



# Extrême urgence pour l'hôpital public

Publié le 30 décembre 2021 par Michèle Leflon



**L'auteur présente la situation actuelle de l'hôpital public qui est au bord du gouffre. La pénurie de médecins justifie les fermetures de services. Le manque d'infirmières et des divers personnels nécessaires au bon fonctionnement de l'hôpital aggrave la situation. Le manque de respect et l'absence de démocratie font fuir les salariés. Des pistes sont proposées pour sortir de cette crise due aux politiques d'austérité et au développement des structures privées à but lucratif.**

**Abstract :**





**The author presents the current situation of the public hospital which is on the brink of collapse. The shortage of doctors justifies the closures of services. The lack of nurses and the various staff necessary for the proper functioning of the hospital aggravates the situation. The lack of respect and the lack of democracy scare off workers. Ways are proposed to get out of this crisis due to austerity policies and the development of private for-profit structures.**

La situation de l'hôpital public est dramatique. L'austérité l'a enfoncé dans un cercle vicieux de déclin autorisant le gouvernement à se dire « non coupable » et faisant « tout ce qu'il peut », c'est-à-dire rien ! Ce fatalisme n'est pas de rigueur ! Les solutions existent, même si le retour à la normale demandera du temps et si la complexité de la situation impose des mesures d'ordre varié : encore faut-il en avoir la volonté politique ! Et cela, tout de suite !

**L'hôpital public part à la dérive : 5700 lits ont été fermés en 2020 et l'hécatombe continue.**

La bataille des chiffres officiels témoigne surtout de la désorganisation entre lits fermés officiellement et lits fermés officieusement, faute de personnels. Car le gouvernement et les ARS n'ont plus besoin de justifier des fermetures pour des raisons d'économies : là on ferme parce qu'il n'y a pas de médecins, ici parce qu'il n'y a pas d'infirmières, à Sarlat, on ferme la maternité quelques jours faute de sages-femmes etc ... Faute de collègues en nombre suffisant, le personnel, épuisé, quitte l'hôpital. La dégradation des conditions de travail ne date pas de la pandémie : une étude des services du ministère de la santé lui-même montre l'aggravation des conditions de travail entre 2016 et 2019 !

**Les conséquences pour la population** sont gravissimes avec des retards de prise en charge, des morts évitables, non évitées, l'aggravation des pathologies, l'angoisse de l'attente pour les patients et leur famille, les patients psychiatriques laissés dans la souffrance. Il y a report d'une partie des soins traditionnellement confiés à l'hôpital vers le secteur ambulatoire des soins primaires, lui-même en grande difficulté.

**Ceci est la conséquence des politiques des gouvernements successifs**, reposant sur deux principes, faire des économies sur la santé et la Sécurité sociale et favoriser le secteur privé lucratif avec comme conséquence un gel du point d'indice de la fonction publique hospitalière et la limitation des effectifs. La mise en place de cette politique austéritaire s'est faite à l'aide de l'instauration d'une gestion de type privée de l'hôpital public, privilégiant la rentabilité financière à l'intérêt général et s'opposant à l'éthique



des soignants, dont on a de plus limité drastiquement toute possibilité d'intervention dans la gestion de leur établissement.

**Les Véran, Castex et Macron sont en train de donner le coup de grâce à l'hôpital public !** Les miettes du Ségur de la santé, fruit des luttes, sont utilisées par le gouvernement pour diviser les personnels, les opposer à la population. Ils entreprennent en plus la chasse aux intérimaires, sans en traiter les causes, et même aux médecins étrangers non européens avec un seul but : réduire encore le nombre de médecins travaillant à l'hôpital pour fermer des lits et des services, laissant le secteur privé lucratif, de plus en plus géré par les fonds de pension et autres instruments financiers, prospérer librement. C'est un développement sans précédent dans notre pays d'une médecine à deux vitesses où ceux qui n'ont pas les moyens de se payer des dépassements d'honoraires et autres restes à charge vont être de moins en moins bien soignés.

**Le 4 décembre une journée d'action nationale réclamait un plan d'urgence pour l'hôpital public.** L'appel émanait de syndicats de soignants médicaux et non médicaux et de collectifs liés à la santé, mais c'est aussi plus de 80 organisations associatives, mutualistes, syndicales ou politiques (dont le PCF) qui répondaient à l'appel à l'action lancé par la Coordination des comités de défense des hôpitaux et maternités de proximité, traduisant ainsi l'exigence de la population d'agir pour l'hôpital public. Malgré une importante mobilisation à Paris et en province, la délégation reçue au ministère n'a rencontré qu'un sous-fifre chargé de dire que le ministre faisait tout ce qu'il pouvait ... c'est-à-dire rien !

L'hôpital public est le bien de ceux qui n'ont rien ! C'est aussi le bien de tous ! C'est grâce à lui que la France avait atteint une très haute qualité de soins reconnue à l'échelle internationale et cet hôpital public est en train de partir en lambeaux, pour un système à la mode américaine, plus cher, moins performant et très inégalitaire, pour la seule satisfaction de la classe dominante !

**Le PCF avait dès 2019 proposé un plan d'urgence pour l'hôpital public. Il est plus que jamais d'actualité**

- il faut augmenter les salaires
- il faut créer 100 000 emplois à l'hôpital
- il faut donner envie aux personnels de rester à l'hôpital, d'y venir, en reconstituant des équipes soignantes avec des conditions de travail préservées, le respect de l'éthique professionnelle, sur la base d'une collaboration au sein des services et d'un pouvoir décisionnel des instances représentatives.

**Il n'y a pas contradiction entre la nécessaire création de postes et les difficultés de recrutement ! Et il y a extrême urgence à créer des postes, à soulager les soignants et à les retenir à l'hôpital avant un départ pour se protéger du burn-out !** Le fatalisme diffusé dans les médias, reprenant en boucle le manque de médecins, la longueur de leur formation, comme une excuse pour le Président de la République, n'est pas de rigueur. Certes, la situation est très difficile demandant des réponses multiples, mais des solutions peuvent être trouvées à une condition : ouvrir les vannes financières des hôpitaux et retrouver une gestion visant au meilleur soin plutôt qu'à un œil rivé sur le tableau des dépenses! C'est pour cela que le projet de loi de financement de la Sécurité Sociale 2022 qui vient d'être adopté est criminel !

Quelques mots sur les médecins : il faut évidemment augmenter le nombre de médecins formés chaque année, transformer les études et le recrutement avec un revenu étudiant en échange d'un engagement de service public. Ce n'est pas le but de cet article, consacré à l'extrême urgence. Car dans l'extrême urgence, il faut déjà garder ceux que l'on a ! Trois raisons à leur départ : le salaire (le revenu est facilement 2 fois plus élevé dans le privé pour certaines spécialités), la pénibilité liée aux obligations de service public de continuité des soins, et l'incapacité de faire leur métier comme ils le voudraient. Le salaire : plus que le salaire lui-même, c'est sans doute la comparaison avec le privé avec une valeur symbolique dans la société actuelle, susceptible de favoriser le développement de l'hospitalisation privée (« Il gagne plus car il est meilleur »). Quelques éléments chiffrés : sans rentrer dans la complexité des mesures post Ségur où ceux en milieu de carrière se sont retrouvés désavantagés, un praticien hospitalier gagne 52 933 € brut par an au 1<sup>er</sup> échelon, 107 009 au dernier auxquels s'ajoute 1 010 € mensuel brut de prime de service public exclusif pour ceux qui n'ont pas de secteur privé. D'après la CARMF (caisse autonome de retraite des médecins de France), le revenu annuel moyen en 2019 d'un oncologue libéral était de 316 365 €, d'un anesthésiste de 164 798, d'un chirurgien de 143 429 mais celui des gériatres n'est que de 58 000. Sans doute est il encore utile d'augmenter les salaires des praticiens hospitaliers en début et milieu de carrière (milieu oublié par le Ségur) mais des renégociations des conventions s'imposent réduisant les revenus liés à certains actes très surévalués : ce ne serait que justice aussi de rétablir un peu d'égalité entre les spécialistes et avec la médecine générale (77 417 € de revenu moyen).

La pénibilité : la pénibilité est d'autant moins importante qu'elle se partage ! La fin en 2002 de l'obligation de garde des médecins généralistes a reporté vers les médecins hospitaliers la charge de la permanence des soins la nuit et le dimanche. Cerise sur le gâteau des centres privés de soins immédiats se créent (Troyes, Blois, Nancy, Poitiers...) prenant leur part de l'activité de jour, réduisant sans doute le nombre de médecins



nécessaires aux urgences publiques avec en contrepartie une augmentation de leur nombre de nuits et de dimanches à travailler ! À côté de mesures beaucoup plus discutables, la proposition de la FHF de réinstaurer une obligation de participation à la permanence des soins quel que soit le mode d'exercice est entendable !

Le Ségur a d'autant moins réglé la question du salaire des personnels que les accords se sont accompagnés de mesures visant à détricoter le statut de la fonction publique hospitalière, divisant les personnels. **L'incapacité de faire leur métier comme ils le voudraient concerne tous les soignants** : des améliorations importantes rapides pourraient être apportées pour autant qu'il y en ait volonté politique. La gestion à la recherche de la rentabilité a conduit, à la fois à des réductions dans les moyens matériels et de personnels. La pression a été telle que le gouvernement a dû ouvrir les vannes sur les « équipements du quotidien ». Mais outre l'étrécissement financier, la poursuite d'une gestion de type privée, plus attachée à la rentabilité qu'au bien commun ne permet pas une véritable amélioration et le désespoir saisit toujours les soignants quand leur manque le B.A BA de leur matériel, quand il faut passer des minutes précieuses à quémander dans un autre service des draps, un médicament pour une urgence ou du petit matériel ! Il faut inverser pour avoir une logistique au service des soignants et des malades et non aux ordres du directeur financier ! Cela passe par un véritable pouvoir de décision démocratique des personnels et de leurs organisations syndicales.

Il faut d'extrême urgence du personnel supplémentaire. Et il n'y a pas de fatalisme ! La répétition du manque de médecins et de la durée de leur formation ne doit pas masquer deux choses :

- il y a 20 ans on disait déjà la même chose en argumentant sur la longueur des études pour justifier l'immobilisme. Il faut donc des décisions rapides !
- Le manque de personnels n'est pas que celui du personnel le plus qualifié ! Pour accroître la rentabilité on a supprimé de nombreux emplois dans le secrétariat, l'entretien, l'accueil, le nursing ... au prétexte que qui peut le plus peut le moins et surchargeant les médecins, les infirmières ... de tâches annexes. On a externalisé le ménage ou le secrétariat, « rationaliser » la livraison des repas ... et l'infirmière est seule avec l'aide-soignante pour répondre au téléphone, prendre un rendez-vous pour un de ses malades ou passer la serpillière pour réparer un incident... On peut créer tout de suite des postes (et les pourvoir) d'ASH, de brancardiers, de secrétaires, d'agents d'accueil ... en leur offrant des perspectives de formation continue. Et il faut faire exploser le nombre de formations continues qualifiantes, permettant à des professionnels exténués de reprendre goût au soin à travers de nouvelles qualifications,



un nouveau métier ! Comment peut-on concevoir qu'alors que l'on manque d'infirmières, des aides soignantes admises en école d'infirmière se voient refuser le financement de leur formation ? Et bien sûr, il faut ouvrir les formations initiales, mettre fin aux quotas officiels ou officieux en donnant des moyens aux universités et écoles professionnelles. Des prérecrutements, salariant les jeunes pendant leur formation, en échange d'un engagement de service public permettraient à de nombreux jeunes d'échapper à la misère étudiante, tout en facilitant une orientation vers le domaine du soin et de l'accompagnement social.

L'hôpital, la santé plus généralement peuvent être le terrain de mise en place d'une véritable sécurité d'emploi et de formation avec un statut dès le début de la prise d'un poste ou de la formation qualifiante et de vraies perspectives d'évolution de carrière à travers des formations continues qualifiantes sans rupture de revenus.

L'hôpital est avant tout malade du capitalisme ! La résolution de la crise passe par une transformation de la gestion, orientée vers le bien commun et associant salariés, élus et usagers à la place de « contrôleurs des dépenses » et par le desserrement des contraintes financières !

**Pour citer cet article :**

Michèle Leflon, [«Extrême urgence pour l'hôpital public»](#), *Les Cahiers de santé publique et de protection sociale*, N° 39, décembre 2021.

