

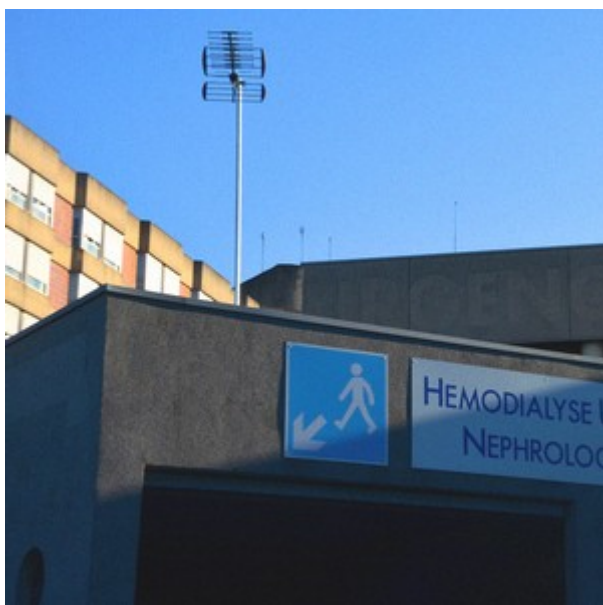


Hôpital public à l'agonie

Sarah Kilani
22 juillet 2016

Texte inédit | Ballast

La ministre de la santé Marisol Touraine s'est empressée de commenter le bris de quelques vitres de l'hôpital Necker, tout en déclarant « apporter tout son soutien aux soignants ». Puis elle a appelé, au lendemain de la tuerie de Nice, ces mêmes soignants à se mobiliser alors qu'aucun d'eux n'avaient attendu son appel pour venir prêter main forte aux secours débordés. En revanche, lorsqu'un certain 13 novembre 2015, jour de grève nationale, les médecins ont suspendu leur mobilisation contre la loi dite « de modernisation du système de santé » afin d'apporter leur aide aux hôpitaux parisiens qui accueillaient les victimes des attentats, cette même ministre n'a eu aucun mot à ce propos : pis, elle a jugé bon de maintenir son projet de loi à l'Assemblée. Fin juin, à une semaine d'intervalle, à Toulouse et au Havre, deux infirmiers hospitaliers se sont donné la mort — dans les deux cas, suite à des restructurations de l'organisation du travail imposées par les conditions budgétaires dans lesquelles les hôpitaux évoluent actuellement, ce fut silence radio. Combien de temps encore allons-nous tolérer de voir le système de santé public être démantelé ? ≡ Par Sarah Kilani



Juillet 2016. La mise en place des **groupements hospitaliers de territoire** a commencé : un pas de plus dans la destruction de l'hôpital public. Celle-ci est en marche depuis de nombreuses années déjà — les gouvernements successifs enchaînent les mesures de précarisation, conformément aux attendus néolibéraux : privatiser toutes les activités.

La cotisation sociale : une richesse qui échappe au contrôle capitaliste

La part du PIB destinée au profit n'a cessé de croître, pour atteindre aujourd'hui 40 % (le reste étant réparti entre les salaires directs des travailleurs, le revenu des indépendants et la cotisation sociale — cette dernière finançant l'immense majorité du système de soin français, via l'assurance maladie). La pression constante afin de baisser la part des salaires dans la répartition de la valeur ajoutée, depuis l'avènement néolibéral, s'est accompagnée de mesures visant à s'accaparer la part socialisée du PIB (la cotisation), qui échappe totalement au contrôle capitaliste, et donc aux profits (exception faite de la part de la cotisation sociale allouée au remboursement des médicaments vendus par les firmes pharmaceutiques et à l'achat de matériel médical auprès des multinationales — comme Bayer ou General Electric). Ces mesures ont pu exister grâce à une campagne d'endoctrinement, largement relayée par les médias, contre cette cotisation sociale et les services publics, notamment la santé. Les cotisations ont été rebaptisées « charges », le système de santé a été accusé de « coûter » et on ne présente plus le fameux « trou de la Sécu ».

« Les cotisations ont été rebaptisées "charges", le système de santé a été accusé de "coûter", on ne présente plus le fameux "trou de la Sécu". »



Une fois la plus grande menace pour le capital écartée, en 1967, c'est-à-dire la gestion de la Sécurité sociale par les représentants des salariés élus, a pu commencer en 1979 le gel progressif du taux de cotisation patronale. Puis, au milieu des années 1990, celui du taux des cotisations salariales. La part de la valeur ajoutée affectée à la masse salariale (renommée « coût du travail ») a commencé à décroître, faisant perdre à la Sécurité sociale plusieurs centaines de milliards d'euros : ainsi, alors que les comptes de la Sécurité sociale étaient à l'équilibre de 1945 à 1995, les années suivantes ont vu l'apparition de la dette baptisée « trou de la Sécu¹ ». D'autres réformes se sont succédé : l'augmentation des durées de cotisation antérieures exigées ; la fiscalisation, avec la [Contribution sociale généralisée](#), depuis Michel Rocard ; la mainmise de l'État, du côté de son administration, avec, notamment, le [plan Juppé](#). Tout était désormais prêt pour la seconde étape, celle qui imposa aux acteurs du système de santé de « *faire des économies* ». Car alors même que ces acteurs produisent de la richesse, et donc du PIB au même titre que le boulanger ou l'ouvrier mécanicien, la propagande capitaliste s'attache à leur nier cette production de richesse en les accusant de « coûter ».

La T2A : la logique productiviste et concurrentielle pénètre dans les hôpitaux

Alors que, de longue date, les hôpitaux publics étaient financés par une dotation globale forfaitaire (allouée à chaque établissement), la réforme de l'assurance maladie de 2004 a profondément bouleversé le fonctionnement des établissements de santé. La grande majorité de leur financement s'effectue désormais sur le principe de la tarification à l'activité (ou T2A) et dépend dès lors du nombre et de la nature des actes et des séjours réalisés². À chaque acte correspond un code, lequel donne droit à un remboursement de la part de l'assurance maladie. Alors que tous les risques observés au cours des expériences étrangères furent annoncés par les groupes de travail³, cette réforme du financement des hôpitaux s'est poursuivie et s'est même accompagnée d'une dégradation importante de la qualité des soins — sans même parler des dérives majeures ayant trait à l'éthique médicale. Ce système pousse très fortement les hôpitaux à orienter leur politique vers une course aux actes lucratifs afin de leur permettre d'engranger de l'argent et de survivre. Les médecins sont incités à augmenter leur activité (notamment les chirurgiens et ceux qui ont une activité de consultation). Les dérives sont nombreuses et les patients opérés hors indications ne sont pas rares. Les activités peu lucratives et coûteuses pour les hôpitaux sont, de fait, délaissées.

Certains médecins, afin de faire survivre leur service, sont amenés à dépasser très largement les limites acceptables de l'éthique — en mettant en place des soins inutiles

ou en maintenant artificiellement certains patients en vie pour pouvoir coder ces actes ou débloquent les enveloppes allouées à ce type de soins. Dans semblable contexte, l'ambiance entre les soignants s'avère rudement mise à l'épreuve. Afin de « *recupérer des parts de marché* » dans l'offre de soin, les hôpitaux se placent en concurrence directe avec les cliniques pour les actes lucratifs (notamment chirurgicaux). La concurrence a parfois même lieu au sein de l'hôpital, où certains services s'arrachent les activités lucratives — comme la greffe d'organe ! Les chirurgiens sont incités à augmenter leur activité alors même qu'une pénurie majeure d'anesthésistes sévit actuellement en France. Les établissements de santé s'arrachent alors ces spécialistes indispensables à la réalisation des actes chirurgicaux, parfois payés à prix d'or pour continuer à assurer l'activité des blocs opératoires. Mais la T2A désavantage nettement l'hôpital public par rapport aux cliniques puisque le premier gère les pathologies lourdes, assure une activité de recherche et d'enseignement et, en tant que service public, ne peut sélectionner ses patients.



La procédure de codage des actes médicaux est complexe. Il existe des milliers de maladies, avec des stades de gravité différents, des milliers d'actes associés et donc des milliers de codes. Afin d'optimiser au maximum ce codage, de nombreux hôpitaux ont désormais recours à des « *cabinets d'optimisation* » — comme Altao. Ce sont des entreprises privées qui assurent, publicités alléchantes à l'appui, un meilleur revenu aux hôpitaux pour vérifier si des actes n'ont pas été oubliés ou mal codés⁴. Ce qui n'est pas sans poser problème. À Saint-Malo, le médecin-chef du [Département d'information médicale](#) (ou DIM, service notamment responsable du codage) s'est vu harceler puis mis au placard pour avoir refusé, en invoquant le secret médical, l'accès aux dossiers des patients à un cabinet de ce genre auquel la direction de l'hôpital avait fait appel. Ledit médecin a reçu le soutien de l'Ordre national des médecins et celui de la [CNIL](#) : ils confirment l'atteinte grave au secret médical. Mais rien n'y fait. La direction continue à



fournir à Altao l'accès aux dossiers médicaux. Selon ce médecin, « *c'est au total les données médicales nominatives de 120 000 séjours qui sont transmises à cette société d'optimisation. Elle a également pu consulter en toute illégalité et impunité près de 1500 dossiers de patients. Le directeur de l'hôpital commence alors une campagne de désinformation et d'ostracisation du DIM⁵* », qui, en plus de dénoncer la trahison du secret médical, met en évidence le sur-codage de la part de l'entreprise.

« Afin de "récupérer des parts de marché" dans l'offre de soin, les hôpitaux se placent en concurrence directe avec les cliniques pour les actes lucratifs. »

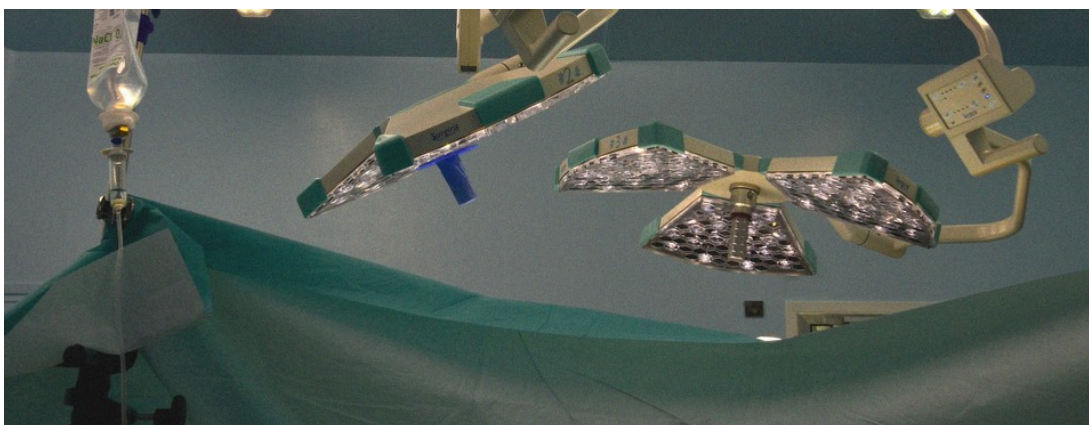
Plusieurs témoins, dans des hôpitaux différents et même d'anciens employés de ces entreprises privées, affirment l'existence d'une triche lors du codage visant à déclarer des actes non réalisés ou à aggraver l'état des patients afin d'arnaquer la Sécurité sociale. Un ancien consultant pour Altao rapporte avoir lui-même pratiqué le sur-codage. L'ancien chef du DIM de Saint-Malo évalue que parmi les millions d'euros de gains apportés par la société privée, environ 40 % proviendraient du sur-codage et seraient donc des escroqueries à l'assurance maladie⁶. Pour avoir mis à l'index cette pratique, l'équipe du DIM de Saint-Malo est harcelée : *burn-out*, arrêts maladie et demandes de mutation de plusieurs agents. En 2013, une enquête est finalement déclenchée par le CNIL et le rapport se montre accablant pour l'hôpital en question : le voici mis en demeure pour non-respect de la confidentialité des données de santé⁷. Malgré cela, rien ne change au niveau national. Le [SNPHAR-E](#), un syndicat de médecins hospitaliers, porte plainte contre X pour violation du secret médical⁸ ; en dépit des preuves accablantes, le procureur de la République ne donne pas suite.

Une précarisation globale de l'hôpital

Les administrations traquent toute possibilité de recette ou d'économie en multipliant les rapports d'activité ou les études de taux d'occupation des lits. Les services de réanimation n'ayant pas un taux d'occupation maximal sont menacés de voir certains de leurs lits fermés. Il arrive alors que des patients hospitalisés soient gardés un ou deux jours de plus que nécessaire, avant leur transfert dans une autre unité, lorsque le service dispose de lits vides — et ce afin d'augmenter artificiellement son taux d'occupation et d'éviter à terme les fermetures de lits jugés pas assez rentables pour les administrations. Cela permet en sus de facturer un forfait plus rémunérateur que celui alloué pour une journée d'hospitalisation dans un service traditionnel. Ce système les incite parfois à exagérer la gravité de l'état des patients lorsqu'ils codent le séjour du

patient, sous peine de ne pas voir débloquent le financement forfaitaire associé : en deçà d'un certain seuil de gravité du patient (score IGS2 inférieur à 15), quand bien même le service aurait pratiqué une surveillance ou des soins nécessaires, celui-ci n'est pas rémunéré. Les médecins sont prisonniers d'un dilemme omniprésent : tricher ou voir leur service ou une partie de leurs lits fermés — et ne plus pouvoir prodiguer de soins.

Les restrictions budgétaires ont mené à des restructurations qui ont détruit le principe de spécialisation des soignants à la faveur de la polyvalence, permettant de déplacer les paramédicaux d'une unité à l'autre. Malheureusement, les activités de soins sont fort différentes ; ce nomadisme est pourvoyeur d'erreurs, de stress intense et de dégradation de la qualité de vie au travail⁹. L'absentéisme, le *burn-out* et les suicides sont légion¹⁰. Les internes, main-d'œuvre bon marché, sont surexploités dans la plupart des CHU : des semaines de 60 heures en moyenne¹¹, allant parfois jusqu'à 96 dans certaines spécialités, à certaines périodes de l'année, avec un repos de garde après 24 heures de travail respecté de manière très inégale. Si cette situation a toujours été pour les étudiants en médecine, le fonctionnement de certains hôpitaux, ne pouvant se permettre de recruter des médecins, est désormais totalement dépendant de ces jeunes encore en formation qui, bien souvent, effectuent le même travail qu'un médecin diplômé. Les tentatives de rappel des administrations à l'ordre et de légiférer sur le temps de travail des internes¹² se sont souvent soldées par un échec. Pour cause : ces derniers ne dénoncent que très rarement leurs conditions de travail de peur de perdre des opportunités professionnelles (durant leurs études, ils sont mis en compétition pour l'accession aux postes très prisés de chef de clinique-assistant).



Le nombre de soignant a été réduit, augmentant d'autant la charge de travail pour ceux qui restent et ne peuvent plus accorder beaucoup de temps à chaque patient. La qualité des soins s'est considérablement dégradée. Les soins de confort sont devenus un luxe.



La qualité de la nourriture dans les hôpitaux s'est effondrée ; chose inacceptable : l'alimentation est la base de la santé et de nombreux patients sont hospitalisés pour dénutrition. Elle est même désormais rationnée dans de nombreux hôpitaux, parfois jusqu'à l'absurde — par exemple : lorsque les aides-soignantes reçoivent des consignes sur la délivrance de la quantité de café au millilitre près. Certains malades se font livrer de la nourriture par leurs familles. De nombreux hôpitaux de proximité ont dû fermer et les plateaux techniques ont été centralisés. De plus, les hôpitaux publics vers lesquels cette demande de soin a été réaffectée n'ont pas vu leurs effectifs médicaux augmentés. Alors que les médecins disposent d'une enveloppe annuelle pour leur formation continue, certains préfèrent se faire financer les congrès hors de prix par les laboratoires pharmaceutiques afin d'épargner ce coût à leur hôpital : cela génère les problèmes d'indépendance que l'on sait.

« Les médecins sont prisonniers d'un dilemme omniprésent : tricher ou voir leur service ou une partie de leurs lits fermés. »

La dégradation de la qualité de vie au travail pour les soignants a rendu l'hôpital public de moins en moins attractif, au profit, bien souvent, des établissements à but lucratif qui pour la plupart appartiennent à des groupes financiers. Cette fuite des médecins accélère non seulement la dégradation des soins, la quantité de travail, mais provoque aussi une baisse de la quantité des actes — et donc les entrées d'argent pour les hôpitaux. En 2009, la loi [HPST](#), motivée par le désir de Nicolas Sarkozy de « *mettre un seul patron à l'hôpital*¹³ » a permis de renforcer la gouvernance exercée par les directeurs des hôpitaux en étendant leurs pouvoirs (par exemple : en confirmant l'organisation par pôles médicaux, dont les médecins-chefs ne sont ni élus, ni désignés par leurs pairs dont ils sont les représentants, mais sont nommés par le directeur de l'établissement, lui-même nommé par le gouvernement lorsqu'il s'agit d'un CHU). La souveraineté des médecins dans l'organisation du travail et la politique de l'hôpital a également été réduite par le cantonnement de la [commission médicale d'établissement](#) à un rôle purement consultatif. Cette loi prévoit que le directeur d'hôpital ne soit plus systématiquement issu de l'[École des hautes études en santé publique](#) ; il pourra être recruté sur CV, provenant du secteur privé — ouvrant davantage encore la porte à des personnes plus soucieuses de l'équilibre budgétaire ordonné par le gouvernement que des préoccupations médicales, notamment d'ordre éthique.

La loi Touraine : un voile jeté sur le financement de la



santé et la rationalisation de la pénurie hospitalière

Avec la [loi Touraine](#), un nouveau cap a été passé. Sous un prétexte totalement fallacieux d'accès aux soins, le tiers-payant a été généralisé : véritable cheval de Troie des mutuelles. Son opacité va pouvoir masquer aux yeux des citoyens une réalité qui ne se fera probablement pas attendre : le déremboursement progressif des soins par l'assurance maladie au profit des assurances privées. Le patient n'ayant plus à avancer le tarif des soins, il ne verra plus quelle part est prise en charge par l'assurance maladie et quelle part est remboursée par sa mutuelle. Le transfert du financement de la santé de la cotisation sociale vers les marchés privés peut commencer en toute discrétion. L'américanisation du système est en marche. Alors que le système de santé aux USA s'avère plus « coûteux » que le système français (**18 % du PIB versus 11 %**), alors qu'il est bien moins efficace en terme d'égalité d'accès aux soins, qu'importe !, c'est vers lui que l'on tend désormais.

La loi Touraine impose également la création des groupements hospitaliers de territoire (GHT). La mise en place de ce projet, inspiré par le [rapport Larcher](#) de 2008 (remis sous la présidence de Nicolas Sarkozy), a débuté ce mois-ci et doit être abouti en 2021. Cette procédure prévoit la création de pôles d'activité clinique inter-établissements visant à « *coordonner l'offre de soins* ». Sauf que, dans le contexte de restrictions budgétaires, au nom de « *l'optimisation* » et de « *la mutualisation des moyens*¹⁴ », il ne faut pas douter que cela donnera lieu à la fermeture de certains services (songeons à l'activité de [coronarographie](#), qui ne sera plus disponible dans tous les établissements). Le gouvernement attend de cette mesure au moins 450 millions d'euros d'économie. Dans cette logique de pôles inter-établissements, certains médecins deviendront nomades, devant se déplacer entre les différents hôpitaux du GHT afin d'assurer les soins ici et là. Ce qui ne sera pas sans poser des difficultés d'accès aux soins pour les patients qui devront se rendre dans un autre hôpital que celui à proximité de chez eux afin de pouvoir bénéficier de certains actes. En définitive, comme le craint le secrétaire général de la CGT du centre hospitalier d'Avignon, « *il s'agira uniquement de rationaliser la gestion de la pénurie*¹⁵ ».



Vers une privatisation de la santé

Le fond de tout ceci, c'est que les technocrates européens ont comme volonté de privatiser le secteur de la santé. Les institutions de l'Union européenne qui ont cette année révisé à la baisse le budget de l'État français n'auront de répit qu'une fois les services publics définitivement anéantis. Ainsi, Manuel Valls a annoncé en mars 2015 qu'il comptait réaliser au sein de l'assurance maladie trois milliards d'euros d'économie en trois ans — dont 860 millions issus de la « *maîtrise de la masse salariale* ». En clair : la suppression de 22 000 postes dans les hôpitaux, soit environ 2 % des effectifs¹⁶. Un chiffre considérable lorsque l'on sait déjà dans quelles conditions travaillent certains soignants, alors même que les hôpitaux, de par le système de tarification, sont incités à augmenter leur activité. Travailler plus avec moins de moyens péculniaires et humains : un véritable casse-tête chinois.

« En clair : la suppression de 22 000 postes dans les hôpitaux, soit environ 2 % des effectifs. »

Quand les hôpitaux seront définitivement précarisés et redevenus des dispensaires, comme avant la construction des CHU financée grâce à la cotisation sociale dans les années 1960¹⁷, les patients n'auront plus que le choix de se diriger vers les cliniques pour se faire soigner. S'ils en ont les moyens. Car le gel des cotisations, la compression continue de la masse salariale, le chômage et les nombreux cadeaux de l'État aux entreprises en termes de cotisations patronales finiront par mettre à terre l'assurance maladie, au bénéfice des mutuelles qui auront la part belle. Mais le prix de celles-ci ayant vocation à exploser, seuls ceux qui pourront dans l'avenir s'en payer une de qualité auront un accès satisfaisant aux soins. L'avènement de la Sécurité sociale a



permis une égalité d'accès aux soins jamais égalée dans l'Histoire — ni même dans aucun autre pays dans le monde. Le capital, par trop obnubilé par ses profits, n'a jamais su assurer correctement une mission de service public, que ce soit la santé, la vieillesse ou les transports. Que les médecins ne se fassent plus d'illusions : la sécurité de l'emploi et la liberté d'exercice dont ils disposent en France seront sans tarder balayées quand les mutuelles et les cliniques soumises aux objectifs actionnariaux de rentabilité seront reines. Les patients n'auront probablement plus le choix de leur médecins ; les mutuelles les dirigeront vers ceux avec qui elles auront passé des contrats aux prix qui leur conviendront. Et l'éthique médicale telle que nous la connaissons sera un lointain souvenir, et se verra totalement redéfinie.

En réalité, accuser les médecins pour leurs manquements, ou même les agents des administrations hospitalières, n'a pas vraiment de sens dans la mesure où ceux-ci — qui, pour la plupart, ignorent ce qui se joue depuis des années au niveau européen — ne font que tenter de faire survivre leurs services ou leurs hôpitaux. Les hommes ne sont que le fruit des structures dans lesquelles ils évoluent. Le serment d'Hippocrate nous dit : *« Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. [...] J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me le demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire. [...] Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément. Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. [...] Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque¹⁸. »* Combien d'entre nous ont été amenés, consciemment ou non, à trahir ce serment suite aux injonctions qui sont, *in fine*, celles du capital ?

Toutes les photographies sont de Sarah Kilani

Rebonds

≡ Lire notre entretien avec Bernard Friot : « [Nous n'avons besoin ni d'employeurs, ni](#)



d'actionnaires pour produire », septembre 2015

≡ Lire notre entretien avec Sofia Tzitzokou, pharmacienne grecque dans un dispensaire autogéré, juillet 2015

1. *L'enjeu de la cotisation sociale*, Christine Jakse, Éditions du Croquant, 2012.[↵]
2. Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004.[↵]
3. « La tarification à l'activité (réforme de l'allocation de ressources des établissements de santé), présentation des grandes lignes de la réforme », p. 27. Document réalisé par toute l'équipe de la Mission T2A sous la coordination de Christophe Andréoletti.[↵]
4. « Violation du secret médical : des sous-traitants privés ont accès aux dossiers des patients dans les hôpitaux », *Le Canard enchaîné*, 2 octobre 2013.[↵]
5. Intervention du Docteur Jean-Jacques Tanquerel, GLIERES, 1^{er} juin 2014.[↵]
6. Témoignage d'un ancien consultant pour Alteo et du Docteur Tanquerel, documentaire « Cash investigation - Santé : la loi du marché », diffusé sur France 2 en 2015.[↵]
7. https://www.cnil.fr/sites/default/files/typo/document/D2013-037_MED_CH_ST_MALO.pdf[↵]
8. http://www.snphar.com/data/upload/files/plainte%20penale%2001_10_13.pdf[↵]
9. « Le Havre : une infirmière de l'hôpital se suicide, après avoir mis en cause ses conditions de travail dans une lettre », France Info.fr, juin 2016.[↵]
10. « Burn-out des professionnels de santé : « Si nous abandonnons, qui va nous remplacer ? », 20 minutes, février 2014.[↵]
11. « Internes en médecine : Gardes, Astreintes et Temps de travail », étude de l'ISNIH. 2012-2013.[↵]
12. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000030295642&categorieLien=id>[↵]
13. Cité dans *La Tribune*, 28 avril 2009, page 2.[↵]
14. « Réforme hospitalière : le décret est publié, feu vert pour les GHT », *Le Quotidien du Médecin*, mars 2016.[↵]
15. « Hôpitaux. La refonte cassera bien plus que des vitres », *Humanité dimanche*, juin 2016.[↵]
16. « 22.000 postes supprimés dans les hôpitaux d'ici fin 2017 », *L'Obs*, mars 2015.[↵]
17. « Les cotisations sociales en sept questions », entretien avec Christine Jakse, Réseau salariat, novembre 2015.[↵]
18. Voir la version complète ici : <https://www.conseil-national.medecin.fr/le-serment-d-hippocrate-1311>. [↵]