



Document créé le 8 février 2009

références contact auteur : Denis Réserbat Plantey  
CGT Laborit USD 86 LDAJ [reserbat@interpc.fr](mailto:reserbat@interpc.fr)

Fiche info Thématique :  
**LETTRE OUVERTE DE DEUX SYNDICATS DE MEDECINS A  
PROPOS DE LA LOI HOPITAL PATIENT SANTE TERRITOIRES**



**LETTRE OUVERTE du 7 février 2009**

**à ceux qui pensent que le projet de loi « Hôpital, patients, santé, territoires » (HPST) est un progrès  
1ère partie**

**Le projet de loi HPST, dit loi Bachelot, propose une refonte structurelle de l'hospitalisation publique, en mettant en exergue l'accès aux soins, la prévention et l'information des malades, qui sont autant de nécessités que nous partageons. Pourtant, ce projet de loi propose en même temps des orientations qui nous semblent interroger ces premières « bonnes » intentions.**

L'accès aux soins est de plus en plus difficile pour les catégories les plus démunies de la population. Peut-on accepter les franchises, la généralisation des dépassements d'honoraires, la réduction de l'accès à la notion d'urgence ? La mise sur le même plan du privé à but lucratif ou pas et du public n'introduit-il pas une forme de sélection des malades ? Les annonces d'encadrement des Affections Longue Durée (ALD) qui concernent les maladies chroniques, les mesures de limitation de l'Aide médicale d'Etat (AME) qui concerne l'immigration, sont autant de facteurs de discrimination. La pénurie de personnels qualifiés aux urgences et dans les services de soins hospitaliers, le recentrement sur l'efficacité purement symptomatique ne rendent-elles pas problématique l'accès à des soins de qualité pour le sujet malade ?

La nouvelle hiérarchisation proposée déplace le pouvoir de décision sur une Agence régionale de santé (ARS) et les directeurs d'hôpitaux, ce qui marginalise la dimension soignante portée par les médecins et les différentes catégories de personnels, ce qui limite la place des élus porteurs des besoins de santé de la population, ce qui limite l'intervention des associations de patients et des familles. Les besoins de santé sont-ils réductibles à la seule organisation de territoires sanitaires coupés des collectivités locales ? N'y a-t-il pas là une grave altération des pratiques démocratiques ?

Les restructurations en cours de l'hospitalisation publique, au nom de la rationalisation des dispositifs, peuvent être l'occasion d'améliorer de multiples dysfonctionnements, mais sont-elles d'abord financières où l'enjeu d'un travail en profondeur entre soignants, administrateurs et représentants des populations et des usagers ? Aujourd'hui, c'est la dimension comptable qui demeure décisive, avec ses organisations aux coûts constants, avec l'introduction d'une tarification à l'activité (T2A) qui fixe des moyens à flux tendus, la réduction des effectifs soignants à la stricte nécessité technique et compartimentée de l'activité, et le déni du temps, à prendre comme facteur essentiel de la continuité des soins. L'hôpital géré comme une entreprise et la privatisation de pans entiers du service public apportent-elles, en transformant le soin en production marchande et administration comptable, des solutions soignantes véritables ?

N'y a-t-il pas danger d'une normalisation des pratiques à des référentiels, voire à de « bonnes pratiques »,



extrêmement réducteurs là où le temps, la recherche et l'inventivité soignante ont besoin d'espace pour être personnalisés ? La grisaille qui en résulte a des effets déjà manifestes sur l'engagement soignant, la souffrance au travail étant de plus en plus fréquente.

C'est donc la nature même de la loi que nous interrogeons, comme barrage aux processus de négociation, que porte toute véritable éthique soignante. La réduction de la politique de santé à son coût devient un facteur d'empêchement de penser réellement l'engagement des coûts à des fins soignantes. Elle ne répond en rien aux déserts sanitaires qui caractérisent de nombreuses régions et l'accès à la médecine générale comme un droit pour tous et partout.

Ces questions concernent particulièrement la psychiatrie publique, dont l'organisation en secteurs territoriaux, malgré les limites liées aux poids de l'hospitalisation, les difficultés d'engagement des professionnels vers une pratique dans la communauté et l'absence d'engagement global des élus, n'enlèvent pas les effets positifs du soin, au plus près des lieux de vie des patients. Elle a réduit de façon notable le recours aux hospitalisations et aux internements. Ce projet de loi abandonne cette politique généraliste et laisse la psychiatrie dans une fonction purement réparatrice de symptômes marqués par l'imprévisibilité de la subjectivité et dans une image inquiétante de garante d'un ordre public, qui relève d'abord du champ pénal. L'instrumentalisation des soins à des fins sécuritaires n'est-elle pas un danger pour l'éthique soignante ?

Cette lettre vient donc interroger un vrai débat sur la santé, sur l'ensemble du territoire, dans le cadre de son appartenance à l'Europe. Sa tenue ne nous paraît pas l'enjeu de ce projet de loi, dont le retrait est à discuter. Nous souhaitons le porter dès maintenant avec vous.

## 2<sup>ème</sup> partie

### **Le débat parlementaire sur le projet de loi HPST est annoncé pour février 2009. Derrière les titres des chapitres du projet de loi, quelles sont les réalités ?**

#### **- Modernisation des établissements de santé : une médecine à plusieurs vitesses**

Il s'agit de gérer l'hôpital comme une entreprise, d'y introduire plus d'activité privée, de fermer des services hospitaliers publics et d'accélérer le transfert des activités « rentables » vers les cliniques privées. Pour les patients : toujours moins de soignants, des séjours rapides, des consultations privées et des dépassements d'honoraires. Notre société laissera-t-elle à la porte des hôpitaux étranglés financièrement les patients atteints de pathologies complexes et non rentables ?

#### **- Accès aux soins : une aggravation**

Il est prévu de limiter (!) les refus de soins aux patients ayant la CMU. Ce sera à l'Assurance maladie de sanctionner les médecins pratiquant ces refus, puisque l'Ordre des médecins se refuse à le faire... Cela n'empêchera pas les franchises et les dépassements d'honoraires de continuer à fleurir...

Les médecins généralistes sont nommés « professionnels de premier recours », belle lapalissade ! Ils seront toujours payés à l'acte, sans financement pour organiser la prévention, coordonner les soins, ni garantir l'indépendance de leur formation continue.

Pour inciter les jeunes à travailler dans les lieux où il n'y a plus de médecins, il est prévu d'augmenter dans ces zones les places aux concours de médecine. Mais les jeunes médecins demandent avant tout des conditions d'exercice différentes de l'exercice libéral pur, et formatrices, comme dans des maisons de santé.

#### **- Prévention et santé publique : le parent pauvre et l'intervention grandissante des industriels**

On interdira les cigarettes bonbons... mais pas question de recherches sur les causes environnementales



des maladies ni de développer la médecine scolaire ou du travail, bien au contraire. On développera « l'éducation thérapeutique » : les patients seront-ils sommés de se traiter, sous peine de moindre remboursement, et conseillés chez eux par ceux-là même qui vendent les médicaments ?

**- Organisation territoriale du système de santé : l'atteinte à la démocratie**

Toutes les décisions seront prises par des Agences Régionales de Santé, sous tutelle directe de l'Etat, depuis les missions des directeurs d'hôpitaux, jusqu'au fonctionnement des services avec exigence de rentabilité. Les caisses d'Assurance maladie perdront le peu de pouvoir qui leur reste. C'est la fin de toute illusion de contrôle citoyen et c'est laisser libre champ à l'Etat pour accélérer le rationnement sous prétexte de rationalisation.

**Ce projet de loi, s'il est adopté, aggravera les inégalités de santé, tant sociales que territoriales.**

**En ces temps où nous constatons tous les jours à quel point les contraintes de rentabilité désorganisent les équipes soignantes, nous appelons à la mobilisation pour obtenir une réforme qui apporte un réel bénéfice aux citoyens :**

Une réforme qui :

- garantisse sur tout le territoire des services publics de santé de qualité, accessibles à tous, avec entre autres un secteur hospitalier public, général et psychiatrique, ayant les moyens de bien fonctionner ;
- organise la coordination du secteur hospitalier avec le secteur ambulatoire général et psychiatrique.
- permette l'installation des soignants dans des structures de travail collectives, pluridisciplinaires et financées par la solidarité.
- installe une véritable politique de prévention et d'éveil à la santé, à l'école, au travail, dans notre milieu de vie, indépendante des lobbies pharmaceutiques et industriels.
- mette en place une véritable démocratie sanitaire avec un échelon local de coordination de l'ensemble de la politique de santé sur un secteur.

**Patrick DUBREIL, Président**  
**Syndicat de la médecine générale**

**Marie NAPOLI, Présidente**  
**Union syndicale de la psychiatrie**