

Hôpital public et droit à la santé

Le Conseil économique, social et environnemental (Cese) a adopté le 13 octobre 2020 un important avis, « L'hôpital au service du droit à la santé »*, faisant suite à une vaste consultation citoyenne engagée dès le mois de mai auprès de soignants, patients et pétitionnaires. Alain Dru, l'un de ses trois rapporteurs, nous éclaire sur la portée et les préconisations de ce texte.**

Tatiana Gründler, Philippe Laville, Isabeau Le Bourhis (coresponsables du groupe de travail LDH « Santé, bioéthique ») : *la première partie de l'avis est titrée « Rétablir un fonctionnement de l'hôpital adapté aux besoins ». Quels sont selon vous les points les plus essentiels et les plus urgents ? Et quelles conséquences en matière de financements ?*

Alain Dru : nos concitoyens attendent des moyens pour l'hôpital et de la reconnaissance pour tous les soignants et les accompagnants. Reconnaissance financière pour amener les rémunérations dans la moyenne des dix premiers pays de l'OCDE, mais aussi moyens en personnels. Car le manque de personnels explique la dégradation des conditions de travail et le fait que l'on fuie l'hôpital public. Ces deux points sont les urgences, et le Ségur de la santé n'a pas permis de les résoudre ; la logique financière est revenue dès cet été... Or pour le Conseil économique, social et environnemental (Cese), comme pour la population, les dépenses de santé sont un investissement productif pour le pays, et pas une charge annuelle de fonctionnement pour les dépenses publiques. Le

financement de l'hôpital public est donc un investissement durable pour l'économie du pays. Nous ne pouvions pas travailler seuls sur le financement global du système de santé, qui relève également d'autres sections⁽¹⁾ du Cese. Nous nous sommes donc focalisés sur quelques points : le rachat de la dette par l'Etat et l'accès, via la Caisse des dépôts, à des prêts de la Banque centrale européenne, c'est-à-dire à taux zéro. Cela permettrait de sortir

« Sur le plan du système de santé nous proposons de passer de la logique de l'offre de soin (descendante) à celle des besoins de soins (ascendante), définis dans les territoires. »

des emprunts dits « pourris », qui coûtent une fortune en intérêts. Cela passe aussi par la suppression de la taxe sur salaires dans les hôpitaux, pour éviter ces allers et retours de fonds entre l'hôpital et la Sécurité sociale ; la taxe étant reversée à cette dernière qui refinance, derrière, l'hôpital ! Il faudra juste envisager que l'Etat compense auprès de celle-ci le montant de la taxe... Sur l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam), nous avons insisté sur la nécessité de financements pluriannuels et celle de travailler sur les forfaits entre ville et hôpital, au moins pour ce qui concerne les maladies chroniques.

Au plus fort de la première vague, l'émergence de collectifs de travail inédits dans de nombreux hôpitaux a aidé à faire face, malgré la pénurie de moyens et de personnels. Parallèlement, la verticalité des décisions dans l'ensemble du système de santé est plus critiquée que jamais. Que préconise le Cese, pour une véritable démocratie en santé ?

Au sein de l'hôpital nous préconisons le partage des décisions, au moins sur les questions de fonctionnement et de nomination. Sur le plan du système de santé nous proposons de passer de la logique de l'offre de soin (descendante) à celle des besoins de soins (ascendante), définis dans les territoires. Nous proposons que chaque territoire fasse un diagnostic partagé le plus large possible de la situation, et des propositions de réponses mises en perspective avec l'évolution prévisible à dix ans : vieillissement de la population et des soignants, ou au contraire rajeunissement, risques environnementaux, etc. Dans l'attente de ce diagnostic nous suggérons un moratoire sur les fermetures de lits et de services... Au plan régional, la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) renforcerait ses prérogatives en mettant en cohérence les remontées des territoires, et les plans régionaux de santé (PRS) devraient être validés par l'Agence régionale de santé (ARS) et le conseil régional. En cas de désaccord, comme cela a été le cas dans au moins deux régions, cela remonterait au ministre, qui devrait trancher publiquement. L'idée est d'en finir avec des PRS adoptés contre l'avis des élus des territoires concernés,

* www.lecese.fr/content/le-cese-adopte-son-avis-lhopital-au-service-du-droit-la-sante.

** Ancien chef de service de la Protection judiciaire de la jeunesse, responsable de l'union confédérale retraités-CGT, Alain Dru est membre du groupe CGT au Cese. Il fut antérieurement vice-président de la Commission nationale consultative des droits de l'homme (CNCDH), en particulier au moment où la LDH a contribué à la rédaction d'un avis important sur le système de santé et le respect des droits fondamentaux, en 2018 (www.cncdh.fr/fr/publications/agir-contre-les-maltraitances-dans-le-systeme-de-sante-une-necessite-pour-respecter-les).



« Notre premier souci est de faire travailler ensemble la ville, souvent en libéral, et l'hôpital, et l'articulation avant/pendant/après. Nous constatons que le souhait des patients est de rentrer chez eux très vite. Pour cela, il faut que l'hospitalisation à domicile existe et que la prise en charge du patient soit globale. »

ou des fermetures de maternités décidées sans construction d'offre périnatale. Dernier point, notre avis insiste sur l'élaboration d'une véritable politique de prévention et d'éducation à la santé. Or cette prévention se construit au plus près de la population, avec l'expertise de patients ou d'anciens malades... Cette approche ne peut pas être que verticale et descendante, et elle nécessite des financements pluriannuels!

Le Cese insiste sur la nécessité de mieux organiser l'interface entre l'hôpital public et les autres structures de soins. Coopération public-privé et « virage ambulatoire » ne sont-ils pas souvent prétextes au démantèlement du service public de santé, dans un contexte de pénurie de personnels hospitaliers et de déserts médicaux ?

Nous n'avons pas travaillé au fond sur les relations entre établissements publics et privés en territoire. Notre premier souci est de faire travailler ensemble la ville, sou-

vent en libéral, et l'hôpital, et l'articulation avant/pendant/après. Nous devons constater que le souhait des patients est de rentrer chez eux très vite. Pour cela, il faut que l'hospitalisation à domicile existe et que la prise en charge du patient soit globale et inclue à la fois les soins et ses besoins quotidiens (repas, par exemple). Cela nécessite aussi d'articuler éventuellement l'hospitalisation à domicile (HAD) avec l'aide et le soin à domicile, par exemple. Nous devons tenir compte de deux réalités : le vieillissement de la population et les maladies chroniques. Nous pouvons aussi prendre en compte le souhait des jeunes soignants

de travailler en équipe, d'où le succès des maisons de santé pluriprofessionnelles et des centres de santé créés avec des médecins salariés pour lutter contre les déserts médicaux. Ce qui nous semble urgent, ce sont les partages d'informations et de pratiques entre les uns et les autres dans le domaine médical, médico-social et social. Sortir un patient trop vite, c'est accepter un retour potentiel aux urgences. Il faut donc que les Ehpad, par exemple, aient assez de personnels accompagnants et soignants et que les hôpitaux envisagent des lits de court séjour en gériatrie, pour éviter que le patient âgé ne reste sur un brancard pen-

« L'avis du Cese insiste sur l'élaboration d'une véritable politique de prévention et d'éducation à la santé. Cette prévention est à construire au plus près de la population, avec l'expertise de patients ou d'anciens malades ; des enveloppes dédiées et significatives doivent être prévues. »

dant trois jours aux urgences... La crise des urgences est aussi liée à l'absence de solutions en soirée et pendant le week-end. Or les maisons de garde, là où elles existent, offrent une solution.

La crise de la Covid-19 a mis en évidence et creusé les inégalités sociales et territoriales, les discriminations liées à l'âge et aux troubles psychiques, notamment. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) postulait dès 1947 que l'état mental et social interagit avec l'état physique des personnes. Comment se doter d'une politique de santé ambitieuse qui ne se limite pas aux soins mais prenne en compte tout ce qui contribue, dans l'environnement économique et social de chacun, à sa santé ?

Je ne vais pas vous répondre sur les questions liées à la santé mentale – l'état de la psychiatrie fait l'objet d'un nouvel avis du Cese, pour lequel je viens d'être désigné corapporteur –, nous pourrions en reparler en février 2021. Et si nous avons le temps avant la fin de cette mandature, le dernier avis devrait porter sur la santé environnementale.

Oui, la crise de la Covid-19 a mis en évidence ce que nous, syndicalistes, savions déjà, à savoir l'influence des déterminants sociaux et environnementaux en matière de santé. Pour l'hôpital, cette crise n'a fait qu'exacerber une réalité dénoncée depuis des mois par les professionnels de santé et du secteur social : les grèves des urgentistes et dans les Ehpad, les luttes locales pour la défense de soins de proximité ne peuvent être ignorées. Force est de constater qu'ils et elles avaient fait une analyse juste des besoins et des réalités, face à la cécité gouvernementale et à sa logique financière assassine.

Le groupe CGT du Cese a déjà porté un avis qui mettait en évidence la notion d'« exposome »⁽²⁾ : c'est-à-dire les causes complexes, environnementales, mais aussi sociales, qui mettent en jeu notre santé.

Nous savons que nous nous heurtons là à des intérêts économiques puissants... Soigner des cancers c'est bien, mais mettre en cause, par exemple, tel fabricant de pesticides qui en est à l'origine, continuera à être nié le plus longtemps possible. Même chose lorsque l'on se heurte aux alcooliers ou aux cigarettiers... Mettre en cause les conditions de travail, faire reconnaître les risques professionnels est un combat quotidien : la suppression des comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) par Emmanuel Macron constitue, sur cette question, un recul grave. Noyer ces questions dans le « dialogue social » général d'une entreprise est un bon moyen pour éviter la montée en compétences des salariés et de leurs élus sur ces thèmes. Comme la médecine du travail est en situation désespérée et que

l'Inspection du travail est sous-dotée, voire parfois entravée, nous constatons qu'il n'y a aucune volonté politique de prendre ces questions en compte.

Enfin, il suffit de regarder qui devait aller au travail pendant le confinement et où habitaient ces salariés pour confirmer que les travailleurs les plus précaires, habitant dans les quartiers de relégation, les plus mal considérés et les plus mal payés, sont ceux qui auront pris le plus de risques : combien de métiers, à part les soignants des hôpitaux, ont obtenu la reconnaissance de la Covid-19 comme maladie professionnelle ?

Pour le Cese, la prévention et l'éducation à la santé doivent être confortées. C'est-à-dire que des enveloppes dédiées et significatives doivent être prévues, et la recherche orientée aussi sur ces sujets. ●

Un livre : *Urgences. Hôpital en danger*

Hugo Huon et Collectif Inter Urgences

Editions Albin Michel, février 2020, 336 pages, 19 €

Face à l'injonction permanente de faire plus et mieux avec moins, à la difficulté accrue de pouvoir prendre soin correctement de patients en détresse, les soignants de services d'urgences d'hôpitaux publics ont décidé de ne plus se taire. Début 2019, ce mouvement, qui s'est étendu à toute la France sous des formes souvent inédites⁽¹⁾, a été initié non par des médecins, comme pour la plupart des mobilisations antérieures défendant l'hôpital public, mais principalement par de jeunes paramédicaux⁽²⁾, syndiqués ou non, qui se sont constitués en un Collectif Inter Urgences (CIU). La perte de sens de leur métier, leurs souffrances, face à des situations sanitaires graves, et celles des patients s'expriment dans ce livre par de nombreux témoignages édifiants, souvent poignants, et courageux lorsqu'on sait les menaces et sanctions subies. Ils montrent aussi que cette « crise des urgences, c'est celle de l'hôpital public et plus largement du système de santé ». Soins, qualité du soin sont bridés par des

« restructurations » technocratiques priorisant la réduction des coûts et niant le besoin d'amélioration des conditions d'accueil et de travail. Avec le chapitre « Une catastrophe que l'on aurait dû voir venir », le sociologue Frédéric Pierru éclaire les politiques publiques qui, depuis des années, ont caractérisé cette « casse du siècle »⁽³⁾. Ce livre permet aussi de comprendre a posteriori la cause de tant de démissions de soignants au cours des derniers mois, en particulier depuis la déception du « Ségur de la santé », auquel le CIU n'a même pas été convié.

(1) La chanson sur YouTube, *Y'a la colère dans le cathéter*, des infirmières du CHR de Valence, a irrigué les manifestations et une longue grève d'un an au service des urgences ; grève renforcée jusqu'au premier confinement par son extension à de nombreux autres services, suite à la création d'un Collectif Inter Hôpitaux, fin 2019. Voir www.ldh-france.org/urgence-pour-lhopital-et-pour-un-acces-effectif-a-des-soins-de-qualite-partout-et-pour-tous.

(2) La majorité d'entre eux restent rarement longtemps en place, du fait des conditions de travail.

(3) Titre d'un autre livre coécrit avec Pierre-André Juven et Fanny Vincent (*Raisons d'agir*, 2019).

P. L.

(1) Une section au Cese est une formation de travail qui élabore des avis. Le présent avis a été élaboré par la section Protection sociale et santé.

(2) Pierrette Crosemarié, rapporteure de l'avis du Cese « Inégalités environnementales et sociales : identifier les urgences, créer des dynamiques », 14 janvier 2015 (www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2015/2005_02_inegalites_environnementales_sociales.pdf).