

## **Une réforme de l'hôpital qui casse le service public**

Sous le couvert d'offrir des soins de qualité à tous et partout, le projet dévoilé par le chef de l'État fait primer la rentabilité financière avant tout.

Pour le chef de l'État, c'est une réforme « majeure » et « historique » qui va se traduire par « des mutations profondes du système de santé ». Le président de la République a présenté les grandes orientations de la réforme de l'hôpital. Laquelle constituera l'un des volets de la loi sur l'organisation des soins prévue pour l'automne. Sans surprise, ces orientations sont directement inspirées du rapport Larcher. Nicolas Sarkozy a répété qu'il voulait « offrir à tous les Français, partout sur le territoire, un égal accès à des soins de qualité ». « Ces évolutions jettent les bases d'un système efficace, moderne et juste », argumente-t-il. En réalité, il s'agit ni plus ni moins, sous le couvert de propositions démocratiques et cartésiennes, de réduire les coûts de manière drastique. Détail :

### **Urgences et permanences des soins**

- Un numéro unique pour les urgences ou le médecin de garde. « La réforme doit commencer aux urgences », a fait savoir le chef de l'État. « Les appels d'urgence et la permanence des soins devront être régulés par un numéro unique. » Celui-ci « mobilisera la médecine de ville quand il le faut et l'hôpital quand c'est nécessaire ». La responsabilité de cette gestion commune des appels « sera confiée aux agences régionales de santé ».
- Développer des maisons de santé pluridisciplinaires pour les soins de premiers recours. Le président de la République a annoncé la création d'une centaine de ces structures (comprenant différents professionnels de santé libéraux) en 2008, et autant en 2009.

### **Organisations des établissements**

- Recentrage sur le « coeur de métier ». L'hôpital doit « adapter son offre de services » en se « recentrant sur son coeur de métier », à savoir les maladies aiguës. L'hôpital doit aussi offrir une « prise en charge » des personnes âgées et handicapées. Le président a d'ailleurs plaidé pour une reconversion des hôpitaux locaux dans l'accueil des personnes âgées.
- La gouvernance de l'hôpital doit être réformée. Les pouvoirs du directeur, dont une partie de la rémunération sera liée aux résultats, seront accrus afin que les établissements aient « un patron, un seul ». Le conseil d'administration serait transformé en conseil de surveillance.
- Retour à l'équilibre en 2012. Afin de permettre aux établissements « d'être tous à l'équilibre d'exploitation d'ici à 2012 », il faut introduire davantage de « réactivité dans la gestion » et « moderniser le statut de l'hôpital public ».

### **Statut des médecins**

- Statut des professionnels hospitaliers. Les médecins hospitaliers pourront choisir entre leur statut public actuel, avec éventuellement une rémunération

selon l'activité, ou un statut contractuel qui « s'inspirerait du droit du travail ».

- Médecins en situation irrégulière. Il faut que, d'ici à 2011, les médecins ayant un diplôme étranger hors Union européenne et exerçant en France puissent accéder « au plein exercice de leur métier, après validation de leurs compétences et de leur expérience ».

### **Regroupement d'hôpitaux**

- Création de communautés hospitalières de territoires. « Il n'y aura pas de fermeture d'hôpitaux », a martelé Nicolas Sarkozy, mais « une recomposition de l'offre de soins sur chaque territoire ». « Les services de chirurgie ou les maternités qui n'offrent plus de garanties de sécurité seront reconvertis. » Créer des communautés hospitalières de territoire, c'est « faire gagner en performance et en qualité de soins ». Telle une menace à peine masquée, le chef de l'État a prévenu : c'est « le refus de la réforme qui conduira à la fermeture des hôpitaux ».

- Incitations financières pour les hôpitaux regroupés. Les regroupements se feront sur la base du volontariat. « On n'oblige personne, mais on incite ceux qui le veulent », a indiqué le président de la République. En effet, ultime chantage, « les aides à la contractualisation et les subventions (une dizaine de milliards d'euros) bénéficieront davantage aux hôpitaux publics qui forment une communauté hospitalière de territoire ».

### **Partenariat public-privé**

- Contrat de service public pour les cliniques privées. Afin de « stabiliser l'offre de service public », Nicolas Sarkozy propose des contrats de service public qui reconnaîtraient « le rôle et la place des cliniques privées sur le territoire. » Pour lui, « le service public hospitalier, c'est une mission, plus qu'un statut ».

### **Recherche et enseignement**

- Mêmes règles pour la recherche en santé que pour les autres secteurs. L'enseignement et la recherche dans le domaine médical doivent obéir aux « mêmes règles d'évaluation et de financement » que les autres secteurs.

## **« Du chantage pur et simple »**

Syndicats et partis de gauche réagissent vivement au discours présidentiel.

Après le discours de Nicolas Sarkozy sur la réforme de l'hôpital, les craintes se confirment. Le Parti communiste dénonce une « privatisation » de l'hôpital public. « Pour devancer le mécontentement dû à la désertification programmée de l'offre de soins, Nicolas Sarkozy conditionne les financements à l'acceptation de sa réforme. c'est du chantage pur et simple. » Même réaction indignée du côté du Parti socialiste. « Les décisions de Nicolas Sarkozy, sans aucune annonce budgétaire pour l'hôpital public, sont un jalon de plus dans l'entreprise de démolition de la Sécurité sociale et de la santé pour tous. »

« Déconcentration des pouvoirs publics », « autoritarisme renforcé », « atteinte au service public »... La CGT parle d'une « vaste supercherie » qui « confirme les orientations du plan Larcher ». De son côté, la CFTC regrette que « les préoccupations budgétaires l'emportent sur la nécessité d'assurer les

missions du service public hospitalier ». Si l'Association des maires de France se dit ouverte à la réforme, elle reste « attentive » quant aux conditions. Pour elle, trois conditions doivent être remplies : la mise en place des regroupements sur la base du « volontariat et sans contrainte », que la réforme n'affaiblisse pas la place des élus dans les structures de gouvernance, et qu'elle « n'ait pas pour objet de vider les petits hôpitaux de leurs services médicaux et chirurgicaux ».

## « Veut-on aller vers le modèle américain ? »

**Hôpital . Nicolas Sarkozy a présenté les contours de sa réforme inspirée du rapport Larcher. Entretien avec le professeur André Grimaldi, de l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière, à Paris.**

La « rupture » à l'hôpital. C'est en substance le projet détaillé par Nicolas Sarkozy. La « réforme » dont il a présenté les contours s'inspire directement du rapport remis par la commission Larcher. Partant d'un constat des difficultés partagé - engorgement, pénurie de personnel, insuffisances dans la prise en charge des personnes âgées, des pathologies chroniques, etc. - , et d'un diagnostic, lui, très controversé - le mal viendrait d'une mauvaise gestion - , faisant l'impasse totale sur le sous-financement chronique de la santé publique, les mesures préconisées dans ce rapport dessinent une vaste et profonde recomposition de l'ensemble du système. Avec un postulat, non dit, mais limpide : il y aurait trop d'hôpitaux. Avec pour véritable boussole la recherche de la rentabilité financière, et non la rentabilité médicale et sociale. Et, à la clé, de très lourdes conséquences prévisibles en termes d'accès aux soins, mais aussi de conception même de la médecine. D'où la très vive inquiétude de professionnels de santé, d'élus, de syndicalistes, dont nous nous faisons ici l'écho. Pour ces acteurs du système, la crise réelle de l'hôpital n'appelle pas pour autant le statu quo mais de tout autres mesures, procédant avant tout d'un débat public large et authentique.

## De quel « mal » souffre selon vous l'hôpital ?

**André Grimaldi.** C'est la remise en cause du service public au profit du secteur de santé à but lucratif. Depuis vingt ans, l'hôpital n'a subi que des attaques. La première, c'est la réduction du nombre de médecins que l'on forme, de 8500 à 2500 par an. Certaines spécialités sont en pénurie absolue de médecins, comme l'ophtalmo, la chirurgie générale. D'autant que, dans le même temps, on a autorisé largement les dépassements d'honoraires, et donc la fuite de spécialistes vers les cliniques privées. Deuxième attaque : la manière dont a été appliquée la loi des 35 heures dans les hôpitaux, qui a entraîné la pénurie d'infirmières. À la Pitié-Salpêtrière, il y a en orthopédie, en hématologie, des lits qu'on ne peut pas ouvrir, alors qu'il y a les malades, les médecins, mais pas les infirmières. Troisième attaque, sournoise : la tarification à l'activité (T2A). Cela paraît comme du bon sens de payer l'hôpital selon son activité. La vérité, c'est que la T2A a été faite pour mesurer une activité technique, standardisée, sur des pathologies peu graves, telle qu'en réalisent les cliniques privées. Cela ne prend pas en compte les problèmes sociaux des patients, ni les hospitalisations non programmées (urgences), plus

coûteuses, ni l'éducation thérapeutique, etc.

Le résultat de cette politique délibérée tient en trois chiffres : augmentation de 9 % d'activité pour les cliniques privées, versement de 420 millions d'euros aux actionnaires de la Générale de santé et entrée sur le marché massive de fonds d'investissement, notamment américains, et en même temps déficit de 800 millions d'euros des hôpitaux. Donc, le diagnostic fait par la commission Larcher n'est pas le bon.

### **Le rapport Larcher avance 16 mesures de réforme. Certaines ne sont-elles pas malgré tout pertinentes ?**

**André Grimaldi.** On peut être d'accord avec certaines choses : que des infirmières aient un statut d'infirmière spécialisée avec un transfert de compétences médicales ; que des formes d'organisation comme les pôles ne soient pas des machines bureaucratiques de gestion, mais aient un contenu médical, que l'on simplifie et assouplisse les procédures financières...

### **Que pensez-vous de la proposition de créer des communautés hospitalières territoriales ?**

**André Grimaldi.** Ce n'est pas une mauvaise idée en soi. Je mets trois conditions. Le rapport dit : « la sécurité doit primer sur la proximité ». Oui, à la condition qu'on ajoute : l'éloignement ne doit pas menacer la sécurité. Pour un accident vasculaire cérébral, on sait qu'il faut trois heures maximum entre le début de l'accident et le geste thérapeutique salvateur. Deuxièmement, il n'est pas acceptable qu'il y ait sur le territoire des endroits où il y ait des monopoles de cliniques privées avec dépassement d'honoraires. On ne demande pas un quota de soins en secteur I, comme le suggère le rapport, mais un droit d'accès à une santé de qualité sans dépassement d'honoraires. Troisième condition : ces communautés hospitalières territoriales ne doivent pas avoir comme but de réduire les coûts. Pour s'occuper de soins de suite, pour s'occuper de personnes âgées dépendantes, il faut beaucoup de personnel.

### **Le rapport Larcher insiste sur le changement de la gouvernance de l'hôpital en affirmant qu'il ne doit y avoir qu'un seul « patron » dans l'établissement. Qu'en pensez-vous ?**

**André Grimaldi.** Beaucoup de directeurs sont très attachés au service public, et je me sens bien souvent proche d'eux. Cette fois-ci, les directeurs pourront venir du privé. L'hôpital serait une entreprise nécessitant des professionnels du management entrepreneurial, une entreprise marchande devant être rentable. Là, il y a un désaccord total, de fond, éthique : la finalité de l'hôpital ne peut être la rentabilité financière, mais la rentabilité médicale et sociale. Nous demandons qu'il y ait deux directeurs : l'un administratif, l'autre médical, condamnés à s'entendre, sur les projets et les moyens.

D'autre part, le rapport propose d'instituer 4 statuts de rémunération pour les médecins. Il y aurait en particulier des médecins qui auraient une rémunération mi-fixe, mi-contractuelle en fonction de leur activité, leurs responsabilités de gestion : le rapport parle d'« intéressement » en fonction des résultats financiers de l'hôpital et même du pôle. Le conseil de l'Ordre des médecins ne peut laisser passer ça, on est dans un conflit d'intérêt inacceptable. Un autre statut serait le maintien du système actuel d'activité

privée, alors que le sénateur Larcher lui-même dénonce un abus du privé à l'hôpital public. Il faut en revenir au respect de la loi qui exige que moins de 20 % d'activité soit consacrée au privé. Quatrième statut : des praticiens seraient embauchés sous contrat de droit privé et payés à l'acte. On va aboutir à une véritable désorganisation car si le chirurgien est payé à l'acte, pourquoi pas l'anesthésiste, l'infirmière de salle d'opération, etc. Ce serait la fin du travail d'équipe, des valeurs du service publics que saluent au passage le rapport.

### **L'attractivité de l'hôpital public, c'est tout de même un vrai problème. Comment le résoudre ?**

**André Grimaldi.** Il faut arrêter de vouloir en faire un hôpital-entreprise, arrêter de vouloir le mettre en concurrence avec la clinique privée. Ce qui nous attache au service public, c'est que nous avons une certaine liberté, un niveau d'échange avec les collègues, nous consacrons un temps à inventer, faire de la recherche, il y a un climat intellectuel, et de haut niveau de technicité, qui est attractif pour l'hôpital public : si sa seule attractivité est de faire de l'argent, alors il est perdant face aux cliniques à but lucratif. Il faut savoir si on veut aller vers le modèle américain ou pas.

### **Larcher propose de faire participer le privé aux missions de service public.**

**André Grimaldi.** C'est une blague ! Une entreprise privée ne participe à une quelconque mission que si ça lui rapporte. Au final, le rapport Larcher est un traitement qui va aggraver le mal, parce qu'il ne traite pas la cause, le principal problème, qui est le financement. Cela ne veut pas dire que l'hôpital n'a pas de progrès à faire, à améliorer son fonctionnement et son efficacité, s'occuper plus de la qualité de l'accueil et de la communication avec les patients et leur famille. L'évaluation collective et individuelle est une nécessité mais la réforme hospitalière en cours est la plus grande entreprise de démotivation, démobilitation que j'ai connue.

## **L'inquiétude des petites villes**

L'Association des petites villes de France craint les effets possibles sur l'avenir des petites structures hospitalières.

Si, du point de vue de l'Association des petites villes de France (APVF), le rapport Larcher sur la réforme des hôpitaux comporte quelques éléments intéressants, il n'est pas sans susciter quelques craintes. « Depuis des années, l'APVF plaide pour le développement de la coopération entre établissements de santé. La création de communautés hospitalières de territoire peut donc être une bonne chose. Mais ces mesures demandent à être précisées », fait savoir Martin Malvy, président de l'association, mais aussi président (PS) de la région Midi-Pyrénées. « Notre crainte, c'est de voir se profiler une volonté de maîtrise drastique des dépenses au détriment des usagers. » Or, sans moyens financiers, les petits hôpitaux, déjà asphyxiés par la tarification à l'activité, sont condamnés. « Il ne faut pas que ces regroupements se traduisent par la restructuration, voire la fermeture, de petits établissements », précise Jean-

Paul Nunzi, trésorier de l'association et maire socialiste de la commune de Moissac (Tarn-et-Garonne). D'autant, souligne ce dernier, que beaucoup d'actes peuvent être réalisés dans les petits hôpitaux avec « un niveau de sécurité égal et pour un moindre coût ». « Bien utilisés, les petits hôpitaux peuvent permettre de désengorger les structures plus importantes », poursuit-il.

L'autre inquiétude, et pas des moindres, tourne autour de la gouvernance hospitalière. Le rapport préconise de transformer le conseil d'administration en conseil de surveillance et de renforcer le pouvoir des directeurs d'établissements. Dans cette configuration, l'APVF craint que le rôle des élus soit considérablement réduit. « L'organisation du système de soins sur un territoire doit se faire en concertation avec les élus locaux au niveau du bassin de vie », rappelle Martin Malvy. « Des élus qui sont les porte-parole de la population », souligne Jean-Paul Nunzi. Pour l'APVF, « C'est la méthode de l'anticarte judiciaire qui doit prévaloir ». « Si on laisse faire sans intervenir, les risques seront encore plus grands pour les territoires », insiste le maire de Moissac. « Rationaliser, oui ; coopérer, oui, mais pas dans n'importe quelles conditions. Il faut donc être vigilant », résume le président de l'APVF, conscient que cette « volonté de réduire les dépenses de santé repose sur un constat réel ».

## **La coordination inquiète des « dérives prévisibles » du rapport Larcher**

La remise en cause des services de santé se fait au détriment des populations, la réalité du territoire n'est pas abordée.

Les destructions de services de santé se sont accélérées ces deux dernières années et s'annoncent nombreuses, en ville comme dans le monde rural. Pour la Coordination nationale des hôpitaux et maternités de proximité, le rapport Larcher cautionne, « sous couvert de propositions qui se veulent démocratiques et rationnelles », « la dégradation et la disparition des sites territoriaux de proximité au détriment des populations ». « C'est toute une conception de notre système sociopolitique qui est remise en cause », déplore Michel Anthony, le président de la coordination, inquiet de « l'insuffisance de démocratie sanitaire » et des « dérives prévisibles ».

Retour sur quelques contre-vérités :

- « Il faut arrêter de dire que la France compte trop de sites hospitaliers », rappelle la coordination. « De 1990 à 2005, le nombre de lits pour 1 000 habitants est passé de 5,2 à 3,7, alors qu'il est passé de 5,1 à 3,9 pour les pays de l'OCDE. De 1992 à 2001, 343 établissements ont fermé, soit 10 %. Sans compter les hôpitaux massivement vidés de services essentiels (chirurgie, maternité, cardiologie, urgences). »

- « Oui au travail en réseau. Mais non à un faux réseau qui donnerait à un établissement pivot tous les services essentiels, privant les établissements secondaires de services indispensables. »

- « Le rapport Larcher n'aborde pas la réalité du territoire. Il ne se positionne

ni pour un aménagement équitable de ce territoire ni pour un accès égal aux soins. »

- Non aux hôpitaux ghetto. « Ce rapport se sert du manque réel de structures pour la prise en charge des soins de suite et des soins pour les personnes âgées, pour proposer de ne traiter réellement ces cas que dans les hôpitaux de proximité, alors que ceux-ci vont être dépourvus de services de première nécessité. »

- Insuffisance de démocratie sanitaire. « Ce rapport envisage un renforcement de la hiérarchie. C'est antidémocratique. Il faut redonner du pouvoir aux élus et aux usagers, sinon la démocratie ne veut plus rien dire. »

- Le fond du problème n'est pas abordé : « Un nombre grandissant de nos concitoyens est de plus en plus marginalisé, dans les zones rurales, périurbaines ou urbaines et leurs territoires sont de plus en plus fragilisés. »

## **Une réforme qui inquiète les personnels**

À l'heure où se profile une loi sur la réforme du système de santé, les luttes se multiplient dans les hôpitaux. Pour la CGT, il faut réformer le système de santé. Mais pas dans les conditions préconisées dans le rapport Larcher.

Rien ne va plus dans le secteur hospitalier. Manque de moyens, manque de personnel, menaces de fermeture... La situation est telle qu'à l'hôpital Saint-Antoine de Paris, le personnel est en grève depuis le 18 mars. Et c'est d'ailleurs à son initiative, à l'appel de l'intersyndicale CGT-FO-SUD, qu'une manifestation de l'ensemble des hôpitaux de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) d'Île-de-France se tient aujourd'hui dans la capitale. Leurs principales revendications sont claires : embauche de personnel, réouverture de tous les lits d'hospitalisation et arrêt du plan d'économie qui étrangle l'hôpital. Mais l'asphyxie des centres hospitaliers ne se limite pas à l'AP-HP, ni à la seule région parisienne. En province, partout des établissements subissent des attaques massives et répétées : Clamecy, Aubenas, Pau, Nice, Le Mans ou encore Carhaix. Carhaix, où une manifestation, à l'initiative des élus locaux, doit également avoir lieu aujourd'hui pour la défense de la maternité et de la chirurgie.

Hasard du calendrier, c'est également aujourd'hui jeudi 17 avril que Nicolas Sarkozy doit annoncer les grandes orientations de la réforme de l'hôpital, qui devrait faire l'objet d'une loi à l'automne. Une réforme qui inquiète. « Comment ne pas être dubitatif quant à l'ambition du gouvernement lorsqu'il annonce 7 milliards d'économies dans les finances de l'État et 5 milliards d'économie de dépenses de la Sécurité sociale », s'inquiète Nadine Prigent, secrétaire générale de la CGT santé. Pour elle, le rapport Larcher répond avant tout à « une logique d'entreprise strictement financière ».

La solution actuelle du gouvernement pour stopper les déficits, c'est fermetures et fusions des services. « Une logique meurtrière pour le service public », dénonce la CGT, qui constate que la situation budgétaire pour 2008 « sera dans la continuité de l'exercice 2007, qui s'est clôturé avec beaucoup de difficulté ». « Les menaces de tutelles sont très présentes. Certaines agences régionales de santé menacent clairement des établissements ayant un déficit

2007 trop important », précise Nadine Prigent. Des difficultés amplifiées par la tarification à l'activité, comme l'a souligné la Fédération hospitalière de France (FHF).

De l'avis de tous les professionnels du secteur, une réforme du système de santé est nécessaire. D'autant plus que l'accès aux soins ne cesse de se dégrader. Pour preuve, l'étude de l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES), qui démontre que 14 % des assurés sociaux ont renoncé à des soins pour raisons financières. Un chiffre qui atteint 24 % chez les assurés touchant moins de 800 euros par mois et 32 % chez ceux qui n'ont pas de complémentaire santé. Donc oui à une réforme, mais pas dans les conditions qui se profilent.

La CGT a d'ailleurs fait des propositions dans ce sens : mise en place d'une véritable politique de santé garantie par l'État, création de chambres territoriales de santé pour répondre aux besoins des territoires, développement du travail en réseau entre médecine de ville et hôpital, sortie du paiement à l'acte pour une rémunération contractualisée, proposition d'un plan de formation et d'emploi, arrêt du financement des cliniques privées. « Il faut des mesures pour améliorer le système de santé, l'état de santé de la population », conclut le syndicat.

## « Une conception humaniste de la médecine »

Alors que le rapport Larcher prône une répartition des rôles, le rentable pour le privé, le coûteux pour le public, le docteur Isabelle Lorand, en charge de la santé au PCF, trace des pistes pour un service public de santé fort et performant.

### **Urgences embouteillées, pénurie de médecins, inégalités territoriales... Les problèmes s'accumulent pour l'hôpital. Quel est votre diagnostic ?**

**Isabelle Lorand.** Le manque de moyens humains et financiers, la mise en compétition, la lourdeur bureaucratique générés par la tarification à l'activité rendent de plus en plus difficile l'exercice du métier de soignant. Tout est fait pour décourager la formidable générosité, l'engagement professionnel et tout simplement la capacité de faire son travail correctement. Trouver un lit d'hospitalisation est une gageure, passer du temps pour parler avec son malade est considéré comme du temps perdu puisque non rentable. La démotivation, l'épuisement s'installent. L'épidémie de maladies liées au stress professionnel en témoigne. Mais la qualité du personnel, son niveau de compétence, sa générosité sont prêts à se déployer de nouveau.

### **Selon le rapport Larcher, il faut centrer la mission de l'hôpital sur la phase aiguë des soins. L'hôpital en fait-il trop ?**

**Isabelle Lorand.** Et si, pour parler de la mission de l'hôpital public, on partait du besoin de nos concitoyens, plutôt que de considérations bureaucratiques ou financières ? Les malades ne sont pas des organes, des maladies aiguës ou chroniques, mais des personnes qui attendent une prise en charge globale. Autant dire qu'une conception tayloriste - à chaque établissement de soins, son

petit morceau de personne - n'a rien à voir avec une conception humaniste de la médecine. Quant à la répartition entre soins aigus et maladies chroniques, quoi de plus aigu que la chirurgie... dont le transfert sur l'hospitalisation privée est pourtant massif. Nous sommes passés en dix ans de 70 % d'interventions réalisées dans le public à 80 % réalisées dans le privé. En fait, le rapport Larcher est une répartition rentable-coûteux, le premier terme pour le privé, le second pour le public. Quelles que soient les raisons de consultation, les usagers doivent pouvoir choisir entre le public et le privé.

### **Comment faire face à la pénurie de médecins, de soignants, au manque de l'attractivité de l'hôpital public ?**

**Isabelle Lorand.** Bien sûr, il faut supprimer l'irresponsable numerus clausus qui - c'est un comble en situation de pénurie - continue de sévir. La remise en cause du statut de plein-temps hospitalier des médecins, qui a fait la force de l'hôpital public, serait catastrophique. Pour attirer les médecins à l'hôpital, il faut revenir au sens de leur engagement professionnel. Le métier de soignant a rapport avec la vie et la mort. Cela rend inacceptable l'à peu près. Redonnons les moyens à l'hôpital public de fonctionner et les médecins reviendront.

### **« La sécurité doit primer sur la proximité », dit Larcher. Que répondez-vous à cet argument utilisé pour justifier des fermetures de services, de maternités ?**

**Isabelle Lorand.** En matière de santé, chacun exige l'excellence. C'est normal. Il faut s'interroger sur ce qui fait l'excellence. Prenons l'exemple de la mortalité périnatale. Si elle est très faible, la France reste en retard sur certains pays comme la Finlande. Contrairement à l'idée reçue, ce résultat médiocre n'est pas la conséquence d'accidents d'accouchement dans des petites maternités. Il est dû à la prématurité et au petit poids de naissance. Deux éléments fortement liés à la pauvreté et la malnutrition de la maman pendant la grossesse. Pour être meilleur, la solution n'est pas les usines à bébés, mais des maternités de proximité qui prennent en charge la venue de bébé, dès le diagnostic de grossesse jusqu'à la fin de l'allaitement. Pour ce faire, il faut des moyens, mais aussi du travail en réseau avec les médecins généralistes, les PMI... autant de travail de coordination qui devrait être assumé par le service public. Bien sûr, il y a des grossesses difficiles qui justifient une prise en charge de haute technicité. Ce qui est vrai pour la grossesse est vrai pour toute la médecine : prévention, dépistage, coordination et coopération sont les pistes sérieuses pour un système de santé plus performant. Bien loin des conceptions anglo-saxonnes défendues par M. Sarkozy et ses amis.

### **Pour la gestion de l'hôpital et, au-delà, du système de santé, à l'échelle des territoires, le PCF avance l'idée de démocratie sanitaire. Quelle forme cela pourrait-il prendre ?**

**Isabelle Lorand.** Fixons tout d'abord les exigences auxquelles doit répondre l'hôpital. Qui est mieux placé, pour cela, que les élus, les associations de malades, les syndicats de personnel, les soignants ? L'hôpital doit s'ouvrir sur la ville, se désenclaver. Il faut penser sa gouvernance en coopération avec toutes les structures de soins du bassin de vie. Pourquoi ne pas développer à

ce niveau une institution démocratique avec les élus, les syndicats, les associations, des soignants, mais aussi des citoyens qui précisent les besoins et les objectifs de santé. La direction de l'hôpital aurait pour mission la mise en oeuvre de ces décisions.

Enfin, il faut donner à l'hôpital les moyens financiers à la hauteur de ses besoins. Il faut dès maintenant décréter un moratoire sur la tarification à l'activité, qui est une gabegie. Des alternatives existent, doivent être mises en débat. La santé coûte et coûtera de plus en plus cher. L'accès de tous à des soins de qualité est un luxe que nous pouvons nous permettre. Cela passe par des choix. 13 milliards d'euros de cadeaux fiscaux ont été faits aux plus riches. Il faut les investir dans l'hôpital, le logement, les transports.

La Voix du Nord - Edition du vendredi 18 avril 2008

## **Hôpitaux : pas de fermetures, mais des réformes**

**Le président Nicolas Sarkozy a présenté hier une vaste réorganisation du système français, basée sur des regroupements d'établissements**

**Nicolas Sarkozy a présenté hier une réforme de l'hôpital qu'il a qualifiée de « majeure », avec la volonté de regrouper les établissements publics en redistribuant les rôles entre petits et grands hôpitaux pour « mieux répondre aux besoins », notamment des personnes âgées. L'adoption de cette réforme est annoncée pour l'automne.**

**« Communautés hospitalières de territoire ».** – Le chef de l'État a repris à son compte les propositions du rapport que lui avait remis la semaine dernière le sénateur UMP Gérard Larcher, dont l'incitation à créer des « *communautés hospitalières de territoire* » regroupant plusieurs établissements. Nicolas Sarkozy veut désormais que les aides et les subventions aux investissements, qui représentent « *une dizaine de milliards d'euros* », bénéficient « *d'avantage aux hôpitaux publics qui forment une communauté hospitalière de territoire* ». Le rapport Larcher préconise que ces « *communautés* », regroupant plusieurs hôpitaux sur un bassin de population donné, puissent mutualiser leurs moyens, budgets, investissements et personnels.

Les regroupements seront décidés au niveau local, sans périmètre préétabli, et pourront s'étendre sur un ou plusieurs cantons, voire presque un département dans les zones les moins peuplées. « *Rien ne serait pire que d'imposer de Paris des rapprochements artificiels entre hôpitaux* », a assuré le président.

**Recentrage et reconversion.** – La « *recomposition* » souhaitée prend deux directions : les hôpitaux modestes devront se rassembler entre eux ou autour

d'un hôpital plus grand (le recentrage) pour créer des établissements « *multi-sites* » dans lesquels les services les moins performants seraient transformés, notamment pour « *la prise en charge du grand âge et de la dépendance* » (la reconversion). « *Dans un même territoire, chaque hôpital doit cesser de vouloir tout faire.* »

**Un seul « patron », plus libre.** – Le chef de l'État a aussi souhaité renforcer le pouvoir du directeur d'hôpital afin que les établissements aient « *un patron et un seul* ». « *La gestion de l'hôpital public doit être plus libre* », a-t-il dit, souhaitant par exemple des « *assouplissements aux règles de marchés publics* »

**Une part de privé pour les médecins du public.** – Les directeurs d'hôpitaux auront aussi plus de liberté dans le recrutement des médecins, avec la possibilité de leur proposer des contrats de droit privé. Le statut de praticien hospitalier sera conservé, mais les médecins auront la possibilité de l'assortir d'une part de rémunération basée sur leur volume d'activité.

**Un meilleur statut pour les médecins étrangers.** – Les 7 000 médecins diplômés hors de l'Union européenne qui exercent en France dans de moins bonnes conditions que leurs collègues à diplôme « UE », pourront accéder « *au plein exercice de leur métier* » d'ici à 2011. Beaucoup de ces médecins, dont un grand nombre sont d'ailleurs de nationalité française, ont jusqu'ici un moins bon statut et de moins bons salaires que leurs homologues « UE ». Peut-être un moyen également de pallier les « *pénuries* » annoncées dans certaines spécialités.

**Un numéro unique pour les urgences.** – Un « numéro unique » d'appel permettant d'accéder aux urgences hospitalières ou au médecin de garde devrait être créé. « *Ce numéro unique mobilisera la médecine de ville quand il le faut et l'hôpital quand c'est nécessaire.* » La responsabilité de cette gestion commune des appels sera confiée aux agences régionales de santé qui devraient être créées à l'automne.

**Quels objectifs ? La qualité... et l'équilibre.** – « *La réforme de l'hôpital a un seul objectif*, a assuré le président, *offrir à tous les Français, sur tout le territoire un égal accès aux soins de qualité.* » Mais ces mesures annoncées doivent aussi « *permettre aux hôpitaux d'être tous à l'équilibre d'exploitation d'ici à 2012* ». Sur ce point, la Fédération hospitalière de France a regretté que le président « *n'ait pas du tout abordé la question des moyens budgétaires* » nécessaires, qu'elle évalue à 800 millions d'euros. •

## **Centre hospitalier d'Armentières**

**Nombre total de lits : 548**

*Médecin : 130*

*Chirurgie : 73*

*Gynéco-obstétrique : 45*

*Moyen séjour : 60*

*Long séjour : 150*

*Hébergement : 90*

### **"Un établissement référent"**

La direction de l'hôpital indique que *"les données d'activité(médecine,chirurgie, obstétrique) démontrent que le centre hospitalier ne peut être considéré comme un établissement sensible ou menacé"*. Elle ajoutée que le positionnement de l'hôpital comme *"établissement référent de son territoire de santé"* est validé depuis 2000. Au titre du plan Hôpital 2012,l'établissement a été retenu pour doubler la surface des urgences, ouvrir un nouveau service de court séjour en gériatrie et mettre en place un service d'accueil des urgences pédiatriques

## **Centre hospitalier d'Hazebrouck**

**Nombre total de lits : 694**

*Médecine : 33*

*Chirurgie : 22*

*Gynéco-obstétrique : 23*

*Moyen séjour : 20*

*Hébergement : 136*

### **Depuis 19 ans**

Le classement établi par la Fédération hospitalière de France fait doucement sourire Georges Dooghe, directeur de l'hôpital. *"Je suis arrivé il y a 19 ans et il faisait déjà partie de la liste."* Selon lui, le développement des services d'hospitalisation à domicile, de cancérologie et d'alcoologie devrait permettre à la structure de faire face sans trop de remous à la réforme à venir, notamment sur le plan des personnels.

## **« Des coopérations plus faciles dans la région »**

**Directeur du CHRU de Lille, Didier Delmotte est aussi l'un des administrateurs de la Fédération hospitalière de France (FHF) qui a publié une carte des établissements « vulnérables ». Il s'explique.**

**- Comment lire cette carte qui mentionne 235 établissements dont douze dans la région ?**

« Il ne faut pas la prendre au premier degré. Ce n'est pas une carte des futures fermetures mais un document qui recense les fragilités et les vulnérabilités des établissements à terme. Cette carte, c'est une manière de

dire "attention danger" si rien n'est fait. Elle doit inciter les équipes à se poser des questions, à mettre des moyens en commun.

On sait que des établissements vont manquer de chirurgiens, d'anesthésistes... Des hôpitaux qui ont une activité trop faible risquent de perdre leurs praticiens et de se trouver dans une phase critique, il faut donc développer des coopérations à l'intérieur des territoires. »

**Comment une telle réforme doit-elle se mettre en place ?**

« La notion de territoire est très importante. Il ne faut pas seulement raisonner sur les bassins existants. La métropole, par exemple, c'est au moins deux territoires. Il faut inciter au volontariat pour que les établissements échangent des moyens, utilisent des plateaux techniques en commun, envisagent des regroupements dans certains services. Le but, c'est de rationaliser et de renforcer les plateaux techniques. Le CHRU, par exemple, travaille à des rapprochements avec les hôpitaux de Seclin et d'Armentières. »

**– La région est-elle prête à cette évolution ?**

« Les hôpitaux du Nord - Pas-de-Calais y sont mieux préparés que d'autres. Dans un contexte de difficultés sanitaires, beaucoup ont déjà anticipé. La région n'a pratiquement plus de petits hôpitaux. Nous ne sommes pas dans une logique de fermetures mais d'échanges et de mise en commun de moyens. Il faudra poursuivre dans la constitution de pôles communs. C'est une démarche positive qui doit permettre de renforcer le service public en dépassant la notion de "beffroi". On va y arriver, je suis optimiste. »