sur lequel ils pourraient être adossés de sortir de son hospitalocentrisme.

Ce n'est donc pas un dispositif spécifique dédié au COVID qui est nécessaire pour répondre à la crise, mais une refonte de notre système de santé doté de moyens suffisants et gérés démocratiquement en fonction des besoins.

La crise sanitaire a bien montré que le système était défaillant à tous les niveaux. Il est vrai que ce n'est pas du jour au lendemain qu'on peut construire ce système de santé ni même réparer les dégâts des politiques de ces dernières années, voire décennies.

La lutte contre le COVID justifie dès maintenant d'inverser la tendance et de mettre en place une politique de recrutement et de formation qui engagera le système de santé à long terme. Au lieu de réponses de circonstances - application Stop-COVID ou brigades éphémères - il faut des engagements de recrutement de personnels et d'investissement dans la durée.

Jusqu'à présent, le gouvernement n'a imaginé que des réponses provisoires misant sur une crise limitée dans le temps qui ne l'obligerait pas à remettre en question à long terme le choix des politiques d'austérité. Cette réforme de fond nécessitera du temps, mais dès maintenant les réponses à la crise sanitaire justifient de renforcer en priorité les moyens hospitaliers qui sont, comme on l'a vu, le dernier rempart en situation de crise. L'urgence est avant tout humaine en mettant des moyens bien-sûr pour revaloriser les salaires, les statuts et plus que tout embaucher pour améliorer les conditions de travail. Par ces moyens et bien d'autres, en particulier en redonnant le droit à la parole, il s'agit urgemment de remotiver les professionnels.

Le management hospitalier doit être remis en question, il est associé à une perte de sens du travail et souvent source de souffrance. Si en situation « normale » chacun s'en accommode, bon gré ou mal gré, en période de tension, sa logique déshumanisante prend le pas pour pallier les manques de personnels ; jamais les soignants n'ont autant été pris comme des « pions » que dans cette période.

Jamais non plus les soignants n'ont sans doute eu autant besoin de parler : de leur métier, de la conception qu'ils en ont, de leurs motivations ou démotivations, mais aussi des propositions dont ils sont porteurs. La démocratie n'est pas un vernis « psychosocial » mais elle est garante de l'efficacité des soins. Redonner la parole aux soignants pour organiser le soin doit être un impératif pouvant être pris en compte rapidement. Faute d'être entendus, se sentant déconsidérés, les « anciens » s'en vont éccœurés, mais de plus, et ce qui est peut être pire, les jeunes arrivent dans des conditions peu propices à leur donner envie de rester.

Les témoignages des élèves infirmier.e.s ou des internes vont dans le même sens. Mis en première ligne souvent faute de personnel, ils ont vécu des situations parfois traumatisantes et faute de disponibilité des anciens, leur formation a été délaissée. La responsabilité du gouvernement et de ses prédécesseurs est donc colossale dans le passif mais encore plus inexcusable si elle hypothèque aussi dangereusement l'avenir.

*Stéphane Barbas
Pédopsychiatre*

► Pertes de chances... et de sens

Nous savons tous, pour le vivre depuis des années et comme en témoignent les mouvements revendicatifs inédits de l'hiver 2019-2020, que la dégradation de l'offre de soins et des conditions de travail à l'hôpital ne datent pas de la crise du COVID. Derrière les éléments de langage de la novlangue directoriale (démarche qualité, efficacité, mutualisation, bienveillance, qualité de vie au travail... et j'en passe), ce sont les dogmes de la baisse de la dépense publique et de l'évaluation quantitative de l'activité qui dominent et qui nous imposent l'austérité.

Mais si les belles paroles et les louanges adressées au printemps aux « héros en blouse blanche » auraient dû être suivies de mesures fortes pour améliorer concrètement la situation, non seulement il n'en a rien été, mais celle-ci ne cesse de s'aggraver.

La crise sanitaire est en effet venue considérablement dégrader notre quotidien sur le terrain, en agissant comme un révélateur et un amplificateur à grande échelle de difficultés et de carences préexistantes.

Là où les moyens humains étaient à peine suffisants pour assurer des soins minima, et souvent en mode dégradé, où des activités devaient régulièrement être supprimées au moindre arrêt de travail, et où un seul soignant devait assurer les groupes thérapeutiques quand les recommandations de bonne pratique en préconisent deux, on assiste à la multiplication de ces phénomènes du fait d'un absentéisme en hausse, des ponctions de la direction des soins sur nos effectifs soignants pour remplacer dans d'autres services encore plus déficitaires, des évictions des professionnels à risque, etc.

La priorité sanitaire absolue anti-COVID entraîne des réductions quantitatives massives de soins « non urgents », mais aussi qualitatives du fait des restrictions multiples décidées par les directions qui ne tiennent pas compte de la clinique. La capacité de notre service d'hospitalisation complète est réduite d'un tiers, celle de notre hôpital de jour de plus de 50% ; le maintien « autant que possible » des patients en chambre et l'interdiction qui leur est faite de participer à des activités de groupe avant 7 jours de présence sont anti-thérapeutiques dans une spécialité basée sur l'échange et l'interaction...

Quid de la fameuse « balance bénéfiques-risques » entre le risque COVID et la bombe à retardement sanitaire que représentent tous ces patients laissés pour compte ?

De nouveaux collègues quittent l'hôpital public pour le secteur libéral et rien n'est fait pour améliorer l'attractivité de nos hôpitaux. Dans notre hôpital, qui compte 750 salariés, ce sont maintenant une vingtaine de postes infirmiers qui sont vacants (que les promotions sortantes des IFSI en juin ne sont pas venues combler) et près de 50% des postes médicaux !

Pour alerter la direction sur cette dégradation et sur le non-respect par l'hôpital de l'obligation de moyens, l'équipe soignante et médicale lui a écrit une lettre ouverte qui n'a obtenu pour toute réponse qu'il fallait « adapter l'offre de soins aux contraintes sanitaires liées à la crise COVID »... Assortie d'une appréciation péjorative sur l'ingratitude du personnel qui contraste avec les louanges que la même direction lui avait adressées il y a trois mois pour sa gestion des lits COVID.

Les professionnels ne défendent pas leur petit confort mais expriment une perte de sens de leur fonction où les moyens manquent pour que l'engagement pris envers les patients de répondre à leurs besoins (contrat de soins) soit respecté. Cette perte de sens est donc à mettre en parallèle avec la perte de chance subie par les patients (que la direction nous demande d'éviter, ce qui constitue une injonction paradoxale quand cette même direction nous impose restrictions et contraintes !).

Les solutions passent évidemment par des plans d'embauche et de formation massifs et par des revalorisations salariales bien au-delà des aumônes prévues suite au Ségur...

Jean Lévy
Addictologue (CH psychiatrique Belair,
Charleville-Mézières)



► Défendre les personnels hospitaliers et la population laborieuse face à la deuxième vague constitue une urgence

C'est pourquoi la CGT doit rompre avec le gouvernement, boycotter les comités de suivi de son Ségur et impulser la mobilisation pour l'organisation d'une puissante manifestation nationale des personnels hospitaliers contre le projet de loi de sécurité sociale 2021 au moment de son passage à l'Assemblée Nationale et pour imposer le plan massif de soutien à l'hôpital public qu'exige la situation

Le Ségur et le projet de loi de financement de la sécu 2021 (PLFSS) ne sont que la poursuite de la politique de destruction de l'hôpital public de ce gouvernement.

Aux racines de la politique du gouvernement, la crise du système capitaliste

Alors qu'elles étaient embourbées dans une crise profonde depuis 2009, la survenue de la pandémie du coronavirus et la mise à l'arrêt brutale de pans entiers de la production qu'elle a entraîné ont précipité les économies du monde entier dans la récession.

Dans tous les Etats qui en ont les moyens, les milliards pleuvent pour soutenir les patronats locaux et limiter les faillites en chaînes. En France, où l'économie est déjà en perte de vitesse depuis de nombreuses années, celle-ci ne se maintient que par des cadeaux faramineux adressés régulièrement par le gouvernement à la grande bourgeoisie, comme en témoignent notamment les milliards d'allègement fiscal au titre du CICE, pérennisé en 2019.

Suite au nouveau développement de cette crise, le gouvernement Macron-Castex accourt de nouveau au chevet de son maître avec un plan de relance chiffré à 100 milliards d'euros.

Castex le dit lui-même, ce sont les capitalistes qui en seront les bénéficiaires, non les « ménages » : « Les revenus des ménages ont été préservés dans la crise (...) La priorité assumée va donc au soutien assumé à l'offre et à l'investissement productif ».

Ce plan comporte de nombreuses mesures ayant la même finalité : 20 milliards d'allègements fiscaux supplémentaires sur les impôts de production, baisse de l'impôt sur les sociétés de 27,5 % en 2021, chômage partiel classique reconduit jusqu'au 1^{er} novembre. La jeunesse est offerte en pâture via un plan de surexploitation qui prévoit la création de 300 000 contrats d'insertion, dont le salaire sera payé à hauteur de plus 400 € par mois par l'Etat, avec une prime de 4 000 € pour l'embauche d'un jeune de moins de 26 ans, ainsi que de 100 000 services civiques, sous-payés à hauteur de 580 € par mois.

Mais ces largesses vis-à-vis du patronat et la crise du capitalisme ont un coût : un déficit budgétaire qui s'établit selon les prévisions récentes à 195,2 milliards d'euros (contre 93,1 milliards en 2019, solde déjà jugé très conséquent). La dette publique française a fait un

bond historique à 114,1 % du PIB. C'est la plus forte progression depuis 1995 et que l'Insee publie cet indicateur.

Ce coût, le gouvernement français entend clairement le faire payer aux travailleurs et à la jeunesse.

L'organisation méthodique de la faillite de l'hôpital public et du système de santé français

C'est dans ce cadre qu'a été méthodiquement organisée la situation de faillite de notre système de santé. Les enjeux en matière d'économie de la santé sont doubles : diminuer sa part dans la dépense publique et ouvrir un marché potentiellement très lucratif aux investissements privés.

La situation de la santé s'est donc caractérisée depuis les années 70 par une succession de politiques d'austérité visant à calquer le fonctionnement de l'hôpital sur celui d'une entreprise privée (avec la logique de rentabilité et d'efficacité économique d'où découle l'aggravation progressive des conditions de travail des soignants) et à l'autonomiser financièrement afin de diminuer sa part dans le budget de l'Etat et de la sécurité sociale.

C'est ainsi que les plans « Hôpital » 2007 et 2012 ont fini de consacrer la dépendance des hôpitaux au système bancaire en privilégiant « le levier de la dette pour financer un plus grand nombre d'opérations ».

Le résultat est sans appel : la dette des hôpitaux a explosé en 15 ans (de 8,3 milliards d'euros en 2002 à 29,8 milliards en 2016), paralysant toute possibilité d'investissement. La rationalisation des coûts a entraîné la fermeture de 7 % des hôpitaux entre 2013 et 2017, d'une maternité sur trois entre 1996 et 2016, la suppression de 100 000 lits en 20 ans (plus de 15 %). Selon le journal « Marianne », ce seraient également 40 % des lits de réanimation qui auraient disparu en 30 ans.

Concernant le travail des soignants, entre 2005 et 2009 l'activité a augmenté de 11 % dans le secteur hospitalier alors que l'emploi n'a lui progressé que de 4 %, induisant par là même une surcharge de travail évidente.

Aujourd'hui, en plein cœur de la deuxième vague de l'épidémie de coronavirus, le gouvernement maintient son cap de l'austérité en refusant la création du moindre lit supplémentaire. En résulte une saturation complète du système hospitalier, notamment au niveau

des soins intensifs, dont les soignants et les patients sont les premières victimes.

Alors que le projet de budget chiffre les dépenses sanitaires liées au Covid à 300 millions d'euros en 2021 alors qu'elles se sont pour l'instant élevées à 3 milliards en 2020 (ce qui donne une idée de la mesure du désengagement du gouvernement), les hôpitaux déclenchent un à un les Plans Blancs pour se donner la possibilité de rappeler les personnels en congé comme renfort, et se préparent à réutiliser les étudiants en médecine et en infirmerie comme manne de personnels sous-payés.

La politique du gouvernement face à la deuxième vague du coronavirus doit être dénoncée sans détour

Cette politique est entièrement cadrée par l'objectif de ne pas déboursier un centime de plus pour soutenir l'hôpital et les soignants, quitte à se lancer dans une politique de stigmatisation vis-à-vis notamment de la jeunesse pour faire reposer sur elle la responsabilité de la situation sanitaire !!!

C'est exactement le sens de la mesure de couvre-feu annoncée par Macron le 14/10. Son choix signifie très clairement pour la population laborieuse qu'elle doit poursuivre le travail coûte que coûte, alors que c'est un pan entier de sa liberté qui est hypothéqué. Le message adressé au travailleur est : « *bosse et rentre chez toi* ». À côté de cela, tout est fait pour gêner le moins possible le fonctionnement des entreprises, le télétravail n'étant même plus encouragé qu'à demi-mot.

Par ailleurs, le discours de Macron indique que sa volonté est toujours de ne débloquer aucun moyen supplémentaire pour l'hôpital, mais bien de tenter de faire diminuer l'afflux des malades vers le système de santé par des mesures liberticides dont l'hypocrisie est sans borne (comment croire que le virus se transmet si facilement dans les soirées étudiantes et si peu dans les transports en commun ???). Là encore, l'objectif du gouvernement est de reporter sa responsabilité dans la crise sanitaire sur la jeunesse et les travailleurs en critiquant de façon honteuse la façon dont ils se comportent dans leur vie privée.

Le Ségur de la santé : la poursuite du cap donné par le plan « Hôpital 2020 »

Ce nouveau plan, vendu sous l'annonce d'une augmentation de salaire de 180 €/mois pour une partie des personnels (augmentation qui ne contrebalance même pas la perte de pouvoir d'achat induite par des années de gel des points d'indice, et qui constitue en réalité le prix à payer par le gouvernement pour faire passer sa réforme), constitue sans appel une nouvelle attaque pour dégrader les conditions de travail des soignants.

Cet accord ouvre la voie à des négociations locales se

fixant explicitement pour objectif de remettre en cause les 35 heures et les temps de repos quotidien sur le modèle des négociations d'Accords de Performance Collectifs qui se généralisent dans l'industrie, entérine la responsabilisation des équipes en cas d'absence dans leur service pour assurer la continuité des soins, la refonte du système des primes en un versement unique individualisé (avec les perspectives de pression sur les agents que cela comporte, etc.).

Par ailleurs, il comprend une large enveloppe adressée au système de santé privé lucratif, ainsi que l'introduction d'une rémunération des agents du public à l'intéressement. Cette dernière mesure indique la logique de rentabilité qu'entend poursuivre ce gouvernement et sa volonté d'harmoniser les logiques managériales sur celles du privé.

Quant aux 19 milliards qui sont mis en avant pour « *permettre le financement des investissements utiles* », il s'agit d'une arnaque complète. Sur ces 19 milliards il y a 13 milliards de reprise de la dette qui vont être payés par un allongement de la durée de vie de la CRDS (contribution pour le remboursement de la dette sociale), c'est à dire par la population laborieuse.

Le PLFSS 2021 prolonge cette politique en pratiquant 4 milliards de coupes supplémentaires dans l'assurance maladie en pleine pandémie, dont 800 millions en refoulant davantage de malades de l'hôpital (développement des alternatives à l'hospitalisation et 1 milliard par des économies supplémentaires sur les prescriptions médicales).

En présentant le PLFSS le gouvernement a d'ailleurs précisé que sur les 13 milliards de transfert de dette des hôpitaux mis en avant pour faciliter la signature du Ségur par les directions syndicales, à hauteur de 10,2 milliards ce seraient les ARS qui auraient la main afin de n'effectuer de reprise de dette des hôpitaux uniquement si ceux-ci s'engagent dans des accords pour « adapter leur activité aux besoins territoriaux de santé ». Un pur chantage pour leur faire accepter les restructurations, c'est-à-dire l'austérité.

Concernant l'embauche de 15 000 personnels pour l'hôpital public, seule la moitié correspond à de réelles créations de postes, l'autre moitié correspondant à des recrutements de personnels sur des postes qui n'étaient jusque-là pas pourvus !!! Comment croire que les soignants vont soudainement postuler à ces postes qu'ils fuient déjà étant donné la dégradation insupportable de leurs conditions de travail.

Pour couronner le tout, le gouvernement a publié le 10/09 un décret autorisant le licenciement des personnels hospitaliers titulaires en cas de suppression de postes !!! Outre la violence inédite d'un tel décret, qui constitue une attaque portée contre l'ensemble de la fonction publique, il augure très mal de la réalité de la création de postes à l'hôpital public !!

Au sujet du nombre de lits, il est annoncé suite au Ségur 4 000 lits supplémentaires, mais seulement à la demande « pour que les établissements puissent s'adapter à la suractivité saisonnière ou épidémique ». Une sinistre blague si l'on considère que ce n'est pas moins de 100 000 lits qui ont été supprimés dans les hôpitaux français au cours 20 dernières années. Cela ne couvre qu'à peine les 3 400 lits supprimés pour la seule année 2019.

La responsabilité des directions syndicales dans la poursuite du plan du gouvernement

Il faut le dire, la responsabilité de des directions syndicales, dont celle de notre CGT, est importante dans le dispositif qui a permis au gouvernement d'aller au bout de son attaque : elles ont répondu systématiquement présent aux invitations d'Edouard Philippe pour siéger au Ségur de la santé, refusant de mobiliser les soignants dès le début du processus, préférant relayer la communication du gouvernement qui voulait faire croire aux personnels de la santé qu'il y avait là quelques avancées à gagner pour eux.

La direction prise par le Ségur de la santé ne faisait pourtant pas l'ombre d'un doute : la nomination de Nicole Notat à la tête de ce Ségur, dont la carrière à la CFDT est marquée par son soutien au plan Juppé en 1995 (attaque contre les régimes spéciaux, allongement de la durée de cotisation des fonctionnaires, réforme de la sécurité sociale), était un premier signal clair. L'est encore plus le discours introductif du premier ministre Edouard Philippe qui déclarait le 25 mai : « *Ce que je crois, c'est que la crise exige de nous, non pas nécessairement de changer de cap, mais très certainement de changer de rythme.* ».

Pourtant, les organisations syndicales ont siégé jusqu'au terme des négociations. Alors certes, notre CGT n'a pas signé en s'appuyant notamment sur le fait que le Ségur constitue un outil pour aller plus loin dans les restructurations. Mais elle a participé jusqu'au bout, légitimant ainsi le Ségur, ce qui a permis à d'autres (en particulier FO) de signer. Ce n'est qu'à leur issue que les directions syndicales ont appelé les soignants à manifester (non pas pour le retrait du plan du gouvernement, mais pour « peser sur les négociations ») dans un combat perdu d'avance au cœur de l'été, à coup de journées d'action espacées de quinze jours chacune.

Aujourd'hui, en même temps qu'elle vote contre le projet de loi de financement de la sécu 2021 (PLFSS 2021) dans les caisses nationales d'assurance maladie, la direction de la CGT tente une action en justice pour participer au comité de suivi de l'accord du Ségur de la santé. Mais comment est-il possible de combattre le

projet de budget tout en participant à l'application des réformes mortifères dont il est l'outil ?

Il faut en finir avec ces faux semblants !

Il y a maintenant urgence : il faut immédiatement rompre avec le gouvernement, c'est à dire boycotter le comité de suivi du Ségur et impulser la mobilisation unie des personnels hospitaliers contre le PLFSS et pour un plan massif de soutien de l'hôpital public.

Les personnels hospitaliers voient arriver en ce moment la deuxième vague de l'épidémie, qui résulte fondamentalement du choix de la bourgeoisie d'imposer le retour au travail des salariés, accablés par le constat que le dénuement de l'hôpital et des personnels est encore aggravé par rapport à la première vague, que les moyens pour faire face ne sont toujours pas là. De nombreux témoignages démontrent que les personnels hospitaliers ne supportent pas l'idée de revivre la situation qu'ils ont connue au printemps.

Ce constat, qui constitue en soi une condamnation sans appel du Ségur de la santé, appelle des réponses claires :

Pour défendre les personnels hospitaliers et l'ensemble de la population laborieuse en donnant enfin à l'hôpital public et au système de soins les moyens de faire face à l'épidémie, **il faut rompre tout soutien, toute participation à la mise en œuvre de la politique de destruction de l'hôpital via les comités de suivi du Ségur** et affronter ce gouvernement qui va soumettre cet automne le projet de loi de financement de la sécu 2021. Il faut impulser une mobilisation nationale, une puissante manifestation nationale des personnels hospitaliers pour faire reculer le gouvernement et imposer enfin le plan massif de soutien de l'hôpital public qu'exige la situation.

Voilà ce qu'exige la défense des personnels hospitaliers et de la population laborieuse !

C'est de la responsabilité de notre CGT d'agir dans ce sens, d'imposer par la mobilisation des personnels le front uni des organisations syndicales pour faire reculer le gouvernement et imposer la satisfaction de ses revendications :

- ➔ **L'annulation de la dette de l'hôpital, sans condition ni contrepartie ;**
- ➔ **Un plan massif de soutien à l'hôpital public ;**
- ➔ **L'embauche massive de personnels soignants ;**
- ➔ **La revalorisation et l'indexation sur l'inflation des salaires de l'ensemble des travailleurs de la santé.**



*Théo Jakobi
Interne en médecine*

Une solidarité de notre temps

Les chiffres sont là : un nombre de nouveaux cas par patients atteints (R0) actuellement proche de 1 en Allemagne et proche de 1,5 en France, soit quelques milliers de nouveaux cas quotidiens de COVID-19 en Allemagne ces jours-ci (source Robert Koch Institut), et de l'ordre de plusieurs dizaines de milliers chaque jour en France, en croissance depuis juin. Depuis le début de l'épidémie, la France a connu environ 33 000 décès et l'Allemagne 9 000.

Les clusters décrits sont pourtant les mêmes de part et d'autre du Rhin. Les rapports quotidiens du Robert Koch Institut les détaillent en Allemagne : établissements de soins et médicosociaux, tout particulièrement les EHPAD, les lieux de travail confinés ou humides comme les ateliers de découpe, les abattoirs, les écoles et les universités, les logements collectifs sont concernés, par exemple les dortoirs des travailleurs saisonniers, mais aussi les salles de pause, salles de déjeuners, les fêtes de familles et rassemblements religieux. L'affichage quotidien de la ventilation des clusters par catégories citées ici est de mise sur le site du Robert Koch Institut. A l'inverse, elle est absente de nos sites de données nationales et les ARS prises individuellement n'ont aucun appétit ni recommandations homogènes pour en donner à lire le détail à notre population. L'agence de Bordeaux affirmant même en pleine remontée qu'elle ne les publierait plus, tout simplement,

Dès février dernier, l'histoire naturelle de la dissémination virale par « clusters » est décrite en Allemagne, en Corée du Sud, aux États-Unis et en France sous l'égide des ARS qui ont mené les premières enquêtes, avec des conclusions rassurantes quant à la maîtrise du confinement.

Les situations confinées offrent des occasions de dissémination super efficaces : rappelons-nous le paquebot *Diamond Princess* (700 cas), le *Celebrity Apex* à Saint-Nazaire (56 cas) et plus récemment aux États Unis, à la suite d'une réception, la « Maison Blanche » (13 cas). En Pays de Loire, depuis l'arrivée de la pandémie, les EHPAD ont connu 2 400 patients et 1 700 salariés atteints par le COVID-19. La prévalence des positifs parmi les tests effectués en Pays de la Loire, c'est aujourd'hui 4 % en population générale et 8 % dans un Centre Hospitalier tel celui de Saint-Nazaire. MSF a rapporté récemment le résultat de son évaluation épidémiologique : une prévalence de plus de 50% de personnes ayant été en contact avec le virus dans plusieurs campements de sans-logis en Seine Saint-Denis et en région parisienne. Cette histoire naturelle est donc maîtrisée par le « conseil scientifique », par les ARS, la CPAM, les CEPIAS, qui sont les structures et agences chargées des enquêtes de traçage en France.

A l'état de base, nos épidémiologiste et le « conseil scientifique » nommé discrétionnairement par Macron connaissent et ont été informés très précocement du modèle exponentiel de croissance du nombre de



©alphaspritt - Adobe stock

contaminés par le COVID-19. Mais rien n'a été fait depuis la fin du confinement le 11 mai. Les salariés des CPAM sont appelés à se mobiliser pour les chaînes de contamination à moyens constants et sur la base d'une communication téléphonique et non de terrain. Jusqu'au plan Castex d'août où sont accordés 2 000 postes précaires, CDD renouvelables une fois. Les ARS ont pour mission d'enquêter sur les clusters, mais il n'y a pas de doctrine nationale de fermeture, ni des écoles, ni des établissements. Dans les hôpitaux de notre secteur sanitaire des Pays de la Loire, une positivité découverte chez un agent ou deux agents d'un même service n'entraîne qu'une enquête des cas contacts de la personne sur les 15 derniers jours. Il faut attendre l'effectif magique de trois soignants atteints, pour qu'une enquête large soignants et soignés soit entreprise. Il n'y a pas de doctrine nationale d'arrêt de la classe au premier cas détecté dans une école pour tester tout le monde comme c'est le cas en Allemagne. Bien évidemment, les taux de positivité croissent et atteignent des sommets préoccupants.

Nouveau silence d'État

Après les mensonges d'État du début de l'année, et le confinement, grand facteur d'accentuation des inégalités, le Président et le Conseil scientifique assument délibérément une politique du « Vivre avec le coronavirus » pour « rouvrir l'économie ». Logiquement, depuis mai, en dépit de succès ponctuels tels en juin dernier la réduction mesurée des chaînes de contamination de clusters voisins en Mayenne, les contaminations repartent à la hausse et sans politique de santé publique ciblée, on assiste à un effondrement du système des laboratoires à qui on confie les tests. Leurs personnels sont sur-sollicités, les résultats arrivent au-delà de deux jours, délai maximum recommandé par l'OMS pour l'efficacité de l'isolation.

La définition de groupes prioritaires pour leurs prises de rendez-vous et le rendu des résultats sont le nouveau credo du gouvernement Castex. Ces mesures tentent de rattraper la courbe de progression des contaminations dues au virus par la gratuité des tests et l'abolition de l'ordonnance. Cette décision délibérée aboutit au fait qu'un test positif sur cinq seulement relève d'une enquête de traçage. Les journalistes, les médecins et les syndicats alertent depuis juillet sur les conditions dégradées de réalisation des tests nécessaires pour ce « tracing ». De surcroît, ce « savant désordre » représente une gabegie financière pour la sécurité sociale qui supporte un versement au laboratoire de 73 € par test, avec un nombre de tests qui oscille de 700 000 à un million par semaine.

La priorité gouvernementale dans ce contexte : la lutte contre l'absentéisme

Le gouvernement ramène fin aout la durée d'isolement de quatorzaine à sept jours, car à J7, la plupart (mais pas tous) les porteurs du SRAS-Cov-2 ne sont plus contaminants. Mais faute de test à J7 et de rendu dans la journée, cette mesure va évidemment favoriser la diffusion du virus. Avec le nouveau décret du 29 août, les dispositifs d'indemnisation dérogatoire et d'ASA sont réduits à portion congrue pour les agents du service public. Aucune embauche, aucun investissement matériel en Réanimation, dans le secteur hospitalier ni scolaire pendant l'accalmie ayant succédé au déconfinement.

« Comme si le gouvernement s'était résolu à une deuxième vague, en espérant qu'elle ne ferait pas trop de morts. » note Franck Canteloup. Une priorité donnée aux exigences du MEDEF qui ne dit pas son nom, doublé d'une prise en charge par la sécurité sociale des exonérations de cotisation, et par l'État du chômage partiel ;

Redonner un sens et des moyens à la prévention

Au début de l'épidémie, les consignes à la population étaient de s'orienter vers un tri aux urgences, seuls les laboratoires de CHU réalisant les analyses.

A aucun moment, en début d'épidémie, ni les médecins généralistes, ni les labos de ville n'ont été consultés, ni concertés, ni associés à l'organisation territoriale visant à contrer la montée de l'épidémie : devant tout symptôme évocateur, « Ne vous rendez pas chez votre médecin traitant et appelez le 15 ». Les généralistes, entre autres professions, ont d'ailleurs payé le tribut de l'absence d'équipements de protection. Toute pratique de santé communautaire, déjà affaiblie, a été court-circuitée.

Or dans l'après-guerre, une politique ambitieuse de maillage territorial a permis de vaincre la tuberculose pulmonaire, l'autre grande maladie de la pauvreté

se diffusant par aérosols, et de mettre sur pied une infrastructure ayant permis de développer une politique vaccinale. Nous partageons l'idée qu'il est temps de construire une médecine préventive de terrain, dans le cadre d'un service public de santé communautaire, un service de proximité, compétent pour les situations pandémiques présentes et futures. Le traçage des contacts pour le suivi épidémiologique, le strict respect du secret médical et des données est une obligation pour le temps long. Il faut, comme en Allemagne et très précocement, dépister beaucoup plus largement, et parfois, lors d'un premier cas, pas seulement autour des personnes symptomatiques.

Il faut rendre accessibles à la manière des TROD les tests antigéniques qui servent en matière de détection de l'infection VIH. Le soutien sur place est nécessaire, si l'on compare avec la situation d'aujourd'hui de simple injonction téléphonique par un agent de la CPAM : conseils et accompagnement de terrain en matière d'isolement, moyens aux patients, confinement à domicile ou dans des hôtels réquisitionnés pour l'occasion.

La pandémie porte en germe une urgence dès à présent : le parti pris de solidarité publique

A ce stade, cette pandémie creuse pour longtemps le fossé des inégalités, comme l'écrit Franck Canteloup (« Pour éviter la deuxième vague » <http://europe-solidaire.org/spip.php?article54093>) : « Faute de masques, de tests, de places en réanimation, de politique de santé publique et communautaire, de volonté politique, après beaucoup de mensonges d'Etat, la France a dû recourir au confinement pour réussir à ne pas être submergée par le pic pandémique. Le prix à payer a été lourd. Trente mille morts directs donc, mais aussi le quasi abandon des autres pathologies, l'explosion des violences domestiques, la déscolarisation, le développement de l'anxiété et de la dépression, la crise économique qu'ils veulent faire payer aux salariés... ». « Le taux de reproduction du virus, le RO, qui s'était effondré de 3,3 à 0,7 après le choc du confinement, est repassé au-dessus de 1 de moyenne sur tout le territoire ». Et compte tenu que l'inconnu règne sur l'efficacité d'un futur vaccin, cette déstabilisation, cette progression de la pauvreté est de façon prévisible de grande ampleur et de longue durée dans le village mondial qu'est maintenant la planète.

Une situation qui rappelle que la Sécurité sociale reste d'actualité à 75 ans et nous met en charge politique d'aller chercher les moyens de la solidarité internationale et de poser les jalons d'une renaissance de l'OMS et des Nations Unies.

Dr Eric Tron de Bouchony
Médecin biologiste (CH de Saint-Nazaire)