



Éléments de réflexion pour une réforme de notre système de santé

Ces quelques réflexions constituent des pistes de travail que la CGT met en débat autour de la question de la santé, plus particulièrement du droit à la santé pour chaque individu, et de la responsabilité de la collectivité pour que ce droit devienne effectif dans le cadre d'une société solidaire.

Le système sanitaire doit être à même de répondre à l'ensemble des besoins de santé des populations dans le sens de la charte d'Ottawa qui définit la santé comme « une ressource de la vie quotidienne qui permet, d'une part, de réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins, d'autre part, d'évoluer avec le milieu et de s'adapter à celui-ci ». Par milieu, il faut comprendre l'environnement familial, social et de travail. Ce dernier est un élément fondamental de la construction identitaire de l'individu. Il est structurant en matière de santé publique.

Rappels des principes de base

L'accès à la santé est un droit pour chaque individu dans notre société. Au même titre que le droit à l'éducation, au logement, à l'énergie... bref à tout ce qui est nécessaire pour vivre et se développer. Mais c'est aussi un devoir pour tous que de l'assurer à tous. Et puisque c'est à la Nation, tout entière, d'assurer cet accès à la santé, c'est à son émanation démocratique, l'Etat, qu'il revient de garantir à chaque individu, quels que soient ses moyens financiers, son lieu de résidence et son origine, l'accès à des soins de qualité dans le cadre de la solidarité nationale qui est le socle fondamental de la Sécurité Sociale, en particulier de l'Assurance Maladie, telles qu'elles ont été conçues à la Libération et, au-delà, qui est le ciment de la République.

Il s'agit de mettre en place un véritable **Service Public de Santé** financé et régulé par les cotisations sociales, car elles sont assises sur la création collective de richesses, et non par l'impôt.

Il faut donc rompre avec l'idée que la santé n'est qu'une charge, d'autant qu'elle est fortement créatrice de richesses. Outre la problématique des moyens, il s'agit d'une question d'organisation, de régulation du fonctionnement et, en permanence, de recherche. C'est au surplus une question d'éthique.

L'organisation générale du système

La région organisée en territoires de santé¹ est le cadre le plus pertinent pour évaluer les besoins et assurer une régulation des réponses au plus près de la population. Cependant pour éviter des avantages ou des désavantages de situation, une régulation nationale forte est nécessaire pour réduire les inégalités de santé entre les territoires.

Pour prendre à bras le corps ce problème de démocratie, nous proposons la mise en place de **Chambres Territoriales de Santé** dans lesquelles siègeraient des élus, des représentants locaux des professionnels et organisations syndicales de salariés, des associations de patients, des financeurs (sécurité sociale et Etat). Une structure nationale

¹ Zone de taille variable en fonction des spécificités locales : nombre d'habitants, particularités des populations, géographie, transport...



aura un pouvoir de contrôle sur l'activité de ces chambres pour permettre l'harmonisation de l'organisation du système de santé sur l'ensemble du territoire. L'actuelle répartition des compétences en DDASS, URCAM, DRASS, ARH provoque un cloisonnement préjudiciable en terme d'efficacité et coûteux. Ces différentes institutions doivent être repensées et rassemblées sur cette base régionale.

Ces structures auraient pour mission d'organiser l'ensemble du dispositif sanitaire au sein des territoires, réunissant les structures médico-sociales, les soins de santé primaire², l'hospitalisation ainsi que, la santé au travail, et en y intégrant à tous les niveaux la prévention, aujourd'hui isolée et donc embryonnaire. Les missions qui incomberont aux chambres régionales seront notamment la planification et la régulation de la formation et de l'installation des professionnels, l'évaluation des besoins en structures et équipements sanitaires ainsi que des politiques de santé et des programmes de santé publique.

Afin de pouvoir mettre en œuvre ces mesures, il est nécessaire que les modalités d'attribution des enveloppes budgétaires soient radicalement modifiées. Par exemple pour l'hospitalisation, la mise en pratique de la tarification à l'activité a instauré une logique purement comptable que nous dénonçons dans sa forme actuelle d'inspiration purement libérale. Elle constitue une grave menace pour un avenir proche par l'avantage qu'elle donne de fait aujourd'hui aux cliniques privées lucratives. En ce qui concerne l'activité de ville, la rémunération exclusive à l'acte, centré autour du curatif, ne permet ni une prise en charge globale, ni de répondre aux besoins de plus en plus diversifiés des patients. Nous proposons d'étudier la piste d'une rémunération contractualisée sur la base d'objectifs de santé publique et non plus d'objectifs financiers.

Ces objectifs de santé publique sont construits à partir d'une moyenne nationale ajustée par les chambres territoriales en fonction des caractéristiques démographiques, sociales, sanitaires des populations et des configurations géographiques des territoires. Cette approche est la meilleure garantie d'un traitement équitable de tous.

La formation des professionnels

Le concept d'**Université de santé** apparaît le plus pertinent pour faire évoluer les pratiques des professionnels vers une approche coordonnée des problèmes de santé. Comme le préconise l'OMS, il nous semble évident que « pour travailler ensemble, les professionnels de santé doivent bénéficier de bases de formation communes ».

La reconnaissance de l'ensemble des formations aux métiers de la santé dans le cursus universitaire : Licence, Maîtrise, Doctorat apparaît donc comme une nécessité. Elle permettrait par ailleurs la mise en place de passerelles au niveau des différents métiers, tant en formation initiale qu'en formation continue, y compris dans le cadre des dispositifs de VAE (validation des acquis et de l'expérience). Elle permettra aussi une nouvelle reconnaissance des statuts et des salaires.

Pour autant, il apparaît essentiel de créer de nouvelles formations, tant au niveau de la spécialisation des infirmières que de la professionnalisation de nouveaux métiers, notamment dans le domaine du vieillissement et de la dépendance.

Il faut également en finir avec des quotas de formation ou numerus clausus ne prenant

² Terme mis en avant par l'Organisation mondiale de la santé pour désigner le premier niveau de recours sanitaire sur la base des principes suivants : accès universel et couverture en fonction des besoins, garantie d'une équité dans le cadre d'un développement orienté vers la justice sociale, participation communautaire à la définition et à l'exécution des programmes de santé, approche intersectorielle de la santé.



pas en compte la réalité des besoins croissants de la population. Une **politique nationale de formation, de reconnaissance des qualifications et de valorisation des emplois des métiers de la santé** doit constituer une priorité. Nous proposons, en particulier, d'instaurer un statut d'étudiant de santé salarié sous contrat avec engagement de service. Cette rémunération sera modulée en contrepartie d'un engagement d'exercice futur dans des territoires prioritaires..

La formation continue des médecins ainsi que la recherche médicale qui dépendent actuellement quasi exclusivement de l'industrie pharmaceutique devraient s'inscrire et s'organiser dans le cadre de l'université.

Les différents niveaux de réponse

Le système actuel est caractérisé par plusieurs défauts :

- Une coupure plus ou moins franche entre la médecine de ville et l'hôpital, malgré l'existence de nombreux « réseaux », parfois plus virtuels qu'efficaces.
- Une absence de régulation de l'installation des professionnels entraînant des disparités flagrantes sur l'ensemble du territoire avec de véritables zones sinistrées en terme de démographie médicale, mais aussi de structures d'accueil. Sans faire l'impasse sur l'étude approfondie des besoins en fonction, entre autres, des particularités géographiques (zones montagneuses par exemple) ou démographiques (personnes âgées moins mobiles et nécessitant peut-être plus que d'autres la présence de solutions de proximité.
- Un exercice isolé qui ne correspond plus ni à l'attente des professionnels, ni à une offre sanitaire de qualité.
- Un système de rémunération à l'acte inflationniste et ne prenant pas en compte la diversité de l'exercice de la médecine de proximité.

Nous proposons plusieurs niveaux de réponse organisés en réseau :

1. Les Maisons de Santé
2. Les Centres Hospitaliers Généraux
3. Les établissements publics de psychiatrie de secteur
4. Les CHU et CHR

Ces différents niveaux doivent être en lien en permettant à des praticiens d'exercer simultanément à plusieurs niveaux (par exemple praticien hospitalier donnant un temps sur la maison de santé).

L'idée générale s'inspire de la sectorisation psychiatrique où une même équipe assure la continuité des soins : prévention, soins et suivi. Il faut dépasser l'idée que la santé serait limitée aux seuls soins, ce qui nécessite de réinterroger la place centrale du paiement à l'acte. Beaucoup de missions des professionnels de santé comme la prévention, l'éducation pour la santé doivent pouvoir reposer sur d'autres modes de rémunération. D'un autre côté, une coordination entre les professionnels est indispensable pour assurer une couverture territoriale correcte répartie en fonction des besoins et pour que puisse être assurée la permanence des soins et le système de garde de proximité. Il s'agit d'assurer un accès équitable aux soins pour éviter les actuelles disparités territoriales et locales aggravées par la démographie médicale et paramédicale.

Améliorer la prise en compte des questions de santé au travail : les risques professionnels et psycho sociaux, la précarité économique et sociale auxquels un individu est confronté ont des incidences sur la santé.

Les professionnels de santé doivent être formés à cette approche. Des consultations de psychopathologie du travail seront organisées dans certaines maisons de santé ou centres hospitaliers ; la collaboration entre médecins du travail, médecins traitants, médecins conseils des caisses primaires d'assurance maladie est à favoriser ; le



dépistage et le reconnaissance des maladies professionnelles et des accidents du travail doit être développée.

La même approche doit être adoptée vis-à-vis des problèmes liés à l'environnement

Le premier niveau suppose de généraliser, partout, dans tout le pays, des Maisons de Santé.

1. La Maison de Santé

C'est une structure de soins de proximité qui aurait un rôle pivot dans le dispositif avec les missions suivantes :

- Assurer la continuité des soins et faciliter l'accès aux soins sur le territoire de santé, y compris auprès des spécialistes.
- Assurer une coordination des professionnels, notamment entre la ville et l'hôpital, autour du patient. Ceci supposerait que soient garantis des temps suffisants de rencontre entre les professionnels, ce qui est actuellement impossible dans la logique du paiement à l'acte en ville et du fonctionnement en flux tendu à l'hôpital.
- S'acquitter de missions de prévention et d'éducation pour la santé.
- Evaluer les besoins de santé et d'avoir une position d'expertise pour les décideurs, les élus et l'Assurance Maladie pour les réponses locales à y apporter.
- Coordonner et garantir la permanence des soins impliquant les professionnels libéraux de proximité.

L'équipe définie par voie réglementaire serait pluridisciplinaire comprenant des médecins, des paramédicaux mais aussi ouverte sur d'autres compétences sociales et médico-sociales, permettant une prise en charge globale, source d'efficacité sociale et économique.

Toutes les spécialités ne pourront pas être représentées mais un financement devrait être prévu pour intégrer en priorité des spécialités non accessibles sur le secteur. Pour les soins ou les prestations non disponibles sur la place il est nécessaire de s'appuyer sur l'existant, public comme privé, ainsi que sur le secteur médico-social. **En cela les Maisons de Santé s'inscrivent dans une logique de réseaux.**

Ceci nécessite non seulement des liens mais aussi une participation, voire une intégration dans les maisons de santé des professionnels ayant des missions de santé publique : service de santé publique, médecine scolaire, équipe de PMI, de santé au travail, équipe de psychiatrie ...

Les Maisons de Santé permettent de faire progressivement rentrer une autre forme de rémunération des praticiens, mieux adaptée aux pratiques et aux besoins actuels, ce qui permettrait aux généralistes de consacrer du temps au suivi de leurs patients à l'hôpital et à des actions d'éducation pour la santé.

Nous proposons dans une période transitoire les modalités suivantes :

- Par principe ouvert à tous les professionnels de santé du territoire quel que soit leur statut.
- Le mode de participation serait celui de la contractualisation.
- Pour les médecins hospitaliers cette participation peut rentrer dans le cadre de leur statut ; pour les actuels libéraux, la rémunération pourrait correspondre soit à un temps partiel salarié, soit à un autre mode de rémunération, sous forme d'honoraires correspondant à une prestation forfaitaire par exemple.
- Toute forme de rémunération à l'acte est exclue dans ce cadre. Il ne s'agit pas en effet d'être en concurrence avec le secteur libéral qui doit être partie prenante des maisons de santé mais de prendre en compte des pratiques ou des missions de



santé que les médecins ou les autres professionnels de santé ne peuvent actuellement réaliser dans le cadre du paiement à l'acte.

Les Maisons de Santé peuvent également mettre à disposition des équipements techniques coûteux dont l'acquisition serait assurée par la Chambre Territoriale de Santé. De plus, les maisons de santé peuvent être adossées, dans certains cas, à des structures hospitalières locales assurant la prise en charge des urgences de proximité, l'hospitalisation de pathologies simples ainsi que les soins de suite.

Le but est de faire des Maisons de Santé un dispositif attractif pour les professionnels, mais sans concession sur des questions éthiques. Il serait dangereux que les Maisons de Santé dans un contexte de médecine à deux vitesses deviennent des dispensaires pour les plus pauvres.

Il ne s'agit pas de s'attaquer en soi au fonctionnement libéral pour des raisons idéologiques mais d'inscrire le soin dans une logique de santé globale ; l'acte technique doit être intégré à une démarche incluant les aspects préventifs et sociaux. Une consultation de gynécologie doit être articulée avec le planning familial. Pourquoi ne pas imaginer un accompagnement infirmier à domicile pour certains patients, par exemple lors de la mise en place d'un régime ? Ne pourrait-on pas envisager aussi des groupes de parole ou un accompagnement des familles pour des patients en fin de vie.

Il est indispensable que les Maisons de Santé soient des lieux d'échanges autour des situations cliniques, humaines et sociales que rencontrent les professionnels.

2. Les Centres Hospitaliers Généraux.

Au sein de chaque territoire de santé doit se trouver un **hôpital général** comprenant une activité de médecine et de chirurgie dans les principales spécialités, un service d'accueil des urgences (SAU) un SMUR ou une antenne SMUR,, une maternité, un service de psychiatrie ainsi que des structures fixes et mobiles pour l'hospitalisation à domicile, la gériatrie, les soins de suites, les soins palliatifs.

L'hôpital doit rester organisé en services, son organisation repose sur 3 niveaux :

- Intra service.
- Interservices.
- Extrahospitalier.

A l'intérieur du service il faut développer les échanges au sein de l'équipe. Permettre des temps de chevauchement entre équipes successives pour faciliter les transmissions. Ceci suppose une disponibilité de temps et des lieux où l'équipe puisse se réunir pour une transmission réellement transdisciplinaire. Il faut redonner une place centrale au collectif de travail permettant la participation de chacun au plan de soins du patient. Cet échange a aussi une fonction de formation et de soutien psychologique pour l'équipe, il peut être renforcé par des groupes de paroles.

Il s'agit de développer toutes les compétences en associant les malades eux mêmes à leur projet de soins.

Cette organisation suppose une continuité de la présence des équipes qui va à l'encontre de la mobilité du personnel préconisée par le management façon « Hôpital 2007 » qui cherche à remplacer les moyens humains par des modes opératoires.

Le fonctionnement clivé des services a créé une insatisfaction et des dysfonctionnements, mais les pôles d'activité sont une mauvaise réponse. La coopération entre services ne doit pas être liée à une optique gestionnaire. Les liens entre services doivent être pensés en terme de complémentarité et d'échanges de compétences. La mutualisation des



personnels sur plusieurs services empêche le développement des collectifs de travail définis plus haut.

Les liens avec l'extérieur et la médecine de ville doivent être favorisés. Les maisons de santé peuvent avoir un rôle important dans ces liens comme nous l'avons vu donnant la disponibilité nécessaire pour les professionnels qui y travaillent. Il s'agit de promouvoir la cohérence des projets de soins en intégrant la prévention, l'éducation pour la santé au delà de l'hospitalisation. La place des associations de patients doit y être reconnue.

3. Les Etablissements Publics de Psychiatrie de Secteur (E.P.P.S)

La psychiatrie de secteur est une approche globale des besoins de santé qui s'occupe de la prévention, du soin et de la post-cure. Les Hôpitaux psychiatrique contrairement au autres hôpitaux ont a gérer une partie importante de structures d'alternatives à l'hospitalisation.

Pour éviter une référence systématique à l'hôpital, nous proposons la généralisation de l'appellation d'Etablissement Public de Psychiatrie de Secteur (E.P.P.S.).

L'ensemble des structures de soins de psychiatrie d'un département, quel que soit leur lieu d'implantation (structure de soins dans la cité, hôpital général, hôpital psychiatrique) serait géré par cet établissement public, pour assurer une attention et une cohésion à l'ensemble du dispositif de psychiatrie d'un département. Seul un dispositif de ce type peut permettre que les secteurs de la psychiatrie implantés dans les hôpitaux généraux ne subissent pas une fuite de leurs moyens.

4. Les CHU et les CHR

En cinquante ans, les CHU se sont fortement inscrits dans le paysage hospitalier français : leur rôle régional est majeur.. Ils constituent, dans chaque région, l'établissement de référence. Les CHU assurent aussi la formation initiale et continue des médecins. Ils ont un rôle moteur dans le progrès de la recherche.

La capacité à traiter aujourd'hui des maladies rares et, demain des maladies encore plus rares, le coût grandissant de la recherche (en 30 ans le coût moyen de l'effort de recherche conduisant à une publication de niveau international a été multiplié par 50), conduisent à promouvoir une organisation interrégionale 6 ou 7 grandes inter régions, fédérant chacune plusieurs CHU et/ou CHR, émergent. C'est un moyen de rééquilibrer la France. Il y va de l'excellence de la recherche en santé dans notre pays et de l'emploi dans ce domaine d'avenir

Le mode d'exercice des professionnels

Afin de faire fonctionner ce dispositif, nous sommes obligés de **sortir du système actuel de « liberté d'installation » et de « rémunération à l'acte »**. Cette remise en cause est nécessaire, ce d'autant que les différentes mesures proposées ces dernières années pour tenter de corriger les dérives du système se sont révélées inefficaces. Nous ne proposons pas un système étatisé à l'anglaise, mais une modification des modes d'installation et d'exercice permettant de répondre à la fois aux besoins de la population et aux aspirations des professionnels, notamment en terme de qualité et de choix d'exercice.

Nous proposons donc deux types d'exercice avec si possible une généralisation de l'activité mixte :

1. Un **exercice indépendant** basé sur une relation contractuelle avec la Chambre Territoriale ou Régionale de Santé et une rémunération forfaitisée sur la base de contrats définissant les actions de santé à mettre en œuvre par le praticien. Il ne s'agit en aucun cas d'uniformiser les rémunérations puisque chaque praticien aura le



choix de contractualiser ou pas sur les différentes missions proposées. Par contre, l'installation sera conditionnée d'une part à l'existence d'un besoin sur le territoire et au fait que l'ensemble des missions définies par les Chambres de Santé soit bien respecté. De fait l'installation sera conditionnée à l'existence de lieux d'exercice proposés par les chambres de santé.

Il serait illusoire d'avancer de tels projets sans mettre sur la table la disparition officielle de la possibilité de s'installer en cabinet libéral pour les futures générations d'étudiants en médecine. Ce chantier nécessite un profond changement des mentalités des praticiens.

Il nous apparaît indispensable que tous les médecins exerçant dans les maisons de santé travaillent également une partie de leur temps (une demi à une journée par semaine, voire plus) dans l'hôpital général du territoire. Il en va de l'intérêt tant du patient (lien entre les soins primaires et l'hôpital) que du professionnel (contacts avec d'autres spécialistes, formation continue).

2. Un **exercice salarié** à l'hôpital ou dans d'autres structures de santé. Nous préconisons un seul statut de médecin salarié, ce qui permettrait des passages plus faciles d'un employeur à l'autre. Par ailleurs, **l'exercice multi sites** semble une nécessité afin que ce soit plutôt le médecin qui aille vers le patient que le contraire. En effet, du fait des problèmes actuels de démographie qui vont peser sur le système pendant une assez longue période, il semble opportun d'examiner la meilleure organisation prenant en compte la mise en place de consultations spécialisées dans les maisons de santé, la possibilité de soins spécialisés ambulatoires dans les hôpitaux locaux ou généraux, la continuité de la prise en charge entre les soins aigus dans un centre spécialisé mais éloigné et les soins de suite dans une structure de proximité...

Enfin, il conviendrait de mettre en place une extension de missions de l'HAD avec des équipes dépendant des hôpitaux, dotées de personnels qualifiés pour assurer le retour à domicile des patients, tout particulièrement les personnes âgées. Ces missions ne doivent pas être assurées par le système associatif, reposant sur une bonne part de bénévolat, cachant mal la sous-qualification des personnes embauchées et la précarité de leurs emplois. Cette activité sera en lien avec les maisons de santé.

La question du secteur de l'hospitalisation privée lucrative

L'existence de ce secteur a été « justifiée » par une offre supplémentaire assurant la « liberté de choix du patient ». Aujourd'hui cet argument n'est plus valide. En effet, les réorganisations sanitaires ont souvent pour effet de substituer des structures privées lucratives aux structures publiques, ne laissant plus le choix au patient.

Il faut être clair. Le financement de l'ensemble du système est assuré par la solidarité nationale, c'est-à-dire par la collectivité. La **santé ne peut être un service marchand source de profit** et les hôpitaux n'ont pas pour mission première de contribuer au développement du marché.

Dans ce cadre, nous proposons de laisser la liberté de créer des structures sur initiative individuelle à partir du moment où elles répondent à des besoins. En revanche,, il nous semble logique d'interdire toute possibilité de réaliser des bénéfices versés à des actionnaires et d'imposer que les marges de financement dégagées soient obligatoirement réinvesties dans le domaine de la santé. Pour être plus clair, nous proposons de ne conserver, à côté d'un service public pivot, qu'un mode de fonctionnement correspondant au secteur PSPH actuel (Privé participant au Service Public



Hospitalier).

Les questions d'éthique et de liberté

Il est essentiel d'affirmer la nécessité d'assurer l'indépendance de chaque professionnel de santé dans l'exercice de son métier. La relation de confiance patient-professionnel ne peut exister qu'à cette condition. Il découle de ce principe qu'aucun professionnel de santé ne peut s'inscrire dans une démarche de contrôle social des individus et/ou des populations.

De la même manière, il ne faut pas confondre les outils nécessaires aux professionnels pour assurer une prise en charge coordonnée des patients et données de santé utilisables à des fins commerciales ou de contrôle individuel et/ou collectif. Dans ce cadre, le dossier médical partagé (DMP) tel qu'il est conçu actuellement ne réponds pas aux besoins des patients ni à ceux des professionnels.

Enfin, nous réaffirmons que doit disparaître définitivement l'autorisation accordée à certains médecins hospitaliers d'avoir une activité privée lucrative au sein de l'hôpital. Cette pratique s'étend de plus en plus à l'heure actuelle et crée, elle aussi, d'insupportables inégalités d'accès aux soins. De graves dérives voient le jour et ont d'ailleurs fait l'objet d'une médiatisation il y a peu de temps.