

<http://ugtg.org/spip.php?article1501>



A propos de la Conférence sur l'Hôpital Public en Guadeloupe : Lettre ouverte de L'UTS aux décideurs institutionnels & politiques

Date de mise en ligne vendredi 8 juillet 2011

Date de parution 5 juillet 2011



- Actualité -

Copyright © UGTG.org - Tous droits réservés

LETTRE OUVERTE à

Dr André ATALLAH, Président de la Conférence des CME des CH de Guadeloupe,
Dr Jacques GILLOT, Président du Conseil Général de Guadeloupe, sénateur,
Mr Victorin LUREL, Président du Conseil Régional de Guadeloupe, député,
Mme Mireille WILLAUME, Directrice Générale de l'ARS de Guadeloupe

A propos de la Conférence sur l'hôpital Public en Guadeloupe du Mardi 05 Juillet 2011 *Cité des Métiers, le Raizet*

Madame, Messieurs,

Vous avez bien voulu inviter notre Organisation syndicale, UTS-UGTG, à participer à la Conférence sur l'Hôpital Public en Guadeloupe de ce mardi 05 juillet 2011.

Vous entendez, à l'occasion de ce rendez-vous des professionnels de la Santé face aux décideurs institutionnels et politiques de Guadeloupe, **bokanté** sur les « Grandes difficultés des hôpitaux », difficultés vous le savez, qui limitent leurs interventions, la permanence, la qualité et la sécurité des soins qu'ils sont chargés de garantir.

Une première remarque s'impose cependant, ce rendez-vous « global et général » risque d'être une grand-messe car tous les acteurs appelés à cette conférence participent par ailleurs régulièrement aux différentes instances de leurs établissements respectifs (CTE, CME, Conseil de surveillance) et aux différentes commissions de l'ARS. Nous avons eu donc tous à débattre des difficultés des hôpitaux, des orientations de Santé Publique en Guadeloupe et des moyens nécessaires à leurs mises en oeuvre.

Autrement dit, ce qui sera dit ici aujourd'hui, l'a été ailleurs. Ce qui pourrait être décidé ici, aurait pu l'être ailleurs. N'est-ce pas là le fondement de ces instances dites d'implication et de concertation.

Or, vous le savez aussi, dorénavant et aujourd'hui plus qu'hier avec la loi HPST, ni vous décideurs politiques locaux, ni vous Directeurs d'Etablissement, ni vous médecins, ni vous représentants des usagers, ni nous représentants du personnel, ne disposent de suffisamment de pouvoir pour infléchir les orientations et choix arrêtés par le Gouvernement français en matière de santé et d'administration de la santé, tout au moins dans le cadre de l'ordonnancement actuel des rapports de force.

Nous sommes donc tous des exécutants d'une politique qui ne s'embarrasse plus pour dire et décliner son objectif principal : **limiter les dépenses publiques de santé et réduire le déficit de l'Assurance Maladie.**

Nous pouvons nous en offusquer, nous pouvons encore aujourd'hui le dénoncer, comme nous l'avons fait à l'occasion de la mise en place de la T2A [\[1\]](#) qui consacrait la marchandisation de la santé. Seulement, l'Administration Centrale ne nous entendra pas, pas plus qu'elle nous a entendus sur la retraite, fermée dans ses certitudes tendant à détruire le service public et la solidarité aux larges masses et aux plus démunis.

Ainsi donc, nous devons nous en convaincre, ni le chômage de masse (30% de la population active en Guadeloupe), ni les précarités, ni les maladies qui en résultent ne sont des fatalités. Il s'agit ni plus ni moins des conséquences de choix de société qui préservent aux riches tous les privilèges dus à leur position sociale (sécurité professionnelle,

accès aux soins, sécurité individuelle, réussite sociale et scolaire) et maintiennent les plus pauvres dans les déviances et les précarités.

Nous aurons beau discourir et discuter sur les « **déficits structurels des hôpitaux** », sur la dégradation des structures et des équipements, sur la raréfaction du personnel médical, sur la nécessité d'élaborer des plans spécifiques, des plans DOM, **L'Etat ne nous entendra que si « nos spécificités » peuvent s'intégrer dans son schéma global et des objectifs nationaux.**

Madame WILLAUME, Directrice Générale de l'ARS, l'a confirmé récemment au Dr Jacques SALIN, Président de la CME du CHU ; l'ARS entend « **Mettre l'activité là où elle sera le mieux exercée, avec la meilleure qualité, au moindre coût. C'est ainsi que de véritables filières de soins pourront être constituées permettant au CHU de disposer de lits d'aval. Cette discussion sur les coopérations doit s'ouvrir sans préjugé et, sans autocensure, peut toucher à tous les aspects de la vie de l'hôpital (soins, médico-technique, administratif, logistique). L'enjeu est la stabilité des recettes et la maîtrise des dépenses .** »

En clair, aucun établissement public ou privé n'est propriétaire de ses lits et activités. La configuration actuelle de l'offre de soins hospitalière sera réformée pour assurer « **la stabilité des recettes et la maîtrise des dépenses** ».

Ainsi, pour contenir leur déficit et financer leurs activités, embaucher et payer leur personnel, se conformer aux normes (sécurité, incendie, parasismique), s'équiper, les établissements publics **devront reprendre des parts de marché au secteur privé** et réduire leurs dépenses.

Avec la génération programmée de la T2A, avec les charges incompressibles liées à l'exercice du service public de santé, avec les parts de marchés contrôlées et maîtrisées par le secteur privé sur des activités générant des recettes T2A, la sortie de la crise financière et médicale des hôpitaux n'est possible que si ces établissements publics fusionnent et mutualisent leurs moyens et activités, et ce, « **sans préjugés et sans autocensure** ».

Pourquoi donc s'évertuer à revendiquer un **PLAN DE SANTE OUTREMER** et des subventions d'équilibre quand le pouvoir central nous répond clairement que la pérennisation de l'offre publique de soins passe par le licenciement de près d'un millier d'agents et la mise en commun d'équipements lourds et de certaines activités de soins avec le privé.

Qu'est-ce qui explique qu'à ce jour, malgré ses différents engagements, que l'Etat ne s'est toujours pas prononcé clairement sur la reconstruction du CHU et le financement de cette reconstruction. Là aussi, le Ministre Xavier BERTRAND s'est exprimé, et nous avons compris : **toute opération de reconstruction, de mise aux normes ou d'acquisition d'équipement lourd ne peut être financée que dans le cadre de la reconfiguration de l'offre publique hospitalière et dans l'engagement contractualisé de maîtrise des dépenses.**

Evidemment, un tel schéma, cette catastrophe sociale, ce déni du service public de santé ne peuvent être annoncés aujourd'hui en ces temps de campagne électorale (Sénatoriale, Présidentielle, Assemblée Unique, Législative).

La méthode retenue pour l'exécution de ces politiques devrait être moins coûteuse politiquement. Il s'agit tout simplement de culpabiliser les professionnels de santé, de nous rendre responsables des déficits et de pointer « les gaspillages et les mauvaises gestions » à coups de rapports de l'IGAS et de la Chambre Régionale des Comptes.

On le voit déjà, certains médecins et directeurs d'établissement, culpabilisés, essaient de sauver leur capotage plutôt que d'affirmer comme nous : **la réforme de l'offre de l'organisation et de l'administration de la santé est une réforme scandaleuse visant à privatiser le Service Public de Santé, à transformer le soin en produit**

commercial, et aura pour conséquence l'exclusion aux soins des plus démunis.

Avec l'exclusion au travail, l'exclusion à la promotion sociale, à l'éducation, à la culture, cette nouvelle exclusion aux soins déjà effective pour des milliers de chômeurs, de retraités, de bénéficiaires du RSTA, de jeunes et de travailleurs sans mutuelle, **ké dékatié** des milliers de guadeloupéens.

Est-il acceptable qu'un tel plan puisse se mettre en place dans notre pays alors que la morbidité générale de la population est alarmante :

- ▶ **6% de Guadeloupéens sont concernés par le diabète, soit 27000 habitants**
- ▶ **23% par l'hypertension artérielle après 18 ans**
- ▶ **11% sont atteints par la maladie rénale chronique**
- ▶ **14% des adolescents sont diagnostiqués asthmatiques**
- ▶ **30% des décès par an ont pour cause l'insuffisance cardiaque chronique**

Nous sommes frappés par des maladies liées principalement au mode de vie (nutrition, sédentarité, précarité), susceptibles d'être maîtrisées d'abord par un changement de comportement individuel mais également par l'action collective.

Il en est de même pour les maladies et décès dus au cancer (sein, prostate), et les traumatismes et maladies infectieuses causées également par l'action de l'homme (pollution de l'air, de l'eau, des sols par les déchets, les pesticides et les émissions de gaz toxiques)

A ces maladies invalidantes et de longue durée, notre population est confrontée à un développement préoccupant des malades atteints de troubles mentaux liés ou non à la consommation de drogues ou d'alcool. D'autres pathologies « spécifiques », telles la drépanocytose, la dengue, la lèpre et des pathologies à forte prévalence (le VIH) ou en pleine résurgence, comme la tuberculose et la leptospirose sévissent.

Bien évidemment, ce sont les masses laborieuses les plus en difficulté qui sont les plus touchées.

Est-il acceptable de perdre des centaines d'emplois publics et privés suite à la fermeture de services de soins, de services administratifs, techniques et logistiques, tels que programmés lors des « fusions, absorptions et mutualisations » des établissements.

Ne serait-il pas plus **RESPONSABLE** de s'interroger sur la pertinence du Plan Régional de Santé et de ses déclinaisons en matière d'équipements et de structures hospitalières, extrahospitalières ainsi que de ses priorités sanitaires ?

Ne serait-il pas plus **RESPONSABLE**, plutôt que de tropicaliser un Plan National de Santé et d'exécuter **san babyé** la **loi HPST**, de sortir de la revendication de spécificité et **créer un projet de santé public authentique et conforme à l'état de santé réel de notre peuple. Nous en avons les compétences et capacités. Il ne reste plus qu'à conquérir Tous les pouvoirs pour ce faire.**

Quant à nous, professionnels de santé **jodila**, nous sommes inquiets et mal. Nous sommes inquiets pour notre emploi, mal de mal recevoir et de mal soigner. Nous n'acceptons plus la dégradation de nos pratiques et actes de soins, faute de petits matériels de soins et de médicaments, par manque d'effectifs au lit du malade, ou à cause d'équipements en panne, de nourriture insuffisante et de mauvaise qualité, de locaux sals et exigus. Nous refusons de porter la responsabilité des déficits, de la mauvaise qualité des soins et de l'accueil des patients et du manque

d'attractivité des hôpitaux publics.

Nous dénonçons :

1. . La décision de fermeture du centre Hospitalier de Grand-Bourg à Marie-Galante ;
2. . La menace de fermeture de l'Institut Pasteur ;
3. . La fermeture des services de médecine des hôpitaux Maurice SELBONNE de Bouillante et Louis-Daniel BEAUPERTHUY de Pointe-Noire ;
4. . L'arrêt de la reconstruction d'un Centre Hospitalier de Capesterre-Belle-Eau ;
5. . Le sous-dimensionnement du projet de reconstruction du Centre Gérontologique du Raizet ;
6. . L'absence d'engagement clair et définitif de l'Etat sur la reconstruction du CHU ;
7. . La dégradation des conditions d'accueil et des soins dans tous les établissements publics et privés ;
8. . Le refus des patrons des cliniques d'engager les NAO de branche.

Nous exigeons :

1. . **L'engagement de négociations avec l'ARS sur l'organisation de la santé, le plan régional de santé et le financement des activités de santé ;**
2. . **La poursuite des travaux de mises aux normes et des projets de reconstruction ;**
3. . **Le respect des statuts des agents des établissements publics**
4. . **La titularisation et l'intégration des contractuels du public et du privé ;**
5. . **L'ouverture des négociations annuelles obligatoires pour les cliniques privées.**

« SA KI VAYAN LÉVÉ LANMEN »

Lapwent, le 05.07.11

Konsej Sendikal UTS-UGTG

[1] **T2A ou Tarification à l'activité** : La Tarification à l'Activité (T2A) est le nouveau mode de financement des établissements de santé français issu directement de la réforme hospitalière du plan Hôpital 2007.

Elle définit le prix d'une hospitalisation et va donc servir de base de remboursement à votre mutuelle santé. Cette Tarification à l'Activité vise à la création d'un cadre unique de facturation et de paiement des activités hospitalières dans lequel l'allocation des ressources est fondée à la fois sur la nature et le volume de leurs activités.

On voit ainsi clairement comment un hôpital peut être encouragé à pratiquer tel acte ou tel autre, pour améliorer son financement. Ainsi donc s'est mise en place une logique de résultat qui remplace la logique de moyens qui prévalait jusque ici.

Cette logique de résultat s'inscrit dans la droite ligne des préconisations de la fameuse LOLF (Loi organique relative aux lois de finances). La T2A est un élément central de la « Nouvelle Gouvernance Hospitalière » mise en place par les ordonnances de mai et septembre 2005, dans la mesure où ce sont désormais les recettes issues des activités hospitalières qui vont déterminer les dépenses et non l'inverse.

Cette réforme de tarification a des conséquences dans de nombreux secteurs de la gestion hospitalière et est à l'origine pour une bonne part des critiques du secteur hospitalier et des alertes de la profession face aux risques de dérive, certains y voient ainsi une incitation à pratiquer certains actes plutôt que d'autres, avec les conséquences qu'on peut imaginer en terme d'offre de soins...

Les recettes des établissements de santé (publics et privés) étant générées par le niveau d'activité, le financement des actes pratiqués dans ces établissements par l'assurance-maladie se trouvent de facto intégrés à la logique de tarification à l'activité.

Le pourcentage de la T2A dans le budget des établissements publics et privés était de 50% en 2007 ; il est passé à 100% (depuis le 1er janvier

2008).