

FICHE ARGUMENTAIRE POUR MIEUX DEFENDRE L'HOPITAL
INTERCOMMUNAL A. GREGOIRE A MONTREUIL. FEVRIER 2014

1- TOUTE DECISION OBEIT A DES OBJECTIFS DE BAISSSE DES DEFICITS
PUBLICS, DONT LA SECURITE SOCIALE.

Quelques rappels :

+ Depuis plus de trente ans, droite et gauche au pouvoir ont opté pour une « maîtrise des dépenses de santé » en deçà de la réalité des besoins

+ Les moyens « sont à la hauteur » de cet objectif :

- Les ordonnances Juppé avec la mise sous tutelle de la Sécurité Sociale par l'Etat ; vote annuel de la loi de financement de la SS ; mise en place des enveloppes fermées avec un objectif national de dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) à ne pas dépasser. Ces enveloppes sont déclinées pour les hôpitaux, la médecine ambulatoire et divers activités

L'ONDAM 2014 A ETE VOTE PAR LA MAJORITE GOUVERNEMENTALE A 2,4%, LE PLUS FAIBLE DEPUIS SA MISE EN PLACE !

L'ONDAM HOSPITALIER EST ABAISSE A 2,3% ALORS QUE LES MOYENS DE FONCTIONNEMENT D'UN HOPITAL EVOLUENT ENTRE 3,2 ET 4,5% D'UNE ANNEE SUR L'AUTRE (évolution indiciaire de la masse salariale, évolution des prix, TVA, assurances...)

Les dépenses hospitalières (public et privé) pèsent pour plus de 43% dans les dépenses Assurance Maladie (AM) dont 34% Hôpitaux Publics (HP)

POUR FAIRE BAISSER SIGNIFICATIVEMENT LES DEPENSES D'AM, IL FAUT S'ATTAQUER A L'HOPITAL PUBLIC, CQFD !

- La mise en place de la tarification à l'activité (T2A) obéit à ce même objectif.

Complètement encadré par les enveloppes fermées, les tarifs » des groupes homogènes de séjours » (GHS), varient à l'intérieur. L'activité de tous les hôpitaux augmentant naturellement entre 4 et 3,5%, les tarifs sont tendanciellement en baisse. Pour la même activité d'une année sur l'autre, les hôpitaux ont moins de moyens.

Tout le monde s'accorde à dire que la T2A ne rémunère pas l'activité mais est, en retour, un formidable outil de régulation, obligeant ainsi les établissements à mettre de véritables stratégies financières en lieu et place aux logiques de soins et leur amélioration

- Le troisième étage de la fusée : la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) ou loi Bachelot de juillet 2009 ;

Ce qu'il faut retenir : plus aucune distinction entre les hôpitaux publics et lucratifs ; la notion de service public disparaît... Mise en concurrence des établissements entre eux ; critères de gestion financière ; les établissements doivent faire la preuve d'être rentables (plus de déficits !) ; restructurations, partenariats public/privé (PPP)

Les Agences régionales de Santé (ARS) ont tout pouvoir... pour faire pression sur les hôpitaux, notamment ceux qui sont en déficit, notamment à travers les fameux « plans de retour à l'équilibre financier » (PREF) qui favorisent d'une part, la baisse des dépenses de fonctionnement (masse salariale représentant en moyenne 60%) et d'autre part le développement d'activités. Les PREF sont l'outil privilégié pour imposer les restructurations et/ ou les regroupements... C'est le productivisme intégral ! Quasiment tous les hôpitaux ont été concernés par cette logique infernale qui les transforme en hôpitaux-entreprises. Certains ont été obligés à recourir au marché financier pour financer des projets d'investissement.

C'est le cas du CHI qui a ainsi contracté des emprunts « toxiques », avec la bénédiction de l'ARS !

En effet, le mode de financement avec un ONDAM en baisse d'année en année ne permet plus aux établissements d'autofinancer leurs investissements.

Ainsi le CHI A. Grégoire est endetté pour de nombreuses années, devant rembourser emprunts et intérêts dont les toxiques, au détriment des moyens d'activités et leur évolution

A l'heure d'aujourd'hui, cette question n'est toujours pas réglée !

2- LE DEFI A RELEVER : UN HOPITAL PUBLIC DE QUALITE ET DE PROXIMITE

a) Démystifier les discours rassurants, d'où qu'ils viennent

Si nous pouvons apprécier positivement que le CHI ne se trouve plus dans la situation délétère et donc très précaire d'y il y deux ans, rien ne permet aujourd'hui d'affirmer qu'il est sauvé !! Nous pouvons légitimement reconnaître que la campagne d'information et de mobilisation du Comité de défense rayonnant sur cinq villes a porté ses fruits !

Nous avons bien tenu notre place auprès de la population, des usagers mais aussi des salarié-e-s de l'hôpital.

Aujourd'hui, la bataille est plus subtile mais tout aussi nécessaire !

Derrière les apparences, se profilent de réels dangers pour le service public hospitalier et son avenir dans le panorama de la santé.

- Si même aujourd'hui, la direction provisoire a opté pour un développement de certaines activités, celles-ci se font à moyens constants, avec en leur intérieur, des suppressions de postes dans des activités de soutien logistique avec à la clé dégradation des conditions de travail et d'accueil des patients
- Le développement de certaines activités- qui ont toute leur utilité auprès de la population- telle que la médecine, la gériatrie, l'obstétrique... se font au détriment d'autres, jugées « peu ou pas rentables : c'est le cas avec la suppression de la consultation d'addictologie, les urgences 24/24 de la chirurgie ophtalmologie, le maintien de la fermeture de la chirurgie d'urgence 24/24...

Autant de restrictions ou de suppressions de prises en charge qui obéissent à un objectif financier, sans prise en considération du service rendu à la population, avec le risque majeur de supprimer la seule offre de soins publique sur le territoire de proximité.

- Les choix effectués et validés par l'ARS préfigurent un périmètre étriqué futur du CHI : nous pouvons craindre que le développement attendu de l'hôpital, compte tenu des déficits d'offres de santé sur notre département, et des spécificités de la population, se recentre essentiellement sur le pôle Mère-Enfant et la gériatrie... Le projet- toujours pas abandonné à cette heure- de « relocaliser » la maternité des Lilas au sein des locaux de l'hôpital de Montreuil va dans ce sens. Après le rapport Frydman qui n'a pas tranché, le directeur de l'ARS d'Ile de France réaffirme son engagement à financer intégralement le relocalisation des Lilas sur Montreuil !
- Aujourd'hui les projets pour maintenir et développer la chirurgie- aussi bien la chirurgie viscérale indispensable à de nombreuses prises en charge- que des pôles spécialisés comme la chirurgie rétinienne- sont flous, voire inexistants
- Nous pouvons craindre, au-delà du préjudice immédiat pour les patients actuels et futurs, des conséquences négatives qui portent atteinte à l'intégrité d' A. Grégoire en tant qu'hôpital public de proximité : perte de confiance des différents partenaires locaux, notamment des médecins de ville ; perte de compétences actuelles et futures ; moins d'internes, rupture dans les filières de formation

- ***Le projet de développement de l'unité de chirurgie ambulatoire n'est pas plus rassurant :***

Autant la prise en charge en ambulatoire, compte tenu des progrès en chirurgie endoscopique et anesthésie, peut représenter un confort pour le patient. Autant la «marche forcée» imposée par le ministère de la Santé (+50% de prises en charge en 2016) ne répond qu'au seul objectif de réduction des dépenses hospitalières !

En l'état, le projet de développement de CA du CHI est flou : nombre de places ? Quelle pertinence des prises en charge ? Quelle éligibilité des patients ? Quel ratio de transformation chirurgie en hospitalisation complète/chirurgie ambulatoire ??

Le document remis aux organisations syndicales ne fait état que de l'organisation interne...à effectifs constants !!

- b) Nous avons besoin de redonner corps au service public hospitalier, au moment où le gouvernement, sous couvert de « promouvoir une stratégie nationale de santé » a l'intention de réduire comme peau de chagrin la place de l'hôpital public dans notre système de soins, au profit exclusif de l'offre ambulatoire- privée comme publique- et du parcours de soins...**

Quelques repères

+ Défendre l'ensemble des activités et compétences du CHI

+ Défendre contre vent et marée la plus grande et plus large accessibilité de toutes les couches de la population **24 sur 24, principe d'égalité d'accueil et de prise en charge**

+ Défendre toutes les activités de court séjour, **y compris la chirurgie** (pas seulement la chirurgie ambulatoire !)

+Au delà des vrais problèmes de pénurie médicale et soignante, il faut être vigilant et offensif sur les conditions de recrutement et de stabilité, conditions de sécurité et de qualité

+ Ne pas laisser « le concept de parcours de soins » au seul gouvernement qui pense « panier de soins » ! C'est une question à part entière, qui nous permet d'aborder l'intégration du CHI dans son environnement de proximité, dans l'intérêt de tous !!

Nous ne sommes plus dans la situation de se contenter de réclamer l'abolition de la loi HPST et de la T2A...

Nous devons affiner notre analyse, et plus que jamais prendre appui sur les besoins de la population des professionnels, leurs attentes pour poursuivre la défense du CHI A.

Grégoire.

L'année 2014 verra le changement de direction, dans un contexte où le financement des hôpitaux publics sera encore plus problématique que les années précédentes...

La question de l'endettement des hôpitaux publics n'est pas réglé et pire, le gouvernement entend interdire à ceux-ci de renégocier les emprunts toxiques !

Si même l'hôpital présente un déficit de 7 millions d'euros en 2013 contre 13,5 en 2012, et cela par l'action conjuguée du développement des activités et des pressions sur les charges du personnel, l'hôpital ne peut pas investir et ne peut contracter aucun emprunt pour faire face aux quelques 10 millions d'euros nécessaires à cinq ans.

La pression sur l'ARS sera encore nécessaire pour que l'aide financière soit maintenue...

Nos revendications portent toujours sur l'essentiel :

- Le maintien intégral de tous les services de l'hôpital
- La réouverture des urgences chirurgicales 24 H sur 24 (une des conditions de maintien des compétences et de l'activité de chirurgie...)

- Aucune suppression de postes
- Reconstitution d'une équipe médicale dédiée (notamment Maternité et service d'Anesthésie...)
- Dans l'intérêt de la population créer les conditions d'un véritable partenariat ville-hôpital
- Des moyens pérennes pour fonctionner et investir
- Lever le handicap financier du surcoût des emprunts toxiques par tous les moyens